

TIJDSCHRIFT
VAN DE
NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

JAARBOEK 2009

INHOUDSTAFEL

BRIEF VAN DE VOORZITTER VAN DE NATIONALE RAAD

1

De heer D. Holsters

WOORD VOORAF

2

Prof. dr. G. Rorive, dr. P. Beke

MEDEDELING

3 Internet-toegangscode

CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER

4 - Art. 173
- Art. 27

TIJDSCHRIFTEN NRS. 123, 125, 126, 127 EN 128

5 - WOORD VOORAF
- ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD
Adviezen uitgebracht door de Nationale Raad in 2009
- ADVIEZEN VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD
Adviezen uitgebracht door het Bureau van de Nationale Raad in 2009

SAMENSTELLING VAN DE RADEN

56 Nationale Raad
Provinciale raden
Raden van beroep

HERVORMING VAN DE ORDE

62

INTERNATIONALE KRONIEK

63 De Verklaring van Helsinki, geactualiseerd te Seoel, oktober 2008
65 Algemene Vergadering van de WMA, Seoel, 15-18 oktober 2008

Prof. dr. A. Herchuelz

Prof. dr. G. De Roy

REPERTORIUM VAN DE ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

69

Niet alleen de tijd, maar ook de evolutie allerhande staat niet stil.

De jongere generatie drijft gewoon mee op de baren van die ontwikkeling; de anderen, meer of minder gemakkelijk en snel, passen zich aan of doen de nodige inspanning voor aanpassing aan de steeds snellere voortschrijding op de technisch evoluerende weg, eensdeels uit noodzaak om niet hopeloos en hulpeloos achterop te geraken, anderdeels om niet het mikpunt te worden van een soort onderwaardering door medewerkers, kinderen en kleinkinderen die zich op de technisch-evoluerende weg voortbewegen als dartele dansers tegenover de hier en daar wat aarzelende pas van verantwoordelijken, ouders en grootouders.

Het eerste jaarboek van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren is op die voortschrijdende weg een geboorte van of wellicht eerder een ietwat feestelijke toegevoegde waarde aan een door een metamorfose van een nuttig ordinaal papieren instrument naar een thans binnen het kader van de ordinale website ontwikkeld informatiedocument.

De afgelegde informatieweg was lang en variërend: een zestigtal jaren geleden, in het jaar 1949, ontsproot, als aanvang van een reeks die niet meer ten gehele verzamelaar was en is, de tweetalige uitgave, eensdeels *Officieel Tijdschrift van de Orde van geneesheren uitgave van de Hoge Raad*, anderdeels, *Bulletin Officiel de l'Ordre des médecins publié par le Conseil supérieur*. Het Tijdschrift verscheen alsdan om het jaar, met de reeds aanvaankelijke eigenaardigheid dat het exemplaar van het jaar 1950 het nummer 1 draagt en het Tijdschrift van blijkbaar het jaar tevoren het nummer 2.

De toestand bleef ongewijzigd tot de uitgave 1970-1971, nummer 21, die een ontubbeling kende met taalsplitsing, eensdeels *Orde van geneesheren Officieel Tijdschrift nr. 21*, anderdeels, *Ordre des médecins Bulletin Officiel nr. 21*.

Tot en met het nummer 24 werd de uitgave door geen verandering gekenmerkt.

Vanaf het nummer 25, uitgave 1976, verschenen, blijkbaar wegens lay-out zorgen, de Tijdschriften met een kaft in wisselende kleur en met het beeld van Hippocrates, wiens oorspronkelijke eed inmiddels onherkenbaar is geworden en onder invloed van nodige aanpassingen, vooral aan wisselende medische omstan-

digheden en problemen inzake ethiek en moraal, veelvuldige wijzigingen onderging om naar aanleiding van een dergelijke aanpassing zelfs als eed van Genève te worden aangewezen.

Tot en met het nummer 25 werden in het Tijdschrift geanonimiseerde tuchtrechtelijke beslissingen opgenomen, wat sedertdien in mindere mate het geval was, maar waarvan het nut en de aanklevende opportuniteit thans voorwerp is van nieuw onderzoek.

Vanaf maart 1987 werd qua periodiciteit overgeschakeld naar een driemaandelijke uitgave, met precisering van de bron naar *Tijdschrift Nationale Raad Orde van geneesheren - Bulletin du Conseil national Ordre des médecins*. Het Tijdschrift kreeg een aantal min of meer vaste rubrieken waarvan de meeste naar beoordeeld nut verder aanwezig zijn, zoals *Woord vooraf*, *Brief van de Hoofdredacteur*, *Adviezen*, *Medische ethiek en deontologie*, *Medisch Recht*, *Ethiek in internationaal perspectief*, *boekrecensies en enkele andere*.

Naar moderne stijl was er een periodieke verandering van onder meer exemplaargrootte, kleur en kaftbeeld tot en met het nummer 122, dat het laatste was in de papierreeks en aldus in de reeds vermelde technisch-informatieve evolutie en met het *Wij zullen doorgaan*-lied van Ramses Shaffy en Herman Van Veen in de ether, vanaf het nummer 123 (maart 2009) de overgang inluide naar de elektronische uitgave van het Tijdschrift via de website van de Nationale Raad van de Orde.

Een reeds ietwat jubilerend verzamelboek kon evenwel niet uitblijven. Het is zover. Het hebbe een goede vaart.

Dit jaarboek, dat naar samenstelling en inhoud in zekere mate mede de werkzaamheden van de Nationale Raad symboliseert, geeft mij de gelegenheid al degenen, dokters en medewerkers, die tot de goede werking van de Nationale Raad en van zijn Bureau hebben bijgedragen en zeker verder zullen bijdragen, van harte te danken. Een goed schip is belangrijk, maar een goede bemanning is een conditio sine qua non voor een juiste roerang en een behouden vaart.

Demis HOLSTERS,
Voorzitter van de Nationale Raad

Belofte maakt schuld. In het woord vooraf van het Tijdschrift nr. 122, het laatste nummer dat beschikbaar was in gedrukte versie, hadden wij u beloofd een jaaruitgave te bezorgen met de adviezen die door de Nationale Raad verstrekt werden in het afgelopen jaar. Met dit jaarboek maken wij onze belofte waar.

Maar waarom een jaarboek terwijl de adviezen al binnen een week nadat ze uitgebracht werden beschikbaar zijn op de site en nog eens driemaandelijks verschijnen in de elektronische versie van het Tijdschrift? Er zijn verschillende redenen. Het is niet zeker dat het gehele artsenkorps toegang heeft tot de site. Verschillende gegevens laten immers uitschijnen dat zo'n 20 procent van de artsen nog niet de gewoonte heeft de computer te gebruiken. Bovendien hebben iets meer dan 10.000 artsen hun persoonlijke toegangscode geactiveerd door middel van hun paswoord dat meegegeven werd met het nummer 124 van het Tijdschrift. Nochtans is deze activering noodzakelijk om toegang te krijgen tot het gedeelte van de site dat voorbehouden is aan het artsenkorps. Dat één arts op vier regelmatig de site van de Orde raadpleegt, is een hoopvol en, laten we het maar toegeven, onverwacht resultaat. Het doel is echter de informatie bij het gehele artsenkorps te brengen.

Een andere reden voor een jaarboek is het verschillend gebruik dat de lezer maakt van een elektronische bron en van een gedrukte tekst. Een internetsite raadpleegt men doorgaans om een specifieke gegeven op te zoeken. Wanneer men daarentegen een krant, een tijdschrift of een boek heeft, doorbladert men het en ontdekt men soms andere informatie dan die welke men aanvankelijk zocht.

Tot slot lezen sommigen nu eenmaal liever een gedrukte tekst en blijft de archivering in papieren vorm heel vaak de gekozen vorm, niet alleen voor de artsen maar ook voor de juristen die doorgaans gebruik maken van de adviezen van de Nationale Raad.

Over het uitzicht van het jaarboek werden heel wat discussies gevoerd in de redactieraad. Uiteindelijk werd beslist zo dicht mogelijk aan te leunen bij de opmaak van het papieren Tijdschrift waarmee u sedert jaren vertrouwd bent. Op die manier hopen wij dat u het jaarboek vlot zult kunnen gebruiken.

Voortaan zal voor de adviezen verwezen worden naar het tijdschriftnummer, het adviesnummer en de bladzijde in het jaarboek, terwijl tot op heden verwezen werd naar het tijdschriftnummer en de bladzijde in het tijdschrift waar het advies teruggevonden kon worden.

Het leek ons evenwel interessant het eerste gedeelte voor te behouden aan de artikelen van de Code van geneeskundige plichtenleer die gewijzigd werden in het voorbije jaar. Het tweede gedeelte bevat de adviezen die verschenen zijn in het Tijdschrift nr. 123 tot nummer 128, in chronologische volgorde. Sommigen blijken immers een of ander advies te associëren met een datum of met een ander advies uit dezelfde periode. Misschien is het wat jammer dat deze presentatie een overlapping vormt met de elektronische versies, maar zoals we hierboven reeds schreven, zijn de doelstellingen van beide presentaties verschillend. Wij wijzen er nogmaals op dat de elektronische vorm een vlotte opzoeking van de adviezen mogelijk maakt op basis van het onderwerp, het volgordenummer en de uitgifte-datum. Al deze gegevens staan overigens vermeld bovenaan de adviezen die opgenomen zijn in het jaarboek. De twee elektronische en gedrukte presentaties lijken ons dan ook veel meer aanvullend te zijn.

Naast de adviezen bevat het jaarboek de huidige samenstelling van de verschillende organen van de Orde ingevolge de verkiezingen van maart 2009.

De werkzaamheden van de Nationale Raad zijn niet beperkt tot 14 voltallige vergaderingen en tot het uitbrengen van adviezen in antwoord op vragen afkomstig van de overheid, de provinciale raden, de artsen of de bevolking.

Het Bureau vergadert wekelijks om de post te behandelen, de vragen in verband met onderwerpen waarover de Nationale Raad reeds adviezen uitbracht te beantwoorden, de te behandelen onderwerpen voor te bereiden en de uitgebrachte adviezen af te werken. De laatste maanden nam de werkdruk sterk toe en de vergaderingen duren meestal de ganse dag.

Naast de commissie 'Internationale zaken' die deelneemt aan de internationale vergaderingen georganiseerd door tuchtrechtelijke of professionele organisaties van andere landen over onderwerpen die rechtstreeks verband houden met de werkzaamheden van de Orde en waarover u regelmatig verslag wordt uitgebracht in het Tijdschrift, zijn er tal van commissies die allerhande onderwerpen bespreken. Zo is er onder andere de commissie 'Hervorming van de Orde' die in oktober 2009 aan de betrokken ministers een voorstel gericht heeft om de structuur en de werking van de Orde te moderniseren en aan te passen aan de evolutie en de verwachtingen van de samenleving. Aan deze tekst, die raadpleegbaar is op de site, werd tot op heden geen gevolg gegeven door de overheid. Wellicht waren er andere prioriteiten. De commissies 'Vennootschappen' en 'Medische ethiek' bereiden de antwoorden voor op adviesaanvragen betreffende hun bijzondere bevoegdheden. De commissie 'Ziekenhuisgeneeskunde' heeft dit jaar in het bijzonder aandacht geschonken aan de deontologische aspecten van de taken van de hoofdarts. De commissie 'Code van geneeskundige plichtenleer' heeft zich aan een herziening van de Code gezet om ze aan te passen aan de verschillende wetgevingen die de laatste jaren uitgevaardigd zijn betreffende de uitoefening van de zorg en bepaalde ethische aspecten, maar ook om ze te vereenvoudigen en een modernere vorm te geven. Sedert twee jaar tracht een gemengde commissie 'Verzekeringen', die afgevaardigden van Assuralia bevat, een voor beide partijen bevredigende oplossing te vinden voor het irritante probleem van de overlijdensattesten die door de maatschappijen gevraagd worden in het kader van verzekeringscontracten.

Voorzitter D. Holsters heeft aanvaard dit eerste jaarboek in te leiden met een historisch overzicht van het Tijdschrift sedert het eerste nummer ervan, dat in 1950 verscheen in de vorm van een tweetalig nummer. Reeds meer dan 50 jaar vormt het Tijdschrift de meest concrete band tussen de Nationale Raad, de provinciale raden en het artsenkorps. Ooit heeft iemand het Tijdschrift van de Nationale Raad, gezien het belang ervan, "Het Staatsblad van de Orde" genoemd.

Dit is dan ook de gelegenheid om voorzitter Holsters te danken voor de tijd en de energie die hij besteedt aan de werkzaamheden van de Nationale Raad. Hij slaagt erin een doeltreffende samenwerking tot stand te brengen tussen de leden die niet alleen afkomstig zijn uit de twee gemeenschappen van ons land, maar eveneens uit zeer verschillende beroepspraktijken met dus uiteenlopende prioriteiten.

Mogen we er tot slot via dit voorwoord nogmaals heel sterk op aandringen dat iedere arts zo snel mogelijk zijn persoonlijke toegangscode tot het intranet van de website van de Orde zou activeren. Wij hopen dan ook dat, voor de verkiezingen van de Orde in 2012, elektronisch via een e-votingsysteem gekozen kan worden, een systeem dat snel, efficiënt en véél goedkoper kan zijn dan het huidige, tenminste als iedereen op dit intranet aangesloten zou zijn.

De redactieraad wenst eveneens mevrouw Chantale Anciaux en mevrouw Kristien Rohaert te danken. Zij staan in voor het secretariaat van het Tijdschrift en zonder hen zou noch de site, noch dit jaarboek de kwaliteit die we ervan kennen, hebben.

Prof. dr. G. RORIVE en dr. P. BEKE
Hoofredacteurs

Geachte collega,

U ontving in de maand april 2009 een schrijven van de Nationale Raad met uw persoonlijke activatiecode die toegang geeft tot het private gedeelte van de vernieuwde website "*www.ordomedic.be*".

Het aanloggen op het intranet van deze website wordt zeer belangrijk voor de informatiestroom tussen de Nationale Raad, de provinciale raden en de ingeschreven artsen.

We vragen dat iedereen zonder uitstel zijn persoonlijke intranet account zou willen activeren.

Artsen die hun toegangscode niet meer bezitten of die problemen ondervinden met het activeren, kunnen hiervoor contact opnemen met de Nationale Raad door een bericht te sturen naar *ordomedic@skynet.be*

Tevens wensen wij u erop te wijzen dat u alle **adviezen van de Nationale Raad** kunt raadplegen op de vernieuwde website *www.ordomedic.be*.

U kunt daar gebruikmaken van de zoekfuncties: op datum, op thema of op tijdschrift.

Wijzigingen aangebracht in de Code van geneeskundige plichtenleer in 2009

Code van geneeskundige plichtenleer: artikel 173

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

Artikel 173

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

§ 2. De vorige bepaling is niet van toepassing op de protocollen voor medische experimenten voor zover zij ter goedkeuring worden voorgelegd aan een commissie voor medische ethiek.

Code van geneeskundige plichtenleer: artikel 27

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

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

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

Over zulke beperking wordt zo adequaat mogelijk informatie verstrekt.

TIJDSCHRIFT
VAN DE
NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

NR. 123

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

Prof. dr. G. Rorive

6

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

7

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

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

De meest recente adviezen, van de drie laatste maanden bijvoorbeeld, zullen verschijnen in de rubriek "news" zoals nu reeds het geval is. Minder dan 10 dagen na de laatste vergadering van de Nationale Raad zijn ze al beschikbaar. Op die manier wordt vermeden dat er enige tijd verstrijkt tussen het ogenblik waarop de pers gewag maakt van de inhoud van de adviezen en het ogenblik waarop de adviezen ter beschikking gesteld worden via het tijdschrift. De belangstelling van de pers voor de meer sensationele aspecten heeft er soms toe geleid dat de adviezen en bedoelingen van de Nationale Raad verkeerd begrepen werden. Sommigen onder de lezers zijn voorstander van het behoud van een papieren versie omdat die volgens hen gemakkelijker een lange tijd gearchiveerd kan worden. Hoewel alle adviezen van de Nationale Raad sedert 18 september 1976 beschikbaar blijven op de site, zal een jaaroverzicht opgesteld worden van de adviezen, toegankelijk voor het gehele artsenkorps, evenals van de artikelen van de Code van geneeskundige plichtenleer die gewijzigd werden. Welke vorm dit jaaroverzicht zal aannemen, dient nog nader bepaald te worden.

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

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

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

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

Prof. dr. Georges RORIVE
Hoofdredacteur

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

RVT – Invullen van bezoekregister door de artsen (25/10/2008)	8
Rustoordn voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (RVTB's) – Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers (25/10/2008)	8
Coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de rust- en verzorgingstehuizen (25/10/2008)	9
Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon (25/10/2008)	9
Certificaat voor mammografische eenheden (22/11/2008)	11
Screeningsprocedure in mammografische eenheden (22/11/2008)	11
Mammografie – Continuïteit van de zorg (22/11/2008)	11
Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon (22/11/2008)	12
Geneesheren-inspecteurs bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (22/11/2008)	12
Simultane anesthesieën (06/12/2008)	12
Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance (06/12/2008)	13
Deelname aan de wachtdienst – Ongeschiktheid wegens ziekte (06/12/2008)	14
Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde: plicht tot deelname – verplaatsing van de huisarts van wacht – telefonische triage (06/12/2008)	15
Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie (06/12/2008)	16
Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van advies van 4 oktober 2008 (06/12/2008)	16
Aanwezigheid van een arts-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken (06/12/2008)	17
Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (20/12/2008)	18
Onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis (20/12/2008)	18
Uitvoeren van narcoses door een verpleegkundige (20/12/2008)	19
Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract (20/12/2008)	20
Prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen (20/12/2008)	20

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

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

TREFWOORDEN:

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

DOCUMENTNAAM:

a123001n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

Indien een RVT een dergelijk bezoekregister noodzakelijk acht om aan de RVT-normen te kunnen voldoen, verwijst de Nationale Raad naar de vigerende wetgeving¹ nopens de normen voor de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuizen.

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

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

De Nationale Raad meent dat de CRA – bij mogelijke problemen of betwistingen van bepaalde maatregelen of verplichtingen – een bemiddelende rol kan spelen tussen de instelling en de bezoekende artsen, om via het reglement van inwendige orde van

de instelling tot een consensus te komen, binnen het vigerend wettelijke kader voor RVT-normen

Rustoorden voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (RVTB's) – Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers (25/10/2008)

TREFWOORDEN:

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

DOCUMENTNAAM:

a123002n

Sommige behandelende artsen in rustoorden voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (RVTB's) zijn van mening dat het individueel dossier van medische richtlijnen (IDMR) los moet staan van het individueel zorgdossier (IZD). Volgens het Ministerie van het Waalse Gewest, Algemene Directie Sociale Actie en Gezondheid, is het echter beter het IDMR op te nemen in het IZD. Zo heeft de arts enerzijds meer zekerheid dat zijn aanbevelingen worden uitgevoerd en kan hij anderzijds de verantwoordelijkheid nemen voor zijn tussenkomsten aangezien ze traceerbaar zijn.

In hetzelfde schrijven wordt aan de Nationale Raad het probleem voorgelegd dat de artsen-inspecteurs (hulpofficieren van de gerechtelijke politie bij de procureur des Konings) ondervinden om kennis te nemen van het medisch dossier in het kader van hun opdracht om toezicht te houden op de goede coördinatie van de medische richtlijnen en van de zorg toegediend aan bejaarden.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

Het KB van 21 september 2004² definieert het "individueel verzorgingsdossier" (IZD) "dit bevat de sociale, medisch, paramedische en verpleegkundige gegevens. Dit dossier, dat uit verschillende onderdelen kan bestaan, moet constant in de instelling aanwezig zijn. Het moet steeds toegankelijk zijn voor de daartoe bevoegde personen".

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

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

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

Dit onderscheid wordt analoog gemaakt in de ziekenhuizen³, waar het patiëntendossier samengesteld is uit het verpleegkundig en het medisch dossier. Het is logisch dat beide dossiers afzonderlijk samengesteld en bewaard worden, met beperking van de toegang – tot elk ervan – voor de bevoegde personen.

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

De patiënt heeft recht op een zorgvuldig en veilig bewaard dossier⁴. Dit is de individuele plicht van de beroepsbeoefenaar. De arts draagt de volle verantwoordelijkheid voor het medisch dossier.

De problematiek van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt – wat betreft het beroepsgeheim⁵ – kadert in dezelfde patiëntenrechtenwet: de patiënt heeft het recht op privacy betreffende alle informatie over zijn gezondheidstoestand; dit geldt zeker bij de samenstelling, het beheer en de toegankelijkheid van medische gegevens in het medisch dossier, waarover de arts in fine beslist en er ook de verantwoordelijkheid voor opneemt.

De Nationale Raad onderschrijft een goede samenwerking tussen artsen en andere zorgverstrekkers. Medische zorgen worden in het RVT in een multidisciplinaire context verstrekt: "dat geldt bij de opname, waarbij een multidisciplinaire diagnostische en

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

2. 21 september 2004 – Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging. Bijlage 1 RVT punt 3.b.-c.-d.

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

4. 22 augustus 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt. Art.9, 10.

5. Beroepsgeheim, Artikel 458 SW.

medisch-sociale evaluatie moet gebeuren; maar uiteraard ook bij de zorgen die dagelijks verstrekt worden, zowel medisch, verpleegkundige zorg, paramedische en/of kinestherapeutische zorg.”

Bovendien pleegt de huisarts multidisciplinair overleg⁶, in het belang van de patiënt.

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

De Nationale Raad vraagt ten slotte bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid tot de medische dossiers door artseninspecteurs, in het kader van hun wettelijke opdrachten⁷, als ambtenaren van gerechtelijke politie.

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

De Nationale Raad verwijst – als voorbeeld – naar eerdere adviezen⁸ ter zake, bv. de inbeslagname door de geneesheer-inspecteur van het Riziv.

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

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

6. 22 augustus 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt. Art. 4.

7. 5 juni 1997 – Decreet betreffende de rustoorden, serviceflats en de dagcentra voor bejaarden en houdende de oprichting van de ‘Conseil Wallon du troisième âge’. Art. 20.

8. Advies NR – 20.03.1993, Geneesheer-inspecteur van het Riziv - Inbeslagname van medische gegevens

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

TREFWOORDEN:

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

DOCUMENTNAAM:

a123003n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

De Nationale Raad deelt de bezorgdheid om de aanstelling van de coördinerende

geneesheer in optimale omstandigheden te laten verlopen, teneinde die taak van coördinatie in te vullen in een goede collegiale verstandhouding met de huisartsen.

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

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

Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon (25/10/2008)

TREFWOORDEN:

Experimenten op mensen – Retrospectieve studies

DOCUMENTNAAM:

a123004n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

vertrouwensrelatie tussen de artsen en de patiënten aantast.

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

In de voorbereidende werkzaamheden kunnen we lezen:

Dit artikel strekt ertoe twee preciseringen aan te brengen inzake het toepassingsveld van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De Nationale Raad neemt akte van het instellen van een 'opting-out' systeem, dat inder-

daad inhoudt dat eenieder zich kan verzetten tegen het experiment maar vooral dat hij niet zijn uitdrukkelijke toestemming moet geven.

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

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

Het principe van de 'opting-out' vraagt eerst een reflectie over de informatie waarop de patiënt recht heeft en over de manier waarop deze doorgegeven wordt. De derde alinea van het voorgestelde artikel 3 roept derhalve de volgende vraag op: kan een arts zich, bij alle gevallen van experimenten op initiatief van overheidsinstanties zoals het Riziv en het KCE, uit ethisch standpunt beperken tot het 'op algemene wijze'¹⁰ bekend maken van een informatie?

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

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

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

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

Bijlage: brief van de Nationale Raad van 16 oktober 2008 en zijn bijlagen.

10. Verstaat men hieronder dat de documenten voor ziekenhuisopname dienen te vermelden dat er in het ziekenhuis studies uitgevoerd worden door overheidsinstanties, zonder verdere verduidelijkingen?

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

Certificaat voor mammografische eenheden (22/11/2008)

TREFWOORDEN:
Kanker –Mammografie– Publiciteit en reclame
DOCUMENTNAAM:
a123005n

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

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

Screeningsprocedure in mammografische eenheden

(22/11/2008)

TREFWOORDEN:
Geneeskunde (Preventieve-) – Kanker –Mammografie
DOCUMENTNAAM:
a123006n

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

Wanneer de radioloog in de mammografische eenheid op de screeningsmammografie een afwijking ziet die naar zijn mening duidelijk verdacht of kwaadaardig is – dient de screeningsprocedure verder te worden opgevolgd?

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

“Is er deontologisch enig houvast om uit te maken welke werkwijze verplicht of de meest aangewezen is in geval bij de opname in een mammografische eenheid een afwijking als verdacht of kwaadaardig beschouwd wordt?

De screeningsprocedure verder volgen of onmiddellijk diagnostische opvolging of een combinatie van de twee?”.

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

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

Bij een pathologische of verdachte eerste lezing dient de radioloog dit onderzoek te

scheiden van de stapel screeningsonderzoeken en het centrum van tweede lezing te verzoeken deze bevindingen bij voorrang te verwerken.

Mammografie – Continuïteit van de zorg (22/11/2008)

TREFWOORDEN:
Continuïteit van de zorg – Geneeskunde (Preventieve-) – Kanker – Kwaliteit van de zorg –Mammografie
DOCUMENTNAAM:
a123007n

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

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de mense- lijke persoon (22/11/2008)

TREFWOORDEN:

Experimenten op mensen –Retrospectieve studies

DOCUMENTNAAM:

a123008n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

Gezien de belangrijkheid van de aangelegenheid acht de Nationale Raad het tot zijn plicht, (voor zoveel als nodig) andermaal,

uw bijzondere aandacht te vragen voor zijn in de voormelde brief aangehaalde argumenten en standpunten betreffende de retrospectieve studies en de studies uitgevoerd op initiatief van een federale openbare dienst, van een instelling van openbaar nut of van een orgaan dat hierbij werd gecreëerd door een wet of koninklijk besluit.

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

Geneesheren-inspecteurs bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

(22/11/2008)

TREFWOORDEN:

Dossier (Medisch-) – Inzage in medische dossiers – Ziekenhuizen

DOCUMENTNAAM:

a123009n

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

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 22 november 2008 onderzocht de Nationale Raad van de Orde der geneesheren dit schrijven van 26 mei 2008, waarin een aantal deontologische vragen werden gesteld door een geneesheer-inspecteur bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Wat de vraag betreft omtrent het recht op inzage in medische dossiers van een ziekenhuis door de bevoegde geneesheer-inspecteur bij het Intern Verzelfstandigd Agent-

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

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

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

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

Simultane anesthesieën (06/12/2008)

TREFWOORDEN:

Anesthesie – Verantwoordelijkheid van de geneesheer – Verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie

DOCUMENTNAAM:

a123010n

In het koninklijk besluit van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde, art. 1, wordt o.m. de bijzondere beroepstitel "verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie" gecreëerd. Tot op heden zijn er voor deze beroepstitel nog geen uitvoeringsbesluiten.

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

Wachtdienst voor huisarts-geneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance (06/12/2008)

TREFWOORDEN:

Dienst 100 – Huisarts – Wachtdienst

DOCUMENTNAAM:

a123011n

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

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

Volgens een provinciale raad heeft een huisarts echter niet de nodige opleiding en rou-

tine om de patiënt samen met het Paramedisch Interventie Team (PIT) te stabiliseren en dient de tussenkomst van de wachtdoende arts in dit geval enkel om de aansprakelijkheid van het verpleegkundig personeel van de PIT te dekken. Wat het deontologisch argument van de minister betreft meent deze provinciale raad dat de arts zelf dient te oordelen of zijn aanwezigheid in de ambulance noodzakelijk is. De provinciale raad legt het probleem aan de Nationale Raad voor.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

Specifiek binnen het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening via het eenvormig oproepstelsel (“100”) bestaat een duidelijk wettelijk kader¹¹ met de reële mogelijkheid om elke geneesheer op te vorderen, en in het bijzonder ook de huisarts van wacht¹².

In een aantal regio’s beschikt men immers niet over een Mobiele urgentiegroep (MUG¹³) met een arts gespecialiseerd in de urgentiegeneeskunde doch enkel met een verpleegkundige gespecialiseerd in de urgentiegeneeskunde aan boord, het Paramedisch Interventie Team (PIT).

In de voorliggende casuïstiek wordt de huisarts van wacht niet enkel opgevoerd – via 100-dispatcher en het PIT – voor toediening van de (eerste) medische zorg, doch wordt blijkbaar ook vereist dat die geneesheer de patiënt eveneens begeleidt met de ambulance tot een ziekenhuis met een gespecialiseerde spoedgevallendienst¹⁴ (DGS); daarbij dient de huisarts van wacht soms het eigen wachtdienstgebied over een grote afstand te verlaten, en is hij/zij ook de facto totaal niet meer beschikbaar voor die wachtdienst.

Het inschakelen van de huisarts van wacht in de dringende geneeskundige hulpverle-

11. 8 juli 1964. - Wet betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, art. 4.

12. 2 april 1965. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, art. 6quinquies.

13. 10 augustus 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie “mobiele urgentiegroep” (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

14. 27 april 1998. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie “gespecialiseerde spoedgevallen zorg” moet voldoen om erkend te worden.

ning behoort – voorwaardelijk – tot de wettelijke, deontologische en praktische mogelijkheden.

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

Dat houdt in dat – wettelijk bepaald – de organiserende huisartsenkring¹⁵ over die praktische modaliteiten duidelijk voorafgaande afspraken heeft gemaakt (of kan maken), voorzien in een protocol¹⁶, met alle andere betrokken partijen: de ziekenhuizen met gespecialiseerde spoedgevallendienst (DGS) en MUG/PIT; de dienst “100”; de Commissie DGH (Dringende Geneeskundige Hulpverlening - provinciaal).

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

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

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

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

de normale werking van een dergelijke “ingeschakelde” wachtdienst wordt dermate gecompromitteerd binnen de geschetste context, dat de PGC ernstig de “behoefte” daarvan zal moeten nazien op “tekortkomingen” en “ontoereikendheid” (KB nr. 78, art. 9, § 2), en dit in overleg met en de

15. 8 juli 2002. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.

16. 10 augustus 1998 - Koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot oprichting van de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, art. 4.

medewerking van die organiserende huisartsenkring.

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

de wetenschappelijke/medische competentie van de huisarts op het gebied van de dringende geneeskundige hulp is beperkt, en is zeker niet vergelijkbaar met die van de geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde¹⁷; de huisarts kan dus geen surrogaat zijn (in het PIT-project) voor de geneesheer-specialist (in de MUG¹⁸) in die materie.

de dringende medische hulpverlening via de MUG (maar ook de PIT) heeft toch als voorname doel de dringende eerste medische zorgen in loco toe te dienen en zo de patiënt te stabiliseren; pas als dit voldoende gelukt is kan het transport per ambulance naar het ziekenhuis overwogen worden; in het andere geval is de pathologie in die mate ernstig dat meer gespecialiseerde hulp in loco zich opdringt, zodat alnog een geneesheer-specialist in de urgentiegeneskunde ter plaatse komt; dit moet kunnen op vraag van de huisarts van wacht die de medische situatie niet onder controle krijgt en dus die gespecialiseerde hulp vraagt (zoals dit in de courante dagelijkse praktijk ook gebeurt bij de vraag naar de MUG).

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

tentie – autonoom als geneesheer – ter hulp wordt geroepen.

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

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

Deelname aan de wachtdienst – Ongeschiktheid wegens ziekte (06/12/2008)

TREFWOORDEN:

Getuigschrift – Huisarts – Wachtdienst – Ziekte-attesten

DOCUMENTNAAM:

a123012n

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

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

"Vrijstellingen" moeten door de betrokken huisarts gemotiveerd aangevraagd wor-

den bij de huisartsenkring en gericht worden aan de raad van bestuur van die kring.

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

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

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

° Bij chronische aandoeningen speelt de "vrijstelling" bij de opstelling van de beurtrol wel.

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

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

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

17. 27 april 1998. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

18. 10 augustus 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobile urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.

heid om de geneeskunde te beoefenen – tijdens die wachtdienst.

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

Het vervullen van de wachtdienst is een wettelijke verplichting strafbaar volgens KB nr. 78, art. 38, § 1, 3°, en een deontologische verplichting, waarbij respectief PGC en PRO eigen bevoegdheden hebben.

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

De afbakening van de bevoegdheden tussen PRO en PGC maakt deel uit van een onderling bilateraal overleg tussen beiden, dat tot de nodige afspraken rond taakverdeling zal leiden.

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

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

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde: plicht tot deelname – verplaatsing van de huisarts van wacht – telefonische triage (06/12/2008)

TREFWOORDEN:

Huisarts – Telefonische oproep – Wachtdienst
DOCUMENTNAAM:
a123013n

Het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) legt aan de Nationale Raad enkele vra-

gen voor m.b.t. de wachtdienst voor huisartsen, o.m. wat betreft punt 7 van het advies van de Nationale Raad van 21 april 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 116 p. 9).

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

Conform art. 8. van het KB nr. 78. is dit niet verwonderlijk gezien de continuïteit van zorg voor huisartsen meestal wordt waargenomen door andere huisartsen (dit wegens de vereiste kwalificatie “erkend huisarts” (cf. ook de erkenningscriteria) binnen het kader van de georganiseerde wachtdiensten¹⁹.

De patiënt heeft – tijdens de wachtdienst en binnen het kader van die continuïteit – recht op een analoge/gelijkwaardige zorgverlening, alsof die zorg door de eigen vaste huisarts zou worden verstrekt.

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

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

Het ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen stelt duidelijk de voorwaarden voor het behoud van die

erkenning (art. 10, 1°- 4°- 5°) en dus voor de deelname aan de wachtdienst.

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

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

Vraag 2. Verplaatsing van de huisarts van wacht.

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

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

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

Dit sluit volledig aan bij het advies van de Nationale Raad d.d. 21.04.2007 (punt 7.), met de duidelijke hint naar het grotere kwaliteitsaspect van de raadpleging versus het huisbezoek; dat laatste dient preferentieel te worden voorbehouden voor de patiënt die ‘zich niet kan verplaatsen’.

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

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

Het probleem van de ‘medische opportuniteit’ of de relevantie van de aanvraag van

19. Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen

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

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

Het laat geen twijfel dat het “huisbezoek” – naast de “raadpleging” – een essentieel en volwaardig onderdeel is van het normale geneeskundige handelen van de huisarts, die zich daarmee van de gespecialiseerde geneeskunde onderscheidt. De geneeskundige nomenclatuur (RIZIV) is duidelijk: “*onder bezoek bij de rechthebbende thuis wordt verstaan, de verstrekking die de rechthebbende aanvraagt daar waar hij gewoonlijk of tijdelijk woont (...).*”

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

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

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

Vraag 3. Telefonische triage.

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

Zoals door het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen zelf gesteld, blijft dergelijke triage

– via de telefoon én door een niet-medicus – een ‘inschatting’ van de situatie van de patiënt, maar wél onder de eindverantwoordelijkheid van een arts, i.c. de huisarts van wacht.

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

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

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

Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie (06/12/2008)

TREFWOORDEN:

Farmaceutische industrie – Geneesmiddelen – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM:

a123014n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

De Europese Commissie heeft een voorstel tot “Directive of the European Parliament and of the Council amending, as regards information to the general public on medicinal products subject to medical prescription, Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use” goedgekeurd (bijlage). Het voorstel tot directive zal nu gedebatteerd worden in het Europees Parlement en in de Raad van Ministers.

Dat voorstel heeft tot doel de farmaceutische industrie de mogelijkheid te geven het publiek rechtstreeks te informeren over geneesmiddelen op voorschrift. Hiermee wordt het verbod op reclame voor genees-

middelen op voorschrift zwaar ondermijnd.

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

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

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

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

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

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

Bijlage: 1

Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van advies van 4 oktober 2008 (06/12/2008)

TREFWOORDEN:

Huisarts – Kwaliteit van de zorg – Wachtdienst

DOCUMENTNAAM:

a123015n

Op vraag van twee artsen, besliste de Nationale Raad het advies dat hij op 4 oktober 2008 verleende betreffende de wachtdienst in huisartsgeneeskunde aan te passen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

De Nationale Raad geeft het volgende commentaar:

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

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

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

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

2. Notie van bekwaamheid in huisartsgeneeskunde

De kwalificaties van de "algemeen geneeskundigen" en van de "erkende huisartsen" worden geregeld door de voorschriften van het Riziv ter zake (nieuwe beschikkingen 01/07/2006) voor de nummers (000>009):

<http://www.inami.fgov.be/care/nl/infos/infobox/pdf/part2.pdf> .

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

De deelname aan de wachtdienst vormt een erkenningscriterium voor de huisartsen (Ministerieel Besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erken-

ning van huisartsen). De deelname aan de wachtdienst in de huisartsgeneeskunde vereist dat de huisarts erkend is, of kandidaat-huisarts in opleiding (HAIO) is volgens de voorwaarden (Art. 8.) van het MB. 21 februari 2006.

3. Gebruik van de communicatietechnieken

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

4. Beheer van de oproep

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

Besluit

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

Aanwezigheid van een arts-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken

(06/12/2008)

TREFWOORDEN:

Intraveneuze injecties – Radiografie – Verantwoordelijkheid van de geneesheer

DOCUMENTNAAM:

a123016n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

Artikel 1, § 4 bis, van het koninklijk besluit van 25 juli 1994 dat een bijlage is bij het

koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, stelt dat bij het uitvoeren van een RX-onderzoek:

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

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

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

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

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

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

Bijlage:

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

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

TREFWOORDEN:

Gedetineerden – Keuze (Vrije Artsen-)

DOCUMENTNAAM:

a123017n

De basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden vereist een aantal uitvoeringsbesluiten.

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

De Nationale Raad is de volgende mening toegedaan:

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

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

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

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

Setting b): een vrij gekozen arts optredend als behandelende arts in plaats van de gevangenisarts (art. 91, § 2). Deze laatste mogelijkheid wordt weliswaar geciteerd in art. 4 van het voorontwerp.

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

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

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

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

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

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

Onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis (20/12/2008)

TREFWOORDEN:

Hoofdgeneesheer – Ziekenhuizen

DOCUMENTNAAM:

a123018n

De commissie 'Ziekenhuisgeneeskunde' van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren stelde in april 2008 een leidraad op over "Taken van de hoofdarts – Deontologische richtlijnen".

Deze leidraad is gebaseerd op de ter zake geldende wetgeving, de Code van geneeskundige plichtenleer en vroeger uitgebrachte adviezen.

Tijdens het opstellen van deze leidraad kwamen nog een aantal vragen aan bod.

Eén van deze vragen was of er een onverenigbaarheid is tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis.

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

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

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

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

De functie van hoofdarts is wettelijk onverenigbaar met:

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

De Nationale Raad stelt enerzijds vast dat er wettelijk geen onverenigbaarheid is tussen de functie van hoofdarts en deze van

directeur van het ziekenhuis en anderzijds dat de functies en de opdrachten van de directeur en de hoofdarts verschillend zijn.

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

“Bij het vervullen van zijn of haar opdracht zal de hoofdarts steeds een delicaat evenwicht moeten betrachten: enerzijds het realiseren van de medisch-organisatorische eisen die aan het ziekenhuis gesteld worden en anderzijds het respecteren van de autonomie van de arts inzake diagnose en behandeling.”²⁰

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

Bijlage:

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

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

1° wordt verstaan onder beheerder: het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de uitbating van het ziekenhuis;
2° wordt verstaan onder directeur: de persoon of de personen door de beheerder belast met de algemene leiding van de dagelijkse werking van het ziekenhuis;

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

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

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

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

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

REFWOORDEN:

Anesthesie – Verpleegkundige prestaties – Verpleegkundige gespecialiseerd in de anesthesie

DOCUMENTNAAM:

a123019n

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

De Nationale Raad wordt verzocht hierover een advies te formuleren.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

De lijst van technische verpleegkundige verstrekingen en de lijst van handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd aan beoefenaars van de verpleegkunde, werden bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990. Dit koninklijk besluit bepaalt ook de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde dienen te voldoen.

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

Overigens dient iedere verpleegkundige houder van een diploma afgeleverd door een lidstaat, naast de erkenning van zijn beroepsbekwaamheden ook het visum van de provinciale geneeskundige commissie te verkrijgen²¹.

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

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

De Belgische beroepsvereniging van specialisten in Anesthesie-Reanimatie wijst er op dat de anesthesie een medisch specialisme is dat uitsluitend voorbehouden is aan anesthesisten²².

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

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

De Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie en de Belgische beroepsvereniging der geneesheren specialisten in Anesthesie-Reanimatie zijn wat dit betreft gestart met het opstellen van de veiligheidsstandaarden voor patiënten die door een anesthesist worden onderworpen aan een algemene narcose, een diepe regionale narcose of een sedatie, met het oog op therapeutische of diagnostische handelingen. Deze standaarden zijn toegankelijk op de website van de Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie en de Belgische beroepsvereniging der geneesheren specialisten in Anesthesie-Reanimatie: http://www.sarb.be/fr/activites/apsar/act_safety.htm.

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

21. Artikel 37 §1^{er}, 2° a) van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies.

22. Acta Anesthesiologica Belgica, 2008, 59, n°3

Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract (20/12/2008)

TREFWOORDEN:

Contracten – Commissie voor medische ethiek
– Experimenten op mensen

DOCUMENTNAAM:

a123020n

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

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

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

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

In zijn advies van 16 februari 2008 (TNR nr. 120, p. 3) is de Nationale Raad van mening dat de eventuele vergoeding voor de proefpersonen noch de onkosten, noch de eventuele inkomstenderving mag overschrijden. Ze mag niet medebepaald worden

door het al dan niet welslagen van het onderzoek. Een financieel voordeel mag geen aansporing zijn tot deelname aan klinische proeven. Al deze voorwaarden en de rekruteringswijze, alsook de met de proefpersonen af te sluiten financiële overeenkomst dienen te worden vermeld in het protocol van het biomedisch onderzoek bestemd voor het ethisch comité.

komst dienen te worden vermeld in het protocol van het biomedisch onderzoek bestemd voor het ethisch comité.

Prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen (20/12/2008)

TREFWOORDEN:

Commissie voor medische ethiek – Geneesmiddelen

DOCUMENTNAAM:

a123021n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

De onderzoeker kan een vergoeding krijgen voor zijn diensten. Krachtens artikel 11, § 4, 10°, van de geciteerde wet, is de schadeloosstelling één van de elementen waarover het ethisch comité zijn advies kan uitbrengen. In zijn advies van 17 januari 2004 (TNR nr. 120, p. 3) is de Nationale Raad van mening dat de eventuele vergoeding voor de proefpersonen noch de onkosten, noch de eventuele inkomstenderving mag overschrijden. Ze mag niet medebepaald worden door het al dan niet welslagen van het onderzoek. Een financieel voordeel mag geen aansporing zijn tot deelname aan klinische proeven. Al deze voorwaarden en de rekruteringswijze, alsook de met de proefpersonen af te sluiten financiële overeen-

TIJDSCHRIFT
VAN DE
NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

NR. 125

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF
22

Prof. dr. G. Rorive

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD
23

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD
32

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

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

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

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

We leggen ook opnieuw de nadruk op een reeks adviezen betreffende de toepassing van het beroepsgeheim: in de getuigschriften gevraagd door het OCMW voor patiënten in illegaal verblijf, de controle geneeskunde en het inlichten van de partner van een HIV-dragende patiënt. Drie situaties waarin de vraag

van de maatschappij en het belang van de patiënt soms tegenover elkaar blijken te staan. Eens te meer wijst de Raad er met aandrang op dat de wet en de plichtenleer de voorrang geven aan de plichten van de arts ten opzichte van zijn patiënt. De arts kan slechts in uitzonderlijke gevallen waarin het gerechtvaardigd is zich te beroepen op de noodtoestand, afwijken van het beroepsgeheim, zonder daarbij uit het oog te verliezen dat het de rechter is die in laatste instantie zal beslissen over de gegrondheid van het inroepen van de noodtoestand. Deze regel in verband met het beroepsgeheim staat sedert meer dan 150 jaar in artikel 458 van het Strafwetboek en geen enkele wetgevende overheid heeft hem ooit in vraag gesteld. De deontologische regel is, zoals herinnerd werd in het Woord vooraf van het Tijdschrift 123, zelfs nog ouder en vormt een essentiële basis van de arts-patiënt relatie.

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

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

Prof. dr. Georges RORIVE
Hoofdredacteur

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

Behandelingsplicht (24/01/2009)	23
Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch reglement Professionele eenpersoonsvennootschap - Vermelding van naam en specialisme van de arts (24/01/2009)	24
Verwijdering van pacemaker na overlijden (24/01/2009)	24
Personen die onwettig in België verblijven - Beroepsgeheim - OCMW (07/02/2009)	25
Gedwongen opname - Weigering door de psychiatrische dienst wegens plaatsgebrek (07/02/2009)	25
Psychiatrie - Gedwongen opname - Opstellen van een omstandig geneeskundig verslag of van een advies (07/02/2009)	25
Het uitvoeren van vaderschapstests (21/02/2009)	26
Klinische biologie - Afschrift van resultaten (21/02/2009)	27
Controlegeneeskunde - Overmaken van niet-medische gegevens (21/02/2009)	27
Afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen (21/02/2009)	28
Erkenning van de commissies voor medische ethiek (21/03/2009)	29
Weigering van medische attesten - Asielzoekers (21/03/2009)	29
Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit (21/03/2009)	29
Behandeling van een patiënt met multiresistente tuberculose (21/03/2009)	30
Niet-samenlevende ouders - Artsenkeuze (21/03/2009)	30
Beroepsgeheim en aids - Mededeling aan de partner (21/03/2009)	30

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

Behandelingsplicht (24/01/2009)

TREFWOORDEN:

Plichten van de geneesheer (Algemeen-) –
Ziekten (Overdraagbare-)

DOCUMENTNAAM:

a125001n

Aan de Nationale Raad werd de vraag voorgelegd of “artsen zich moeten blijven inzetten in weerwil van de risico’s voor eigen veiligheid en gezondheid”.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 24 januari 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren zich gebogen over de vraag: “Artsen moeten zich blijven inzetten in weerwil van de risico’s voor eigen veiligheid en gezondheid?”.

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

De Nationale Raad is van oordeel dat de arts een deontologische plicht heeft om te behandelen en te verzorgen. Dit niet alleen omdat hij zich, zoals trouwens elke burger, wettelijk niet bloot kan stellen aan schuldig verzuim, contract- of beloftebreuk, maar vooral wegens de verwachtingsvolle sociale rol die hij opneemt. Zo houdt de bewuste keuze om arts te worden en te zijn, onafscheidbaar de aanvaarding in van een plicht tot behandeling en zorg. Deze plicht is geen vrijblijvende randvoorwaarde, maar behoort tot de kern die toelaat de profesie van arts te definiëren. In dit opzicht luidt artikel 7 van de Code van geneeskundige

plichtenleer als volgt: " Bij algemene nood-situaties mag een geneesheer zijn zieken niet verlaten tenzij hij daartoe door de bevoegde overheid wordt verplicht".

De moeilijker af te lijnen deontologische plichten die de essentie van een beroep determineren, kunnen uiteraard het voorwerp uitmaken van een maatschappelijk debat. Het laten eroderen van de behandelingsplicht zou echter onaanvaardbare nadelen meebrengen voor de patiënten, de sociale voorzieningen en ook voor de artsen zelf.

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

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

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

nen die organisatorisch een antwoord helpen bieden op deze nieuwe uitdagingen.

Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch reglement Professionele eenpersoonsvennootschap - Vermelding van naam en specialisme van de arts (24/01/2009)

TREFWOORDEN:

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

DOCUMENTNAAM:

a125002n

De Nationale Raad behandelde een vraag betreffende de eindverantwoordelijkheid bij de beoordeling en de goedkeuring van het algemeen en medisch reglement van een gefusioneerd ziekenhuis en betreffende de vraag of een vennootschap de naam van de arts, met de melding van zijn specialisme, moet hebben bij de oprichting van een professionele eenpersoonsvennootschap.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn zitting van 24 januari 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 23 oktober 2008 betreffende de eindverantwoordelijkheid bij de beoordeling en de goedkeuring van het algemeen en medisch reglement van een gefusioneerd ziekenhuis en betreffende de vraag of een vennootschap de naam van de arts, met de melding van zijn specialisme, moet hebben bij de oprichting van een professionele eenpersoonsvennootschap.

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

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

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

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

TREFWOORDEN:

Bevoegdheid van de geneesheer – Pacemaker

DOCUMENTNAAM:

a125003n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 24 januari 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief betreffende de "Documenten overlijden – medisch attest en model III C".

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

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

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

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

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

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

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

TREFWOORDEN:

Beroepsgeheim – OCMW

DOCUMENTNAAM:

a125004n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 7 februari 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief besproken aangaande de vragen van het OCMW in verband met de dringende medische zorg aan personen die onwettig in België verblijven.

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

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

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

Gedwongen opname - Weigering door de psychiatrische dienst wegens plaatsgebrek (07/02/2009)

TREFWOORDEN:

Gedwongen opname – Psychiatrie

DOCUMENTNAAM:

a125005n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

Op de volgende punten is de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke zeer duidelijk. Zowel de vrederechter in de gewone procedure als de procureur des Konings in de spoedprocedure wijzen de psychiatrische dienst aan waar de zieke ter observatie wordt opgenomen. De zieke kan de psychiatrische dienst waarnaar hij wordt verwezen niet vrij kiezen. De vrederechter of de procureur des Konings geven kennis van hun beslissing tot opneming ter observatie aan de directeur van de psychiatrische dienst die zij hebben aangewezen. De directeur neemt vervolgens alle maatregelen voor de dwangopname van de zieke. De naleving hiervan is nochtans niet afdwingbaar door strafsancties¹.

Het hoofd van de dienst psychiatrie is verantwoordelijk voor de zorg en de veiligheid van de opgenomen patiënt onder de vermelde beschermingsmaatregel. Plaatsgebrek is niet voorzien in de wet als reden voor een weigering tot opname. De Nationale Raad kan er wel inkomen dat in zeer uitzonderlijke gevallen plaatsgebrek ingeroepen zou kunnen worden als situatie van overmacht om de verplichting tot dwangopname te weigeren. Dit kan voorkomen wor-

den door op regionaal niveau overleg te plegen over de praktische uitvoeringsmodaliteiten van deze wet met de betrokken partners, psychiatrische diensten van de regio, directies, politie en magistratuur. Volgens de geest en de letter van de wet gaat het om een opnameplicht. Psychiaters hebben bijgevolg de deontologische plicht om de nodige voorzorgsmaatregelen te nemen en afspraken te maken teneinde situaties te voorkomen waarin deze wettelijke eis niet kan worden uitgevoerd.

Psychiatrie - Gedwongen opname - Opstellen van een omstandig geneeskundig verslag of van een advies (07/02/2009)

TREFWOORDEN:

Gedwongen opname – Omstandig geneeskundig verslag – Psychiatrie

DOCUMENTNAAM:

a125006n

De vraag betreft de toepassing in de kinder- en jeugdpsychiatrie van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Kan een kinder- en jeugdpsychiater verbonden aan een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling nog als behandelaar optreden nadat hij of zij ten behoeve van de Procureur des Konings of een rechter (vrederechter of jeugdrechter) een advies of omstandig geneeskundig verslag heeft opgesteld? Met betrekking van deze problematiek worden ook de volgende vragen voorgelegd:

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

Herman NYS, La médecine et le droit, Kluwer Editions juridiques Belgique, 1995, 626, p. 248

Vraag 1

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

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

Als de procureur des Konings ambtshalve optreedt, kan hij een arts opvorderen voor het verstrekken van een 'advies' (dus geen omstandig geneeskundig verslag meer). In geen van beide gevallen is de arts een 'deskundige' in de juridische betekenis van dit woord. In de praktijk wordt vaak beroep gedaan op diensten spoedgevallen van ziekenhuizen voor het bekomen van het wettelijk vereiste advies. Alhoewel de wet niet vereist dat het advies door een kinder- en jeugdpsychiater wordt gegeven, deelt de Nationale Raad de mening van de vraagstellers dat in deze materie van vrijheidsbeperkende maatregel ten aanzien van een minderjarige het advies best wordt gegeven door een arts met de nodige deskundigheid.

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

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

In zijn advies van 18 augustus 2001 herinnert de Nationale Raad eraan dat elke arts bij het opstellen van een verklaring objectief dient te zijn, d.w.z. professioneel en intellectueel onafhankelijk zonder emotionele betrokkenheid, vooringenomenheid of partijdigheid². Bovendien kan aan de arts-

patiëntrelatie afbreuk gedaan worden wanneer de behandelende arts het verslag zelf opstelt. Behandelende artsen hebben goede redenen om het document niet zelf in te vullen en een beroep te doen op een collega voor een onafhankelijke beoordeling van de situatie en het eventueel opstellen van het omstandig geneeskundig verslag. De praktijk leert bovendien dat sommige vrederechters het verzoek tot dwangopname weigeren op grond van de kwalificaties van de steller van het verslag. Situaties komen voor waarbij de betrokken patiënt weigert onderzocht te worden door een derde arts zodat de behandelende arts de enige is die de nodige medische documenten (advies of een omstandig geneeskundig verslag) kan invullen. Soms is het beroep doen op een derde arts onmogelijk wegens het spoedeisende karakter van de situatie. In die situaties primeert het belang van de patiënt en bij gebrek aan enige andere geschikte behandeling zal de behandelende arts zijn verantwoordelijkheid opnemen. Maar buiten deze bijzondere situaties geldt op deontologisch vlak de regel dat voor de procedure tot dwangopname beroep gedaan wordt op een onafhankelijke arts voor de beoordeling van de situatie en niet op de behandelende arts.

Vragen 2 en 3

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

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

Vraag 4

Artsen verbonden aan de psychiatrische dienst van de psychiater die het advies of omstandig geneeskundig verslag opgesteld heeft, kunnen niet als behandelende artsen optreden voor de patiënt opgenomen tot observatie. Deze regel wordt zeer strikt en zonder noemenswaardige problemen nageleefd in de volwassenenpsychiatrie. Voor

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

Het uitvoeren van vaderschapstests (21/02/2009)

TREFWOORDEN:

Genetica – Minderjarigen – Persoonlijke levenssfeer – Rechten van de Mens

DOCUMENTNAAM:

a125007n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

In dit concreet geval heeft de vaderschapstest betrekking op een minderjarig kind,

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

de afstamming wordt buiten een gerechte procedure in vraag gesteld, maar in een privé-aangelegenheid en zonder rechtstreeks of onrechtstreeks voordeel voor het kind.

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

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

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

De ouders, die het ouderlijk gezag uitoefenen, kunnen niet geldig instemmen in naam van een minderjarig kind met niet-therapeutische handelingen, daar deze instemming ten koste kan gaan van het belang van het kind en strijdig is met de fundamentele rechten van het kind. Het uitvoeren van een vaderschapstest waarbij een kind betrokken is kan vergaande ongunstige gevolgen hebben voor het familiaal leven en de maatschappelijke integratie van het kind en kan zelfs gevaren inhouden. Zo kan deze leiden tot aantasting van de rechtszekerheid van de burgerlijke staat, van de fysieke integriteit (artikelen 8 en 14 EVRM) en van de persoonlijke levenssfeer van het kind.

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

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

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

TREFWOORDEN:

Biologie (Klinische-) – Dossier (Medisch-)

DOCUMENTNAAM:

a125008n

De Nationale Raad wordt om advies verzocht aangaande de vraag van een patiënt

aan de klinisch bioloog om een afschrift te verkrijgen van het resultaat van zijn biologische onderzoeken.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

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

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

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

De klinisch bioloog gaat over tot een analyse die uitmondt in een resultaat. De inter-

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

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

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

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

TREFWOORDEN:

Beroepsgeheim – Controle (Medische-)

DOCUMENTNAAM:

a125009n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

Artikel 31, § 3, tweede lid, van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten bepaalt dat de controlearts nagaat of de werknemer werkelijk arbeidsongeschikt is en dat hij de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid en, in

voorkomend geval, de andere medische gegevens voor zover die noodzakelijk zijn voor de toepassing van de bepalingen van deze wet verifieert; alle andere vaststellingen blijven gedekt door het beroepsgeheim.

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

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

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

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

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

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

Afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen (21/02/2009)

TREFWOORDEN:

Geneesheer (Behandelend-) – Getuigenschrift

DOCUMENTNAAM:

a125010n

Naar aanleiding van de afkondiging van het ministerieel besluit van 16 oktober 2008 hou-

dende de erkenning van de artsen die bevoegd zijn voor het afgeven van een attest bedoeld in artikel 14 van de wapenwet heeft de Nationale Raad van de Orde der geneesheren het advies van 3 maart 2007 in verband met het afleveren van medische attesten voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen aangepast.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

Het bezit van een wapen

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

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

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

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

Het dragen van een vuurwapen

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

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

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

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

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

Dit advies vervangt de adviezen van de Nationale Raad van 19 februari 2002, van 19 oktober 2002 en van 3 maart 2007 over dezelfde problematiek.

cc. de heer Stefaan De Clerck, minister van Justitie

Bijlage: model van medisch attest 'wapenbezit'.

MEDISCH ATTEST

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

Ondergetekende,,
arts, verklaart hierbij dat:

de heer / mevrouw ¹:

geboren te: op:

adres:

.....

op:

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

Geldig van tot

DATUM:

Handtekening en stempel arts

1. Het onnodige schrappen.

Erkenning van de commissies voor medische ethiek (21/03/2009)

TREFWOORDEN:

Commissie voor medische ethiek

DOCUMENTNAAM:

a125011n

De Nationale Raad richtte volgende brief aan mevrouw Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

De Nationale Raad neemt nota van uw verzoek om alle erkenningaanvragen voor de ethische comités van de ziekenhuizen die worden gericht aan de Nationale Raad door te sturen naar de instanties van de deelstaten, terwijl de erkenningaanvragen voor de ethische comités die advies dienen te verstrekken over een protocol voor een experiment op mensen onder de bevoegdheid vallen van de federale minister.

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

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

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

TREFWOORDEN:

Getuigschrift – Asielzoekers

DOCUMENTNAAM:

a125012n

De Nationale Raad werd om advies gevraagd in volgende zaak:

De asielzoekers vragen aan hun (behandelende) arts een omstandig medisch attest om een verblijfstatus op basis van artikel 10 ter van de Vreemdelingenwet aan te vra-

gen op basis van hun gezondheidstoestand, daar het onmogelijk is om (evenwaardige) zorgen te krijgen in zijn/haar thuisland. Het starten van deze procedure zal mits een medisch attest en een identiteitsdocument aanleiding geven tot een voorlopige verblijfvergunning voor bepaalde tijd, telkens verlengbaar met drie maanden tot de beslissing ten gronde.

In sommige gevallen zal deze procedure nooit tot een definitieve regularisatie leiden. Het uitschrijven van deze medische attesten zijn niet altijd gerechtvaardigd, daar sommige van de aanvragers nauwelijks of geen gezondheidsproblemen hebben.

Mogen (behandelende) artsen weigeren medische attesten te schrijven, wanneer deze attesten ongegrond zijn?

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

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

Wanneer een patiënt om een getuigschrift verzoekt met het oog op sociale voordelen, mag de arts hem dit getuigschrift afleveren maar moet hij het voorzichtig en dis-

creet opstellen; hij mag dit getuigschrift, met de goedkeuring van zijn patiënt of diens naastbestaanden, zo nodig ook rechtstreeks, overhandigen aan de arts van de instelling waarvan de toekenning van bedoelde sociale voordelen afhangt."

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

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

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

TREFWOORDEN:

Bevoegdheid van de geneesheer

DOCUMENTNAAM:

a125013n

Op vraag van de Orde van Apothekers verstrekte de Nationale Raad volgend advies.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

Aangezien fysieke testen een potentieel risico kunnen inhouden voor de gezondheid van de personen die ze moeten

ondergaan, zelfs al is dit risico klein, is de Nationale Raad van mening dat deze testen slechts mogen worden uitgevoerd in aanwezigheid van een arts, onder zijn toezicht en zijn verantwoordelijkheid, des te meer daar de "MobilOforme" een breder publiek wil sensibiliseren.

Behandeling van een patiënt met multiresistente tuberculose

(21/03/2009)

TREFWOORDEN:

Arts met zelfstandig statuut – Ziekten (Overdraagbare-)

DOCUMENTNAAM:

a125014n

Naar aanleiding van een door een provinciale raad voorgelegde vraag verleent de Nationale Raad advies betreffende de vraag of een anesthesist zorg kan weigeren aan een patiënt met multiresistente tuberculose, omdat hij als zelfstandige in geval van problemen geen beroep kan doen op het Fonds voor de beroepsziekten.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

In het concrete geval van behandeling van multiresistente tuberculose meent de Nationale Raad dat door het toepassen van correcte hygiënische voorzorgsmaatregelen, waarvan u als bijlage een voorbeeld vindt, het risico van overdracht naar de gezond-

heidswerker zeer klein is en dan uitsluitend nog afhangt van het correct opzetten van een aangepast masker. Hij meent dan ook niet dat in dit geval hier het sociale statuut discriminerend kan werken en opteert voor een faire intercollegiale risicospreiding.

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

Niet-samenlevende ouders - Artsenkeuze

(21/03/2009)

TREFWOORDEN:

Keuze (Vrije artsten-) – Minderjarigen

DOCUMENTNAAM:

a125015n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 21 maart 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 25 januari 2009 besproken.

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

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

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

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

Beroepsgeheim en aids - Mededeling aan de partner

(21/03/2009)

TREFWOORDEN:

Aids – Beroepsgeheim – Consent (Fully Informed-) – Diagnose – Persoonlijke levenssfeer – Relatie arts-patiënt

DOCUMENTNAAM:

a125016n

De Nationale Raad verduidelijkt zijn advies van 3 februari 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 116 p. 3) betreffende beroepsgeheim en aids m.b.t. de volgende vragen:

1. Welke houding moet een arts aannemen ten opzichte van een hiv-seropositieve patiënt die verklaart dat hij weigert de nodige maatregelen te treffen om te vermijden de partner te besmetten (beschermd seksueel contact of onthouding)?
2. Kan deze arts, door de noodtoestand in te roepen, de partner inlichten van de seropositiviteit van de patiënt?

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 21 maart 2009 verduidelijkt de Nationale Raad zijn advies van 3 februari 2007 over de volgende vragen:

1. Welke houding moet een arts aannemen ten opzichte van een hiv-seropositieve patiënt die verklaart dat hij weigert de nodige maatregelen te treffen om te vermijden de partner te besmetten (beschermd seksueel contact of onthouding)?
2. Kan deze arts, door de noodtoestand in te roepen, de partner inlichten van de seropositiviteit van de patiënt?

Het medisch beroepsgeheim geldt voor iedere patiënt en de hiv-seropositiviteit vormt geen uitzonderingscriterium.

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

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

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

De strijd tegen aids wettigt dat de arts de seropositieve patiënt op de hoogte brengt

van de maatregelen die noodzakelijk zijn om een besmetting van de occasionele of gebruikelijke sekspartner te vermijden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Protocol “The Belgian Living
Donor Exchange
(26/03/2009)**

TREFWOORDEN:

Orgaandonatie – Transplantatie

DOCUMENTNAAM:

a125017n

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

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

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

TIJDSCHRIFT
VAN DE
NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

NR. 126

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF *Dr. P. Beke*
34

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD
35

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD
41

Geachte collegae,

In zijn vergaderingen van april tot juli 2009 heeft de Nationale Raad alweer een aantal interessante adviezen uitgebracht.

Zo werd door de directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid gevraagd wat een “actieve arts” is. Het antwoord van de Nationale Raad hierop was dat “een actieve arts kan omschreven worden als een arts die ingeschreven is op de Lijst van de Orde van geneesheren en zijn medische competenties kan aanwenden en uitoefenen in uiteenlopende domeinen”.

Als antwoord op een adviesaanvraag van de commissie voor Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing omtrent drie wetsvoorstellen betreffende de reglementering van de klinische psychologie, klinische seksuologie en de klinische orthopedagogiek en de uitoefening van de psychotherapie vestigt de Nationale Raad er de aandacht op dat er een bewuste gradatie is van de verschillende gezondheidsberoepen en er dus een fundamenteel onderscheid is tussen de beroepen uit hoofdstuk I van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, dat handelt over de uitoefening van de geneeskunde, artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkundigen en de vroedvrouwen, en deze uit hoofdstuk II dat handelt over de paramedische beroepen. De Nationale Raad is voorstander van een duidelijke definitie en een goede complementaire relatie tussen alle gezondheidsvertekkers en stelt voor in het kader van de geestelijke gezondheidszorg het beroep van psychotherapeut onder te brengen in de eerste groep (Hfst.I) en al de anderen in het hoofdstuk betreffende de paramedische beroepen. De Raad beoordeelt aldus de voorgelegde wetsvoorstellen als onaanvaardbaar.

Diverse adviezen werden uitgebracht betreffende de taken die een verpleegkundige kan of mag verrichten in het kader van bijstand aan een arts.

Zo werd gevraagd of het voor een verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel spoedgevallen gewettigd is om in bepaalde gevallen autonoom een radiografie aan te vragen. De Nationale Raad is hierover van mening dat dit niet behoort tot de wettelijk omschreven technische verpleegkundige verstrekkingen en de toevertrouwde geneeskundige handelingen voorbehouden aan de verpleegkundigen. Een anamnese en een klinisch onderzoek uitgevoerd door een arts zijn van primordiaal belang om te oordelen welke relevante technische onderzoeken aangevraagd dienen te worden.

Zo ook was er de vraag vanuit een arbeidsgeneeskundige dienst of een verpleegkundige, wegens een acuut en chronisch tekort aan arbeidsgeneesheren, autonoom preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken mag uitvoeren. De Nationale Raad is ook hier van mening dat dit in deze omstandigheden niet mag vermits deze taken niet voorzien zijn in de lijst van de wettelijk toegestane autonome verrichtingen voor verpleegkundigen. Immers, de preventieadviseur- arbeidsgeneesheer woont

niet alleen zelf het onderzoek niet bij, hij ziet de patiënt zelf niet. Er kan derhalve geen sprake zijn van bijstand verlenen. Door deze taak te laten verrichten door een verpleegkundige zou dit kunnen geïnterpreteerd worden als aanleiding geven tot onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Een ander advies werd gevraagd omtrent de betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot studeren. Mag de huisarts de gevraagde informatie aangaande zijn patiënt, via de lijvige stereotype medische vragenlijst, aan de artsdeskundige zomaar doorgeven? De Nationale Raad is van mening dat de anamnese, dus ook deze aan de patiënt voorgelegde vragenlijst, noodzakelijk deel uitmaakt van de expertiseopdracht en niet door de behandelende huisarts uitgevoerd kan worden, hetgeen een schending van het beroepsgeheim kan inhouden. De artsdeskundige mag niet zomaar een beroep doen op de behandelende huisarts om een advies te geven over de rijgeschiktheid van de patiënt.

Een belangrijk advies handelt over het inzage-recht door de hoofdarts van het ziekenhuis in het medisch dossier. De Nationale Raad meent hieromtrent dat, aangezien de wet oplegt dat de hoofdarts tot taak heeft “een medisch dossier als onderdeel van het patiëntendossier aan te leggen en in het ziekenhuis te bewaren” deze hier een rol heeft van coördinatie van de medische afdeling en een organisatorische verantwoordelijkheid voor wat betreft de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. De uitvoering van deze bepalingen rechtvaardigt dat de hoofdarts binnen de grenzen van de uitvoering van zijn opdracht een inzage-recht heeft in het medisch patiëntendossier. Hij zal dit inzage-recht beperken tot de bij wet vastgelegde beperkingen.

Tot slot zijn er nog een tweetal adviezen betreffende inzage-recht van controleurs niet-geneesheren van de overheid. Enerzijds de vraag of een apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid inzage mag hebben in de medische vragenlijsten in bloedtransfusiecentra waarin soms persoonlijke medische gegevens staan vermeld, anderzijds de vraag of inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap, niet-geneesheren, inzage mogen hebben in alle documenten van een patiënt, ook deze die vertrouwelijke informatie bevatten.

Betreffende de apotheker-inspecteur in de bloedtransfusiecentra meent de Nationale Raad dat deze zich voor routinecontroles niet kan beroepen op het doorbreken van de anonimiteit van de donoren en hij derhalve geen inzage-recht heeft van de medische persoonsgegevens vermeld in de vragenlijsten van het Rode Kruis in de bloedtransfusiecentra.

Omtrent de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap meent de Nationale Raad dat inzage in de vertrouwelijke, al dan niet medische gegevens, onaanvaardbaar is, vermits deze niet behoren tot die stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn voor de erkenning en eventuele subsidiëring door de Vlaamse Gemeenschap.

Dr. Paul BEKE
Hoofdredacteur

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 9 MEI, 30 MEI EN 4 JULI 2009

Advies van 5 april 2008 betreffende medische controle – Privé-sector (09/05/2009)	35
Radiografie - Aanvraag door een verpleegkundige (09/05/2009)	35
Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen (30/05/2009)	36
Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige (30/05/2009)	37
Preventieve geneeskunde – Service “Total Body Scans” aangeboden door Royal Hospitals (30/05/2009)	37
Inzage van het medisch dossier door de hoofdarts van het ziekenhuis (30/05/2009)	38
Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid (04/07/2009)	39
Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap (04/07/2009)	39

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

Advies van 5 april 2008 betreffende medische controle – Privé-sector (09/05/2009)

TREFWOORDEN:

Controle (Medische-)

DOCUMENTNAAM:

a126009n

Een arts legt aan de Nationale Raad een vraag voor betreffende het advies dat de Nationale Raad op 5 april 2008 verstrekte inzake medische controle bij een afwezige patiënt.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn zitting van 9 mei 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw vraag van 22 januari 2009 betreffende het advies van de Nationale Raad van 5 april 2008: “Medische controle bij een afwezige patiënt - Toelichting bij het advies van 1 september 2007”.

In het advies van 5 april 2008 bevestigde de Nationale Raad zijn standpunt, met name dat een controlearts aan de patiënt niet kan opleggen zich te verplaatsen indien de behandelende arts vermeld heeft dat het verlaten van de woonst verboden is. In dat-

zelfde advies legde de Nationale Raad vast dat de diagnose nooit aan de werkgever van de ambtenaar wordt medegedeeld doch enkel aan de dienst Medex.

De adviezen van 1 september 2007 en van 5 april 2008 passen weliswaar in het kader van de medische controle door Medex op de afwezigheden van federale ambtenaren.

De Nationale Raad is van mening dat het advies van de Nationale Raad van 5 april 2008 betreffende medische controle bij een afwezige patiënt - mutatis mutandis - ook geldt voor andere medische controles op afwezigheden, o.a. in de privé-sector.

Radiografie – Aanvraag door een verpleegkundige (09/05/2009)

TREFWOORDEN:

Radiografie – Spoedgevallen – Verpleegkundige prestaties – Medewerkers van de geneesheer

DOCUMENTNAAM:

a126013n

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren werd geconfronteerd met de vraag in hoe-

verre het voor een verpleegkundige met de bijzondere beroepstitel spoedgevallen gewettigd is om in bepaalde gevallen autonoom een radiografie aan te vragen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergaderingen van 18 april en van 9 mei 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 19 februari 2009 betreffende de vraag in hoeverre het voor een verpleegkundige met de bijzondere beroepstitel spoedgevallen gewettigd is om in bepaalde gevallen zelf een radiografie aan te vragen.

Krachtens het koninklijk besluit van 21 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 (1) kunnen verpleegkundigen die houder zijn van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en de spoedgevallenzorg zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 september 2006 (2), in de functies intensieve zorg, gespecialiseerde spoedgevallenzorg, mobiele urgentiegroep en in de dringende geneeskundige hulpverlening de in bijlage IV vermelde technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen toepassen, op voorwaarde dat deze beschreven zijn door middel van een

procedure of een standaard verpleegplan en dat deze verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen aan de betrokken artsen zijn meegedeeld.

Bijlage IV bij het koninklijk besluit van 21 april 2007 bepaalt in artikel 5 een lijst van technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen voorbehouden aan de houders van een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid. In deze lijst staat als B 1-handeling onder andere onthaal, evaluatie, triage en oriëntatie van de patiënten.

De Nationale Raad is van mening dat het aanvragen van radiografieën door verpleegkundigen met de bijzondere beroepstitel spoedgevallen hiertoe niet behoort daar een anamnese en een klinisch onderzoek door een arts van primordiaal belang zijn om te oordelen welke relevante technische onderzoeken aangevraagd dienen te worden.

(1)Houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

(2)Houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde.

Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen

(30/05/2009)

TREFWOORDEN:

Expertise – Huisarts – Rijbewijs

DOCUMENTNAAM:

a126016n

Er werd aan de Nationale Raad advies gevraagd over een uitgebreid document in verband met de procedure voor herstel in het recht tot sturen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 30 mei 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de problematiek van de betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen.

Het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs stelt in artikel 73 dat de geneeskundige en psychologische onderzoeken waarvan het herstel in het recht tot sturen afhankelijk kan worden gemaakt,

dienen te worden uitgevoerd door een instelling erkend door de FOD Mobiliteit en Vervoer. De inhoud en de methode van deze onderzoeken worden gedefinieerd in bijlage 14 van dit koninklijk besluit. Het multidisciplinair team van deze instelling, waarvan een arts deel moet uitmaken, voert deze onderzoeken uit in zijn vestigingen.

Voorafgaand aan deze onderzoeksprocedure en aan elk contact met de arts-deskundige zenden de instellingen erkend voor het uitvoeren van de geneeskundige en psychologische expertise opgelegd aan de bestuurders die ontzet zijn uit het recht te sturen, aan deze laatste een lijvige, stereotype, medische vragenlijst. Er valt te betwijfelen of sommige van deze vragen met de doelstelling ervan stroken.

Het is een gangbaar gebruik geworden dat bepaalde instellingen de kandidaat opleggen deze vragenlijst rechtstreeks te laten invullen door zijn behandelende arts. Hierover wordt het advies van de Nationale Raad gevraagd.

De Nationale Raad stelt vast dat het geneeskundig en psychologisch onderzoek voor herstel in het recht tot sturen een deskundigenonderzoek is waarvan het resultaat wordt medegedeeld aan de betrokkene, aan de griffie van de rechtbank en aan het openbaar ministerie. De bepalingen van hoofdstuk IV van titel III van de Code van geneeskundige plichtenleer betreffende de arts-deskundige zijn van toepassing. Ze stellen dat de functies van deskundige onverenigbaar zijn met die van behandelende arts van eenzelfde persoon.

Ze eisen eveneens dat de arts die geregeld de functie van deskundige uitoefent deze medische activiteit vastlegt in een contract dat voorafgaandelijk dient te worden voorgelegd aan de provinciale raad waar hij is ingeschreven.

Het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs schrijft voor dat de rijgeschiktheid wordt bepaald door de arts van de erkende instelling na een grondig geneeskundig onderzoek waarbij alle middelen, die de geneeskunde biedt, kunnen worden aangewend. Dit medisch onderzoek bestaat uit een grondige medische anamnese, de kennisname van relevante medische informatie van de kandidaat, het uitvoeren van een grondig geneeskundig onderzoek en de verwijzing naar gespecialiseerde artsen of medische diensten.

Naast het feit dat de anamnese noodzakelijk deel uitmaakt van de expertiseopdracht en niet door de behandelende huisarts kan worden uitgevoerd, bepaalt artikel 129 van de Code van geneeskundige plichtenleer dat de arts belast met een deskundigenopdracht, moet vermijden de behandelende arts ertoe te brengen het

beroepsgeheim te schenden, dat deze laatste zelfs tegenover hem moet bewaren. Het is de kandidaat zelf die de vragenlijst moet beantwoorden en hij kan daarvoor de hulp vragen van zijn huisarts. De behandelende arts ertoe verplichten een dergelijke vragenlijst in te vullen is strijdig met de regels betreffende het beroepsgeheim en met de deontologische onverenigbaarheid tussen de functie van deskundige en de opdracht van behandelende arts.

De deontologische richtlijnen nopens het beroepsgeheim leggen op dat het mededelen van medische inlichtingen door de behandelende huisarts strikt is beperkt tot de objectieve medische gegevens die rechtstreeks verband houden met het doel van het onderzoek.

Deze gegevens mogen nooit aan de arts-deskundige worden meegedeeld zonder de instemming van de patiënt, dit niet alleen krachtens artikel 458 van het Strafwetboek maar ook krachtens artikel 7 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, dat verbiedt medische persoonsgegevens mede te delen zonder de schriftelijke en voorafgaande instemming van de betrokkene.

De beoordeling van het al dan niet aanwezig zijn van medische oorzaken voor rijgeschiktheid maakt uitdrukkelijk deel uit van de deskundigenopdracht en moet het resultaat zijn van een persoonlijk onderzoek van de kandidaat door de arts belast met de expertise, zoals bepaald door de wettekst en door de Code van geneeskundige plichtenleer in artikel 124.

Op basis van het onderzoek dient de arts in staat te zijn te oordelen of de kandidaat voldoet aan de wettelijke criteria voor rijgeschiktheid. De wettekst bepaalt uitdrukkelijk dat de arts een beroepservaring dient te hebben, die hem moet toelaten de medische en mentale criteria te kennen op basis waarvan men kan oordelen of een persoon al dan niet rijgeschikt is. De argumentatie volgens welke de arts-deskundige de informatie van de behandelende huisarts nodig heeft om zijn opdracht uit te voeren is niet relevant. De arts-deskundige mag geen beroep doen op de behandelende huisarts om een advies te geven over de rijgeschiktheid van de kandidaat/patiënt.

De Nationale Raad dringt erop aan dat de vragen in verband met de gezondheidstoestand van de kandidaat in verhouding staan tot en relevant zijn voor het doel van het deskundigenonderzoek en dat ze opgesteld zijn in een begrijpbare taal voor de kandidaat, overeenkomstig de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De huidige praktijk waarbij vóór elk onderhoud met of onderzoek door de arts-deskundige een stereotype vragenlijst aan

de kandidaat wordt gestuurd, voldoet niet aan deze vereisten.

Tot slot herinnert de Nationale Raad eraan dat artikel 46 van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs bepaalt dat, indien de arts vaststelt dat de houder van een rijbewijs niet meer beantwoordt aan de vastgestelde geneeskundige normen, hij de belanghebbende op de hoogte moet stellen van de verplichting om zijn rijbewijs in te leveren bij de overheid. Hij verwijst in dit verband naar zijn advies van 29 mei 1999.

Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige (30/05/2009)

TREFWOORDEN:

Geneeskunde (Arbeids-) – Geneeskunde (Onwettige uitoefening van de-) – Verantwoordelijkheid van de arts – Verpleegkundige prestaties

DOCUMENTNAAM:

a126017n

Een provinciale raad legt aan de Nationale Raad een vraag om advies voor betreffende het autonoom uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

Aan een provinciale raad werd door de arbeidsgeneeskundige dienst X, het volgende voorstel voorgelegd, hetwelk wegens de provincieoverstijgende aard werd overgemaakt aan de Nationale Raad van de Orde van geneesheren.

Als arbeidsgeneeskundige dienst heeft X een acuut en chronisch tekort aan arbeidsgeneesheren en vraagt of er een wettelijke en een ethisch-deontologische basis bestaat om een aantal preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken van laagrisicoberoepen, i.c. beeldschermwerkers, te laten uitvoeren door een verpleegkundige in plaats van door de arbeidsgeneesheer zelf.

De werknemer van zijn kant zou steeds de mogelijkheid hebben, indien hij er zelf om zoekt of indien de arbeidsgeneesheer dit noodzakelijk acht, om door de arts persoonlijk te worden gezien. De resultaten van de door de verpleegkundige uitgevoerde onderzoeken zouden nadien wel voorgelegd worden aan de arbeidsgeneesheer die dan op zijn beurt overgaat tot de beoordeling van de betrokken werknemer via het invullen en ondertekenen van het formulier voor gezondheidsbeoordeling.

De Nationale Raad besprak voorliggend voorstel in zijn vergadering van 30 mei 2009.

Vooreerst dient vermeld dat uit de gezamenlijke lezing van de huidige regelgevingen betreffende preventieadviseur arbeidsgeneeskundige diensten zoals de Welzijnswet (wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk), het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk en het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheids-toezicht op de werknemers, blijkt dat het de arbeidsgeneesheer niet verboden is zich voor een aantal preventieve onderzoeken door verpleegkundig personeel of door personeel met een passende opleiding te laten bijstaan.

De preventieadviseur arbeidsgeneesheer is en blijft de eindverantwoordelijke voor het uitvoeren van het medisch toezicht.

Andere meer specifieke regelgeving, zoals de Richtlijn 90/270/EEG van de Raad van 29 mei 1990 betreffende de minimumvoorschriften inzake veiligheid en gezondheid met betrekking tot het werken met beeldschermapparatuur en het koninklijk besluit van 27 augustus 1993 dat de omzetting is van deze Richtlijn in Belgisch recht betreffende het werken met beeldschermapparatuur, stellen dat niet alle preventieve onderzoeken persoonlijk dienen uitgevoerd te worden door de preventieadviseur arbeidsgeneesheer.

Verder is er nog het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van gezondheidsberoepen dat stelt dat alleen artsen de geneeskunde mogen uitoefenen. Verpleegkundigen mogen taken verrichten die tot de verpleegkunde behoren. Deze taken worden bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan de beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd evenals de wijze van uitvoering van de verstrekkingen en handelingen en de kwaliteitsvereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

Zo wordt gesteld in bijlage I van dit koninklijk besluit dat bepaalde technische verstrekkingen door een verpleegkundige zelf mogen worden verricht, al dan niet op voorschrift van een arts, terwijl in bijlage II de toevertrouwde handelingen worden bepaald die eveneens door een verpleegkundige kunnen worden verricht doch enkel onder toezicht van een arts.

Uit wat voorafgaat, blijkt dat verpleegkundigen de wettelijke bevoegdheid hebben zelf een aantal handelingen te stellen, hetzij op voorschrift, hetzij onder toezicht van een arts. De arts blijft de eindverantwoordelijke voor deze door de verpleegkundige uit-

gevoerde taken. Hij zal hiervoor kunnen worden aangesproken en is als enige bevoegd om een eindbeslissing te nemen.

De Nationale Raad verwijst tot slot naar de Code van geneeskundige plichtenleer die stelt dat bij het delegeren van taken aan verpleegkundigen de geneesheer er steeds dient over te waken ieder initiatief te vermijden dat hen ertoe zou kunnen aanzetten de geneeskunde op een onwettige wijze uit te oefenen, noch taken noch handelingen te doen verrichten die buiten hun bevoegdheid of competentie vallen.

De Nationale Raad besluit dan ook dat het zelfstandig autonoom onderzoeken van i.c. beeldschermwerkers door een verpleegkundige niet mag vermits deze taak niet is voorzien in de lijst van toegestane autonome verrichtingen voor verpleegkundigen zoals bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990. Immers, de preventieadviseur arbeidsgeneesheer woont het onderzoek niet bij; hij kan het ook niet controleren vermits hij de patiënt zelf niet ziet en er kan dus geen sprake zijn van bijstand; de arbeidsgeneesheer beperkt zijn toezicht tot het invullen en ondertekenen van het formulier inzake gezondheidsbeoordeling, terwijl hij de patiënt zelf niet persoonlijk heeft gezien noch onderzocht.

Het laten uitvoeren van deze onderzoekstaken door een verpleegkundige in de plaats van en zonder supervisie van een arts zou, binnen het huidige wettelijke kader, aanleiding kunnen geven tot onwettige uitoefening van de geneeskunde en is deontologisch onaanvaardbaar.

Preventieve geneeskunde – Service “Total Body Scans” aangeboden door Royal Hospitals (30/05/2009)

TREFWOORDEN:

Commercialisatie van de geneeskunde – Geneeskunde (Preventieve-) – Radiografie

DOCUMENTNAAM:

a126018n

In de media kan men lezen dat Royal Hospitals in België systematisch bij een check-up “Total body-Scans” aanbiedt. Senator L. Ide heeft zijn provinciale raad van de Orde van geneesheren over deze problematiek aangeschreven. Hetzelfde probleem werd aangekaart door het Consilium Radiologicum Belgicum. Hierover werd het standpunt van de Nationale Raad gevraagd

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft in zijn vergadering van 30 mei

2009 uw brief van 10 februari 2009 besproken aangaande de preventieve "Total Body Scans", een service die ook in België aangeboden wordt door Royal Hospitals en waarbij ziekenhuizen en artsen aangesproken worden om deze service te promoten.

De organisatie van medische preventie is lovenswaardig. In de organisatie van preventie is de overheid beperkt qua financiële middelen en dit brengt met zich dat private niet-commerciële organisaties dit gedeelte van de medische zorg op zich kunnen nemen.

Elke vorm van preventieve geneeskunde, ook al wordt ze aangeboden door een privaats initiatief, moet voldoen aan een aantal wetenschappelijke vereisten.

Dit veronderstelt dat een preventief onderzoek gefundeerd moet zijn op formele, controleerbare wetenschappelijke waardebewijzen (*evidence based*), dat het positief resultaat op morbiditeit, mortaliteit, levensverwachting en levenskwaliteit onomstotelijk aangetoond moet zijn, dat een preventief onderzoek geen schade mag toebrengen die niet in verhouding staat tot het beoogde nut en dat de patiënt (of hier de cliënt) bewust en geïnformeerd zonder valse verwachtingen of geruststelling moet kunnen opteren voor een preventief gezondheidsonderzoek.

Een formele wetenschappelijke evidentie voor preventie door middel van "Total Body Scans" is niet terug te vinden in de wetenschappelijk erkende medische literatuur:

- Het resultaat van deze vorm van screening kan nooit met zekerheid de afwezigheid van een pathologie waarborgen en schept dus valse verwachtingen;
- Uitgebreide medische beeldvorming zonder vooraf gestelde indicatie roept talloze vragen op. Veel niet-specifieke toevallige bevindingen zullen leiden tot onnodige bijkomende en dure onderzoeken en tot ongerustheid bij de patiënt;
- De schadeloosheid van MRI op grote schaal en op repetitieve basis is nog niet volledig gedocumenteerd. De risico's van ioniserende stralen (cfr. CT-scan) zijn daarentegen wel duidelijk vastgesteld. Er is een significante toename van het risico op kanker door een CT-scan;
- De kostprijs van dergelijk preventief onderzoek staat buiten alle verhouding met de gangbare verzekeringstarieven voor deze onderzoeken, zoals in ons land gehanteerd. Royal Hospitals werkt met eigen financiële middelen en de ziekteverzekering komt niet tussen in de kosten, wat leidt tot onaantoonbare sociale verschillen.

Men kan bijgevolg stellen dat het uitvoeren van preventieve geneeskundige onderzoeken die niet uitgaan van initiatieven van de overheid, zinvol kunnen zijn als zij vol-

doen aan een aantal wetenschappelijke en deontologische criteria.

Geenszins mag dit een commerciële geneeskunde worden, gefundeerd op het ronzen en misleiden van "patiënten".

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren is van mening dat het project "Total Body Scans" van Royal Hospitals niet voldoet aan deze vereisten en de artsen hieraan niet mogen meewerken.

Cc. dokter Christian DELCOUR, voorzitter van het Consilium Radiologicum Belgium

Inzage van het medisch dossier door de hoofddarts van het ziekenhuis (30/05/2009)

TREFWOORDEN:

Beroepsgeheim – Dossier (Medisch-) – Hoofdge-neesheer

DOCUMENTNAAM:

a126021n

De commissie 'Ziekenhuisgeneeskunde' van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren stelde in april 2008 een leidraad op over "Taken van de hoofddarts – Deontologische richtlijnen". Deze leidraad is gebaseerd op de ter zake geldende wetgeving, de Code van geneeskundige plichtenleer en vroeger uitgebrachte adviezen.

Tijdens het opstellen van deze leidraad kwamen nog een aantal vragen aan bod.

Eén van deze vragen was of de inzage van het medisch dossier van een patiënt door de hoofddarts van het ziekenhuis gerechtvaardigd is.

Hierover werd door de Nationale Raad advies uitgebracht in zijn vergadering van 30 mei 2009.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

Het medisch ziekenhuisdossier wordt gedefinieerd door het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (), moet voldoen. Dit medisch dossier vormt samen met het verpleegkundig dossier het patiëntendossier (art. 1, lid 1, koninklijk besluit van 3 mei 1999).*

Het medisch patiëntendossier is in de eerste plaats een werkinstrument voor de arts, maar het is ook een communicatiemiddel, een evaluatiemiddel, een bewijselement en een beleidsinstrument.

Het medisch dossier is een onontbeerlijk communicatiemiddel voor de coördinatie en

de continuïteit van de zorg. In die mate wordt de vertrouwelijkheid van de inhoud ervan gedeeld tussen de verschillende gezondheidsberoepsbeoefenaren die zorg toedienen aan de patiënt.

Doordat deze beoefenaren toegang hebben tot zijn medisch dossier wordt de patiënt beschermd tegen nutteloos herhaalde onderzoeken, geneesmiddeleninterferenties en fouten door het niet op de hoogte zijn van bijvoorbeeld allergieën. Bovendien waarborgt het hem een optimale behandeling.

Het is een evaluatiemiddel: het streven naar kwaliteit moet onder andere gebaseerd zijn op objectieve gegevens vermeld in het medisch dossier.

Het is een bewijselement op medisch gebied: zowel voor de arts - de aan de patiënt verstrekte informatie en zijn toestemming zullen op nuttige wijze worden opgetekend in het medisch dossier (artt. 7 en 8 van de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002) -, als voor de patiënt, bijvoorbeeld bij een transfusieongeval (art. 2, lid 10, koninklijk besluit van 3 mei 1999).

Het is eveneens een bewijselement op administratief gebied bij betwistingen over de classificatie van de behandelde aandoening in APR/DRG, die één van de basiselementen uitmaakt van de ziekenhuisfinanciering (art. 56 quater van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Hiertoe moet het toegankelijk zijn voor het coderings-team.

Het medisch patiëntendossier is eveneens een beleidsinstrument aangezien het dient voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens (MKG) en voor de registratie van de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG). De combinatie van de twee vormt de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG).

Tot slot heeft de patiënt recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier, waarvan hij recht op inzage en op een afschrift heeft (art. 9 van de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002).

De taken van de hoofddarts worden beschreven in de artikels 5 en 6 van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 ().*

Een van die taken bestaat erin "een medisch dossier, als onderdeel van het patiëntendossier, voor elke patiënt aan te leggen en in het ziekenhuis te bewaren".

Het patiëntendossier, samengesteld uit het medisch en het verpleegkundig dossier,

wordt in het ziekenhuis bewaard onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts (art. 25 van de wet op de ziekenhuizen en andere zorginstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008).

Uit deze wetgeving blijkt dat de wetgever de hoofdarts duidelijk een rol van coördinatie van de medische afdeling en een organisatorische verantwoordelijkheid wat betreft de de continuïteit en de kwaliteit van de zorg toekent, zowel naar de patiënten als naar de gemeenschap toe.

De uitvoering van de hierboven aangehaalde bepalingen en in ruimere zin de harmonieuze werking van de ziekenhuisinstelling rechtvaardigen dat de hoofdarts inzage heeft in het medisch patiëntendossier binnen de grenzen van de uitvoering van zijn opdrachten.

De hoofdarts moet zijn functie uitoefenen met eerbiediging van de deontologie en moet in het bijzonder zijn recht op inzage beperken tot de bij wet bepaalde situaties.

De medische dossiers in de ziekenhuizen dienen in die geest te worden opgesteld.

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

Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid (04/07/2009)

TREFWOORDEN:

Beroepsgeheim – Bloedtransfusie – Persoonlijke levenssfeer – Inspecteur

DOCUMENTNAAM:

a126026n

Een apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid, meldt zich aan bij een bloedtransfusiecentrum (Rode Kruis) teneinde na te gaan of alle wettelijke bepalingen aangaande bloedinzameling worden nageleefd.

Hij vraagt ook inzage van de medische vragenlijsten waarin de donoren in hun antwoorden persoonlijke medische gegevens mededelen.

Een provinciale raad stelt de vraag of die apotheker-inspecteur recht op inzage heeft van die persoonlijke medische gegevens.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 4 juli 2009 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 13 mei jl. besproken, waarin volgende vraag wordt gesteld: is een apotheker-inspecteur van de FOD Volks-

gezondheid, gelast met de controle op de naleving van de wettelijke bepalingen inzake bloedinzameling, gemachtigd inzage te hebben van medische persoonsgegevens die de donoren verschaffen als antwoord op de medische vragenlijsten?

De Nationale Raad is van oordeel dat vernoemde medische persoonsgegevens onder de toepassing vallen van de wettelijke en deontologische bepalingen met betrekking tot het beroepsgeheim alsook onder de toepassing van de wettelijke bepalingen met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Dat de apotheker-inspecteur inzage recht zou hebben van de vermelde medische persoonsgegevens kan volgens de Nationale Raad slechts op twee manieren verantwoord worden:

Ofwel is er inzage recht in het kader van het gedeeld beroepsgeheim (*).

De apotheker-inspecteur vervult echter niet alle voorwaarden om een beroep te kunnen doen op het gedeeld beroepsgeheim. Dat hij zelf gebonden is door het beroepsgeheim, één van de voorwaarden, is op zich niet voldoende.

Ofwel is er inzage recht krachtens een wet. De referentiewet in deze aangelegenheid is de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong.

Artikel 21 van deze wet verleent de apotheker-inspecteur machtiging controle uit te voeren op de naleving van de wettelijke bepalingen betreffende de bloedinzameling.

Artikel 5 van diezelfde wet bepaalt: "[...] Behalve in geval van uiterste medische noodzaak, mag de identiteit van de donor en van de ontvanger niet worden medegedeeld, met dien verstande dat de opspoorbaarheid van de producten gewaarborgd moet zijn en dat de identiteit van de donor en/of van de ontvanger kan worden medegedeeld onder de bescherming van de medische geheimhouding wanneer deze mededeling door omstandigheden noodzakelijk is [...]."

De Nationale Raad meent te mogen besluiten dat de apotheker-inspecteur zich voor routinecontroles niet kan beroepen op het doorbreken van de anonimiteit van de donoren bij ontstentenis van omstandigheden zijnde op een uiterste medische noodzaak en dat hij derhalve in dit geval geen inzage recht heeft van de medische persoonsgegevens vermeld op de hoger geciteerde vragenlijsten.

Ten slotte is de Nationale Raad van oordeel dat dergelijke routinecontroles perfect kunnen geschieden op basis van geanonimiseerde gegevens, hetgeen dan ook in

overeenstemming is met de vereisten van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

(*) Zie daaromtrent Isabelle VAN DER STRAETE en Johan PUT, Beroepsgeheim en hulpverlening, Die Keure, 2005, nrs. 110; 154; 158; 186-188; 319; 405-469.

Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap (04/07/2009)

TREFWOORDEN:

Beroepsgeheim – Dossier (Medisch) – Inspecteur

DOCUMENTNAAM:

a126027n

Brief van de Nationale Raad aan een arts, voorzitter van een vzw die actief is op het gebied van de coördinatie en ondersteuning van de thuiszorg in de eerste lijn, die vraagt of de werkwijze van de Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap strookt met de medische deontologie.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 4 juli 2009 heeft de Nationale Raad de bespreking van uw schrijven van 9 juni 2008 aan de Provinciale Raad van Limburg beëindigd, waarin u vraagt of de werkwijze van de Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap strookt met de medische deontologie.

Vooreerst dient gezegd dat deze inspecteurs geen artsen zijn. Zij zijn ambtenaren-inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap.

Enerzijds is er de vraag of de wens van de inspecteurs dat de zorgplannen en de communicatieschriften van de patiënten, documenten die al dan niet medische vertrouwelijke informatie bevatten en normaal bij de patiënt thuis liggen, op voorhand worden opgehaald om aan de inspectie te worden voorgelegd.

Anderzijds is er de vraag of het inzage verlenen van al deze documenten van een patiënt, ook deze die vertrouwelijke informatie bevatten, deontologisch mag, en wel op de eerder beschreven wijze.

De Nationale Raad verwijst naar de bij wet vastgelegde opdracht tot het inspecteren van zorgplannen door de ambtenaren van de Vlaamse Gemeenschap in artikel 18, §§ 1 en 2, van het decreet van de Vlaamse

Gemeenschap van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (BS, 20 april 2004). Volgens deze bepaling organiseert de Vlaamse Gemeenschap het toezicht en de controle op de naleving van dit decreet en hebben de ambtenaren van de Vlaamse Gemeenschap die belast zijn met toezicht, het recht de in § 1 bedoelde samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering, samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en partnerorganisaties te bezoeken en ter plaatse zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Omtrent de documenten die zich thuis bij de patiënt bevinden dient opgemerkt dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen de eigenlijke administratieve documenten en de specifieke individuele, al dan niet medische, dossiergegevens die soms heel vertrouwelijke informatie kunnen bevatten en niet relevant zijn voor de inspectie.

Betreffende de eerste vraag meent de Nationale Raad dat het deontologisch onaanvaardbaar is dat de zorgplannen en de communicatieschriften waarvan sprake gedurende meerdere dagen tot een week bij de patiënt worden weggehaald en worden gecentraliseerd ten behoeve van de inspectie, terwijl ze continu nodig zijn bij de patiënt opdat alle zorgverleners een optimale continuïteit van zorg zouden kunnen verlenen. Derhalve dient de inspectie van de zorgplannen, zoals de wet het voorschrijft, "ter plaatse" bij de patiënt thuis te geschieden.

Wat betreft de tweede vraag of de inspecteur niet-geneesheer al dan niet inzage-recht heeft van alle documenten, inbegrepen de persoonlijke en medische gegevens van de betrokkene, stelt de wet dat de ambtenaren-inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap het recht hebben zelf kennis te nemen van alle stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn voor de uitoefening van hun ambt.

Hieruit volgt dat deze ambtenaren-inspecteurs, niet-artsen, dienen na te gaan, net als de inspecteurs-artsen die controle uitoefenen in rusthuizen en RVT's, of alle stukken en bescheiden voorhanden zijn die *noodzakelijk en relevant* zijn voor de betreffende erkenning en eventuele subsidiëring door de Vlaamse Gemeenschap. Hiertoe behoren de administratieve gegevens uit het dossier van de patiënt.

De Nationale Raad stelt dat inzage van de vertrouwelijke, al dan niet medische, gegevens die zich ook in het dossier bevinden, onaanvaardbaar is, vermits deze niet behoren tot die stukken en bescheiden die noodzakelijk en relevant zijn.

Een inspecteur, niet-arts, is uit hoofde van zijn statuut van ambtenaar gehouden aan

de discretieplicht voor het geval hij vertrouwelijke individuele gegevens van de patiënt zou vernemen ter gelegenheid van zijn inspectieopdracht.

De Nationale Raad beveelt in deze heel sterk aan dat de regelgever, in casu de Vlaamse Gemeenschap, per sector, afzonderlijk de taken van de inspectie duidelijk(er) zou omschrijven en aangeven in welke mate de uitvoering van deze taken noopt tot inzage van de individuele patiëntgegevens. Een aanpassing van de dossiersamenstelling lijkt dan ook noodzakelijk opdat er een duidelijke scheiding zou kunnen worden gemaakt tussen de diverse gegevens in een dossier.

VERGADERING VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD VAN 16 JULI 2009

Benaming van artsenvennootschappen – Vermelding van de naam en het specialisme van elke vennoot (16/07/2009)

TREFWOORDEN

Publiciteit en reclame – Vennootschappen (Professionele-)

DOCUMENTNAAM:

a126028n

Een provinciale raad legt een vraag voor betreffende de vermelding van de naam en het specialisme van elke vennoot in de benaming van een artsenvennootschap.

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD:

Artikel 160, § 5, van de Code van geneeskundige plichtenleer meldt dat de associa-

tie naar buiten kan treden onder de naam van haar leden met vermelding van het uitgeoefende specialisme maar dat ze ook een eigen naam kan kiezen. Deze benaming moet door de bevoegde provinciale raad worden aanvaard.

Artikel 163, § 4, van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat een professionele eenpersoonsvennootschap bij het naar buiten treden de rechtsvorm evenals de naam van de arts en het uitgeoefende specialisme dient te vermelden.

Artikel 162, § 6, van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat een professionele meerpersoonsvennootschap kan opteren voor een eigen benaming die objectief en discreet moet zijn en door de provinciale raad moet worden aanvaard.

De rechtsvorm en de naam van elke vennoot met het door deze uitgeoefende specialisme dient te worden vermeld.

Zowel de associatie als de professionele meerpersoonsvennootschap met rechtspersoonlijkheid kan dus een eigen benaming kiezen, die objectief en discreet dient te zijn en door de bevoegde provinciale raad dient te worden aanvaard. Onder de benaming van de associatie of de vennootschap dient steeds de naam van elke vennoot en het door deze uitgeoefende en door het RIZIV erkende specialisme te worden vermeld.

Wanneer niet wordt gekozen voor een eigen benaming dienen de namen van alle artsen te worden vermeld alsook hun door het RIZIV erkende specialisme.

TIJDSCHRIFT
VAN DE
NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

NR. 127

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF
44

Prof. dr. G. Rorive

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD
45

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD
50

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

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

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

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

dracht aangesneden en een aantal aanbevelingen en voorwaarden geformuleerd, met de nadruk op de bijzondere situatie van de landen die geconfronteerd worden met een artsentekort.

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

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

Prof. dr. Georges RORIVE
Hoofredacteur

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

Urgentiewachtdienst pediatrie (05/09/2009)	45
Bepalen van het lactaatgehalte door niet-artsen (05/09/2009)	46
<i>Cumuleren van de functies van huisarts, controlearts en arts-scheidsrechter</i> (05/09/2009)	46
Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts (05/09/2009)	46
Influenza-pandemie A/H1N1 – Zorgmeldpunt (05/09/2009)	47
Website <i>www.despecialistenwijzer.be</i> : deontologisch ontoelaatbaar (05/09/2009)	47
Waarschuwing: beroepengids PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE (05/09/2009)	47
Influenza A/H1N1 – Vaccinatie. Perscommuniqué (24/10/2009)	48
Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) – Behandeling van de partner(s) (24/10/2009)	48
Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon (24/10/2009)	48
Arbeidsgeneeskunde – Controlegeneeskunde – Wet betreffende de rechten van de patiënt (24/10/2009)	49

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

Urgentiewachtdienst pediatrie (05/09/2009)

TREFWOORDEN:

Pediatrie – Spoedgevallen – Wachtdienst

DOCUMENTNAAM:

a127004n

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

De arts benadrukt dat, ook al heeft de anesthesist-reanimator tijdens zijn opleiding contact met kinderen en in zeldzame gevallen zelfs met pasgeborenen, dit geenszins de

waarborg vormt voor een volwaardige opleiding in urgentiegeneskunde en acute geneeskunde in pediatrie, laat staan in neonatologie.

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

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

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

Indien een arts die verzocht werd om dergelijke functie uit te oefenen van oordeel is

dat hij niet voldoet aan de vereisten van optimale bekwaamheid, moet hij de mogelijkheid hebben een afwijking hiervan te vragen aan de hoofdgeneesheer, de betrokken geneesheren-diensthoofd en de medische raad. In geval van geschil, kan de provinciale raad ingrijpen en een bemiddeling voorstellen.

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

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

TREFWOORDEN:

Geneeskunde (Sport-)
DOCUMENTNAAM:
a127005n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

Tot slot meent de Nationale Raad dat het, gezien de grote variaties van het lactaatgehalte in de fysiologische en pathologische omstandigheden, niet aangewezen is de interpretatie van het resultaat van de lactaatgehaltebepaling bij een sportbeoefenaar toe

te vertrouwen aan niet-artsen om hem/haar persoonlijk trainingsadvies te geven. Dit kan slechts gebeuren in overleg met en onder het toezicht van een arts die er, eventueel rekening houdend met andere parameters, de eindverantwoordelijkheid voor draagt.

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

TREFWOORDEN:

Controle (Medische-) – Huisarts
DOCUMENTNAAM:
a127006n

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

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

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

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

In elk geval is, zoals reeds bepaald en bevestigd in vorige adviezen van de Nationale Raad¹, de besproken cumul alleen mogelijk mits gunstig advies van de provinciale raad van inschrijving van de betrokken arts.

1. Advies 22/1/2000 – TNR 88, p. 16: Cumulatie van de functie van ambtenaar en huisarts
Advies 22/4/1995 – TNR 69, p. 13: Cumulatie van de functie van voltijds ambtenaar en huisarts
Advies 20/8/1994 – TNR 66, p. 17: Cumulatie van de functie van voltijds ambtenaar en huisarts

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

TREFWOORDEN:

Beroepsgeheim – Geneesmiddelen – Thuiszorg – Voorschriften
DOCUMENTNAAM:
a127007n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

koming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten).

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

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

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

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

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

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

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

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

TREFWOORDEN:

Huisarts – Plichten van de geneesheer (Algemeen-)

DOCUMENTNAAM:

a127008n

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

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

Website www.despecialistenwijzer.be: deontologisch onaanvaardbaar. (05/09/2009)

TREFWOORDEN:

Internet – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM:

a127009n

In zijn vergadering van 5 september 2009 heeft de Nationale Raad de website www.despecialistenwijzer.be besproken.

Deze website opgericht als zustersite van de website www.despecialistenwijzer.nl heeft een commercieel oogmerk: de verhuring van webruimte aan artsen-specialisten. Door middel van deze webruimte kunnen artsen-specialisten allerlei mededelingen zoals

hun beroepservaring, het aantal uitgevoerde operaties en bijhorende wachtlijden richten aan het publiek.

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

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

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

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

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

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

TREFWOORDEN:

Internet

DOCUMENTNAAM:

a127011n

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

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

Het blijkt echter om oplichting te gaan. Als u ingaat op het aanbod en het formulier ondertekend terugstuurt naar een

Portugees postbusadres, zou u dat al snel bijna € 3.000 kunnen kosten. De organisatie United LDA rekent € 957 per jaar aan voor haar dienstverlening. Als u tekent, bent u ook drie jaar gebonden aan het contract. Dat leren de kleine lettertjes. Ook de Federale Overheidsdienst Economie waarschuwt momenteel voor bedrog met beroepsgidsen.

Influenza A/H1N1 – Vaccinatie

(24/10/2009)

TREFWOORDEN:

Beroepsgeheim - Vaccinatie – Ziekten (Overdraagbare-)

DOCUMENTNAAM:

a127015n

Perscommuniqué naar aanleiding van de commentaren in de medische pers in verband met de inenting tegen het influenzavirus A/H1N1.

Met betrekking tot het systematisch registreren van de vaccinaties met het anti-A/H1N1-griepvirusvaccin boog de Nationale Raad zich over de vragen of dit realiseerbaar is en of dit geen schending van het beroepsgeheim inhoudt.

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

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

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

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

Wat de voorgestelde registratie via het eHealth-platform betreft verwijst de Natio-

nale Raad naar de website van het eHealth-platform zelve (www.ehealth.fgov.be) dat "de toetreding tot het eHealth-platform niet verplicht is en gebeurt op vrijwillige basis".

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

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

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

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) – Behandeling van de partner(s)

(24/10/2009)

TREFWOORDEN:

Voorschriften – Ziekten (Overdraagbare-)

DOCUMENTNAAM:

a127016n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

De Nationale Raad maakt hieromtrent de volgende opmerkingen.

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

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

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

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

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

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

Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon

(24/10/2009)

TREFWOORDEN:

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

DOCUMENTNAAM:

a127018n

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

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

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

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

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

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

TREFWOORDEN:

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

DOCUMENTNAAM:

a127019n

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

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

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

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt is van toepassing op alle privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen op het gebied van gezondheidszorg die door een beroepsbeoefenaar wordt verstrekt aan een patiënt (artikel 3, § 1). De rechtsverhouding moet de gezondheidszorg betreffen. Het gaat om de diensten die een beroepsbeoefenaar verstrekt met het oog op het bevorderen, vast-

stellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden (artikel 2).

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

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

1/ Inzagerecht dossier

De patiënt heeft recht op inzage in zijn patiëntendossier (artikel 9, § 2). Op het verzoek van de patiënt kan hij/zij zich laten bijstaan door of zijn/haar inzagerecht uitoefenen via een door hem/haar aangewezen vertrouwenspersoon.

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

2/ Aanwezigheid vertrouwenspersoon tijdens medisch onderzoek

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

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

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

3/ Vertrouwenspersoon

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

Een vertrouwenspersoon is iemand die de patiënt bijstaat in het uitoefenen van zijn/haar rechten als patiënt zoals bij het verkrij-

gen van informatie of bij het inkijken van het dossier.

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

De identiteit van de vertrouwenspersoon wordt vermeld in het patiëntendossier.

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

Dienst spoedgevallen – GriepPandemie – Weige- ring van opname (22/09/2009)

TREFWOORDEN:

Huisarts – Spoedgevallen – Ziekenhuizen – Ziek-
ten (Overdraagbare-) – Zorgmeldpunt

DOCUMENTNAAM:

a127014n

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

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD:

[...]

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

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

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

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

TIJDSCHRIFT
VAN DE
NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

NR. 128

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF
52

Dr. P. Beke

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD
53

Zeer geachte collega,

Opnieuw kunnen we enkele interessante adviezen voorstellen die voortsporen uit de werkzaamheden van de Nationale Raad tijdens deze koude sneeuwrijke wintermaanden.

Vooreerst een antwoord van de Nationale Raad op een reactie van de mutualiteit Partenamut op het advies van de Nationale Raad d.d. 21 maart 2009 met betrekking tot hun initiatief "Mobi-IOforme", een rondtrekkende caravan die de fysieke conditie van personen wil beoordelen door een reeks testen uit te voeren en te interpreteren, onder de uitsluitende verantwoordelijkheid van deze personen. Vermits hierbij geen artsen betrokken zijn tot wiens bevoegdheid dergelijke testen en de interpretaties ervan behoren, blijft de Nationale Raad bij zijn eerder ingenomen negatief advies. Dergelijke testen houden steeds een potentieel risico, ook al is dit gering, in voor de gezondheid van deze deelnemende personen.

Een ander advies behandelt de vraag of de directie van een gevangenis beroep mag doen op de medewerking van de reguliere wachtdienst van huisartsen, ten einde de wachtdienst in de gevangenis behulpzaam te zijn wegens een tekort aan gevangenisartsen. De Nationale Raad meent dat lokale wachtkringen, mits goedkeuring volgens het huishoudelijk reglement van de kring, overeenkomsten kunnen afsluiten met de gevangenisdirectie. Bij ontstentenis van dergelijke collectieve overeenkomst kunnen artsen op individuele basis een overeenkomst afsluiten op voorwaarde dat de dienstverlening voor de reguliere bevolkingswachtdienst niet in het gedrang kan komen.

Op de vraag of de functie van hoofdarts verenigbaar is met deze van stagemeeester in een ziekenhuis meent de Nationale Raad dat deze beide taken onverenigbaar zijn. De taken en verplichtingen van een hoofdarts, recent samengebracht in een leidraad van de Nationale Raad, vergen enerzijds zeer veel tijd en inzet, terwijl anderzijds een stagemeeester continu en voltijds voor de algemene begeleiding en vorming van de ASO dient in te staan.

Verder zijn er nog de antwoorden op enkele vragen die gezeten waren tijdens een informatievergadering van een provinciale raad met vertegenwoordigers van de huisartsenkringen en wachtdiensten. Vooreerst de vraag of de Orde, in samen-

spraak met de Provinciale Geneeskundige Commissie, een leeftijdsgrens kan opleggen of voorstellen i.v.m. de vrijstelling van wachtdienst. Hiervoor is de Nationale Raad van oordeel dat het de verantwoordelijkheid is van de lokale huisartsenkring om in onderling collegiaal overleg met de uitvoerders huisartsen van de betrokken wachtdienst, dergelijke beslissingen te nemen, rekening houdend met de kennis van het territorium, de werkingsmodaliteiten en met een noodzakelijk quotum van deelnemende huisartsen om de normale en regelmatige zorg tijdens de wachtdienst te kunnen verzekeren. Verder was er de vraag welke provinciale raad bevoegd is indien een arts, ingeschreven op de lijst van één provinciale raad, ook wachtdiensten vervult in (grens)gemeenten die in een andere provincie liggen. De Nationale Raad meent terzake dat een huisarts deontologisch valt onder de bevoegdheid van die provinciale raad waar hij/zij is ingeschreven, ook voor medische activiteiten buiten het provinciale kader.

Ook was er nog een vraag betreffende de vermelding van het specialisme op de website van de Nationale Raad. De Nationale Raad volgt op zijn website "ordomedic.be" de terminologie gebaseerd op de classificatie van de zorgverleners door het Riziv. Zo komt het dat voor huisartsen, tot nader orde, de term "Algemeen Geneeskundige" wordt gebruikt voor erkende huisartsen 003-004, terwijl voor een HAIO 005-006 de term "Huisarts in opleiding" wordt gebruikt.

Tot slot herinnert de Nationale Raad eraan dat eerstdaags het eerste "Jaarboek" zal verschijnen waarin alle adviezen van 2009 zullen worden samengebundeld. Dit Jaarboek zal opgestuurd worden aan alle artsen. Tevens maak ik van de gelegenheid gebruik om er nogmaals op aan te dringen dat elke arts zonder uitstel zijn *persoonlijke intranet account zou activeren*. De persoonlijke activatiecode werd aan iedere arts bezorgd in het Tijdschrift van de Nationale Raad nummer 124 van april 2009. Dit is uitermate belangrijk om de informatiestroom optimaal te kunnen volgen tussen de Nationale Raad, de provinciale raden en de ingeschreven artsen. Op deze manier wordt alle communicatie van nieuwsbrieven en adviezen op een beveiligde manier ter bestemming gebracht. Terzelfder tijd geldt dit als een eerste stap in de richting van het e-voting systeem dat we beogen te implementeren tegen het voorjaar van 2012.

Dr. Paul BEKE
Hoofdredacteur.

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN
21 NOVEMBER EN 19 DECEMBER 2009

Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit (21/11/2009)	53
Wachtdienst in de gevangnissen (21/11/2009)	53
De al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester (19/12/2009)	54
Huisartsenkringen – Wachtdienst (19/12/2009)	54

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

Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit
(21/11/2009)

TREFWOORDEN:

Bevoegdheid van de geneesheer

DOCUMENTNAAM:

a128001n

Op 21 maart 2009 verstrekte de Nationale Raad een advies m.b.t. de "MobilOforme". Deze rondtrekkende caravan waar men "een stand van zaken" van zijn fysieke conditie en een aangepast bewegings-schema [kan] verkrijgen" is een initiatief van Partenamut. Deze mutualiteit betreurt dat de Nationale Raad zijn advies verstrekte zonder meer inlichtingen te hebben ingewonnen en stuurt daarom een uitvoerige beschrijving van dit initiatief.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 21 november 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 15 juli 2009 betreffende de "MobilOforme".

Het advies van 21 maart 2009 werd uitgebracht naar aanleiding van een concrete vraag van de Nationale Raad van de Orde van apothekers. Deze wilde weten of onze Raad van oordeel was dat bepaalde handelingen (metingen en geen "zelfmetingen" om de fysieke conditie van personen te beoordelen) voorbehouden moeten worden aan artsen. Bij zijn vraag had hij de documenten gevoegd waarin de "MobilOforme" voorgesteld wordt. De Nationale Raad heeft vervolgens zijn advies verstrekt op grond van de hem bij KB nr. 79 van 10 november 1967

betreffende de Orde der geneesheren toegekende bevoegdheden.

U heeft ons een dossier bezorgd met een gedetailleerde beschrijving van de "MobilOforme".

Eerst en vooral stellen wij in de vragenlijst betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit vast dat de kandidaat, na de vragenlijst volledig te hebben ingevuld, de volgende voorgedrukte zin dient te ondertekenen: "Met de ondertekening van dit document erken ik, ..., dat elke test en/of fysieke activiteit een risico inhoudt. Ik bevestig de voorgestelde test uit te voeren op mijn eigen en volledige verantwoordelijkheid en stel Partenamut-santé asbl en Partenamutualité Libre vrij van elke aansprakelijkheid voor om het even welke schade die zou kunnen optreden bij of wegens de test. Ik erken kennis genomen te hebben van de bepalingen betreffende de persoonlijke levenssfeer."

Bovendien stellen wij in het gedeelte "omkadering" van de MobilOforme vast dat reanimatoriaal materiaal aanwezig is met een defibrillator, een tracheokit en een zuurstofkit.

De Nationale Raad blijft bij zijn standpunt van 21 maart 2009 aangezien fysieke testen een potentieel risico inhouden voor de gezondheid van de personen die ze uitvoeren, ook al is het risico gering. Bij het lezen van uw documenten voelt hij zich gesterkt in zijn mening.

Wachtdienst in de gevangnissen
(21/11/2009)

TREFWOORDEN:

Continuïteit van de zorg – Gedetineerden – Wachtdienst

DOCUMENTNAAM:

a128002n

De voorzitter van een huisartsenkring stelt de vraag of de directie van een gevangenis beroep mag doen op de medewerking van de reguliere wachtdienst teneinde de wachtdienst in de gevangnissen behulpzaam te zijn wegens een tekort aan gevangenisartsen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergaderingen van 25 juli en 21 november 2009 besprak de Nationale Raad uw brief van 14 april 2009, waarin de vraag gesteld wordt of de gevangnissen voor hun wachtdienst tijdens weekenden en feestdagen een beroep mogen doen op de reguliere wachtdienst van uw regio, en dit wegens een tekort aan gevangenisartsen.

De Nationale Raad ziet een gelijkenis met de situatie i.v.m. de wachtoorganisatie in de repatriëringcentra voor vreemdelingen. In zijn desbetreffende advies van 4 oktober 2008 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 122 p. 5) wees de Nationale Raad op de wettelijke verplichting van de overheid van het ter beschikking stellen van alle nodige middelen om een kwaliteitsvolle continuïteit van de verzorging te verzekeren.

Wat betreft het gevangeniswezen berust eenzelfde verplichting op de overheid, in casu de FOD Justitie, op basis van de artikelen 87

tot 98 van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden.

In afwachting van een zo spoedig mogelijke verdere optimalisering van de gezondheidszorg in het kader van de FOD Justitie, kan de Nationale Raad voorlopig aanvaarden, met het oog op het rechtmatig belang van de gedetineerde patiënten, dat externe artsen ook zouden kunnen instaan voor wachtdiensten die in principe door gevangenisartsen moeten waargenomen worden.

Te dien einde kunnen lokale wachtkrinnen, mits goedkeuring volgens de procedureregels van hun huishoudelijk reglement, overeenkomsten afsluiten met een gevangenisdirectie.

Bij ontstentenis van dergelijke collectieve overeenkomst kunnen artsen op individuele basis een overeenkomst afsluiten met een gevangenisdirectie.

In zulke overeenkomsten dienen de modaliteiten van de dienstverlening nauwkeurig omschreven te worden en dient alleszins gewaarborgd te worden dat de dienstverlening voor de reguliere bevolking-wachtdienst niet in het gedrang kan komen door omstandigheden eigen aan de dienstverlening in de gevangenis.

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

De al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeester (19/12/2009)

TREFWOORDEN:
Hoofdgeneesheer – Stage
DOCUMENTNAAM:
a128004n

De commissie 'Ziekenhuisgeneeskunde' van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren stelde in april 2008 een leidraad op over "Taken van de hoofdarts – Deontologische richtlijnen".

Deze leidraad is gebaseerd op de ter zake geldende wetgeving, de Code van geneeskundige plichtenleer en vroeger uitgebrachte adviezen.

Tijdens het opstellen van deze leidraad kwamen nog een aantal vragen aan bod.

Eén van deze vragen was of er een onverenigbaarheid is tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeester.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren besprak in zijn vergadering van 19

december 2009 de al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeester.

De Nationale Raad is van oordeel dat er wettelijk en deontologisch voldoende argumenten kunnen worden aangehaald om de onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeester te staven.

Het stagemeesterschap is onderworpen aan een reeks wettelijke bepalingen.

Relevant is het ministerieel besluit van 30 april 1999, tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten waarvan de artt. 5.3 en 5.6 luiden als volgt:

art. 5.3:
" De stagemeester is ertoe gehouden zijn klinische activiteit tijdens de ganse duur van zijn erkenning uit te oefenen, voltijds en uitsluitend in zijn stagedienst. Onder voltijds moet worden verstaan 40 uren per week, te presteren tijdens de normale werkuren. Hij mag geen patiënten op zijn naam hospitaliseren in een andere dienst dan zijn erkende stagedienst; "

art. 5.6 :
" De stagemeester verbindt zich ertoe voldoende tijd te besteden aan de vorming van de geneesheer kandidaat-specialist. Door frequent persoonlijk contact leert hij de kandidaat kritisch redeneren en oordelen. Hij zal hem voorlichten omtrent de gewenste houding tegenover de patiënten, hun familie, de confraters-geneesheren, de andere medewerkers, het verplegend en administratief personeel, de openbare besturen en het publiek; "

In vorige adviezen heeft de Nationale Raad reeds de deontologische richtlijnen i.v.m. de medische opleiding bepaald.

In zijn advies van 22 augustus 1998 stelt de Nationale Raad:

" In de brede context van de medisch-klinische opleiding dienen zowel kennis als vaardigheden in hun totaliteit en op een inspirerende en begeesterende manier te worden overgedragen, waarbij alle aspecten van de opleiding aan bod komen, en gedurende de volledige duur van de opleiding en in een geest van toenemende participatie.

Daartoe dienen de klinische stages te verlopen en te worden georganiseerd volgens de wetenschappelijk gangbare opleidingscriteria, zowel theoretische als praktische, en dit op een niveau dat aangepast blijft aan de finaliteit van de bedoelde opleiding.

De stagemeester zal hierop toezien te persoonlijke titel en hierover verantwoordelijkheid dragen."

Verder bepaalt de Nationale Raad in zijn advies van 21 januari 1995:

" De stagemeesters dragen niet alleen de verantwoordelijkheid voor het toezicht en het onderricht, maar tevens voor de werkomstandigheden die opgelegd worden aan de kandidaat-specialisten."

In een door de Nationale Raad bijgetreden leidraad 'Taken van de hoofdarts. Deontologische en juridische richtlijnen' heeft de commissie 'Ziekenhuisgeneeskunde' van de Nationale Raad een inventaris opge maakt van de opdrachten en verplichtingen van de hoofdartsen. Hieruit blijkt dat het uitoefenen van de functie van hoofdarts de nodige tijd en inzet vergt.

Bovendien blijft de rol van een stagemeester niet beperkt tot een louter didactische opdracht maar omvat ze tevens een continue algemene begeleiding en vorming, welke ook tijd, aanwezigheid, permanente opvolging en supervisie vereisen.

Rekening houdend met deze gegevens en met de specifieke eisen van iedere functie, is de Nationale Raad van mening dat er een onverenigbaarheid bestaat tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeester.

Huisartsenkringen - Wachtdienst (19/12/2009)

TREFWOORDEN:
Huisarts – Verpleegkundige prestaties – Wachtdienst
DOCUMENTNAAM:
a128005n

Naar aanleiding van een door hem georganiseerde informatievergadering op 31 januari 2009 met vertegenwoordigers van de huisartsenkringen en –wachtdiensten van zijn regio vraagt een provinciale raad het advies van de Nationale Raad betreffende enkele discussiepunten.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD:

In zijn vergadering van 19 december 2009 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de volgende discussiepunten.

1° Kan de Orde, in samenspraak met de provinciale geneeskundige commissie, een leeftijdsgrens i.v.m. de vrijstelling van de wachtdienst opleggen/voorstellen en kan dit advies naderhand door de Nationale Raad aan de bevoegde minister en aan het RIZIV voorgelegd worden. Of verdient het de voorkeur dat de Nationale Raad het principe onderschrijft dat, zolang een huisarts in staat is een praktijk uit te oefenen, hij ook in staat wordt geacht deel te nemen aan de wacht-

dienst, desgevallend in verhouding tot zijn mogelijkheden?

De Nationale Raad betwijfelt of het wel een deontologische opdracht is om bepaalde leeftijdscriteria – in het bijzonder een algemeen verplichte leeftijdsgrens i.v.m. de vrijstelling van deelname aan de wachtendienst – op te leggen.

De organisatie van de bevolkingswachtendienst is wettelijk toevertrouwd aan de huisartsenkringen (koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen).

De Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt in art. 117 dat *“elke geneesheer ingeschreven op de Lijst van de Orde, overeenkomstig zijn bevoegdheid, aan deze wacht-diensten moet deelnemen en in voorkomend geval tot de werkingskosten ervan bijdragen. Uitzonderingen kunnen wegens leeftijd, gezondheid of andere gerechtvaardigde redenen worden toegestaan. Het beoordelen van tekortkomingen aan de deontologische verplichtingen met betrekking tot de wachtdiensten behoort tot de bevoegdheid van de provinciale raden”*.

Het definiëren van leeftijdscriteria/grenzen – voor vrijstelling van deelname aan de wachtdienst – is de verantwoordelijkheid van elke lokale organiserende kring, die beslissingen kan nemen met kennis van het territorium en van de werkingsmodaliteiten (bv. huisartsenwachtposten), en vooral rekening houdend met het noodzakelijke quotum van deelnemers om een normale en regelmatige zorg tijdens de wachtdienst te kunnen garanderen.

De Nationale Raad heeft die problematiek van leeftijdsgebonden vrijstelling van deelname aan de wachtdienst voor huisartsen ook besproken met het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, in het licht van mogelijke implicaties van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie.

In verband met het vervullen van wacht-diensten verwijst het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding naar artikel 12, § 1, van de Antidiscriminatiewet dat uitzonderlijk toelaat om ten behoeve van jongeren of oudere werknemers bijzondere arbeidsvoorwaarden en –omstandigheden te voorzien wanneer hiervoor een objectieve en redelijke rechtvaardiging bestaat.

In de context van het huisartsenberoep en de werklust bij het vervullen van wacht-diensten acht het Centrum het daarom niet raadzaam om vrijstellingen te verlenen enkel en alleen omdat een bepaalde leeftijd is bereikt. Een veralgemeende en stereotype benadering is in principe geen wettige recht-

vaardiging voor een verschil in behandeling, en dit werd herhaaldelijk bevestigd in de rechtspraak.

De Nationale Raad is van oordeel dat het de verantwoordelijkheid is van de huisartsenkring om – in onderling collegiaal overleg met de uitvoerders van de wacht-dienst – dergelijke beslissingen te nemen in haar algemene vergadering, mits motivering van de criteria van vrijstelling en van de individuele vrijstellingen zelf.

De Nationale Raad verwijst ook naar zijn advies van 21 april 2007 “Wachtendienst voor huisartsgeneeskunde”, TNR nr. 116, p. 9 (bijlage).

De Nationale Raad wijst op de noodzaak om – in functie van de leeftijdsverdeling van de stemmende leden binnen de huisartsenkring – bij de besluitvorming in de algemene vergadering desgevallend een gekwalificeerde meerderheid te voorzien om het democratische gehalte van de besluitvorming niet te ondermijnen, en in het bijzonder bij het bepalen van de criteria en vrijstellingen van wachtdienst op basis van die leeftijd.

De Provinciale Raden spelen een rol bij het beslechten van de deontologische problemen tussen de partijen (organiserende huisartsenkring en uitvoerende huisartsen) en de provinciale geneeskundige commissies bij tekortkomingen in de organisatie.

2. Uit de discussie is gebleken dat de artsen weinig, niet, of dikwijls te laat, bij de besprekingen met overheden worden betrokken ter voorbereiding van toekomstige regelingen rond de wacht-dienst. Kan de Nationale Raad initiatieven nemen naar de overheid om hieraan te verhelpen?

Huisartsenkringen worden betrokken in besprekingen met de overheid via de Federale Raad voor de huisartsenkringen (koninklijk besluit van 16 februari 2006 tot oprichting van een Federale Raad voor de huisartsenkringen), die de betrokken minister adviseert.

De huisartsenkringen kunnen in de eerste plaats terecht bij die Federale Raad voor elke problematiek, in het bijzonder de wacht-dienst.

Daarnaast kan de Nationale Raad eigen initiatieven nemen en antwoorden formuleren op gestelde vragen: zowel vanuit de beroepsgroep als vanuit de overheid (cf. advies van 21 april 2007, TNR nr. 116, p. 9).

3. De problematiek van de arts, ingeschreven op de lijst van Oost-Vlaanderen, die wacht-diensten uitvoert in een grensgemeente van Vlaams-Brabant en de verantwoordelijkheid van de provinciale geneeskundige commissie.

De huisarts valt deontologisch onder de bevoegdheid van de provinciale raad waar hij ingeschreven is, ook voor medische activiteiten buiten het provinciaal kader.

De premisse dat een “arts zonder praktijk in het wachtgebied” zo maar kan deelnemen aan de wachtdienst (mits hij over een goed uitgerust kabinet beschikt en de wacht-dienstbijdrage betaalt) is een voorbarige staterment. Het zal de organiserende kring zijn die – via het huishoudelijk reglement van de wachtdienst – de criteria voor al dan niet deelname zal bepalen.

Daarnaast moet elke deelnemende huisarts ook het huishoudelijk reglement onderschrijven.

De term “arts” is veel te summier, gezien de noodzakelijke beroepskwalificatie van erkend huisarts of HAIIO om te kunnen/mogen deelnemen aan de wachtdienst van huisartsen.

Het koninklijk besluit van 8 juli 2002 bepaalt enkel een acceptatieplicht als lid voor elke huisarts die praktijk voert binnen de huisartsenzone van de huisartsenkring. Lidmaatschap van de kring voor deelname aan de wachtdienst is inderdaad niet bindend, maar dit is vice versa geen synoniem dat elke huisarts – ook van (ver) buiten die huisartsenzone – zo maar aanspraak zou kunnen maken op deelname aan die wachtdienst, bv. enkel en alleen op basis van de betaalde wacht-dienstbijdrage.

Een deelname aan twee of meer wacht-diensten is niet evident. Ook hier zal het huishoudelijk reglement van de wacht-dienst(en) bepalend zijn. Wacht-diensten kunnen immers behoren tot verschillende wacht-dienstonderdelen van één of van meerdere kringen, wat de juridische relatie zal bepalen.

De vraag over de bevoegdheid van de provinciale geneeskundige commissie bij provinciegrensoverschrijdende activiteiten kan aan hen gesteld worden.

4. Het blijkt dat in Impulso III wellicht zal voorgesteld worden dat de praktijk-assistente van een huisarts een verpleegkundige kan zijn. Deontologisch dient onderzocht of alleen de arts in wiens kabinet de verpleegkundige werkzaam is op deze verpleegkundige een beroep mag doen, dan wel of ook de andere artsen van de samenwerking van haar diensten gebruik kunnen maken en, bij uitbreiding, of overige artsen van de regio van haar diensten gebruik mogen maken.

Voor een nadere beoordeling van deze vraag is het aangewezen de tussenkomst van de wetgever af te wachten.

SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE RAAD

DE JAMBLINNE DE MEUXPLEIN 34 - 35, 1030 BRUSSEL
TEL.: 02/743.04.00 - FAX: 02/735.35.63 - E-MAIL: ORDOMEDIC@SKYNET.BE

BUREAU

VOORZITTER	De heer D. Holsters, voorzitter em. van het Hof van Cassatie
PLAATSVERVANGEND VOORZITTER	De heer B. Dejemeppe, raadsheer in het Hof van Cassatie
ONDERVOORZITTERS	Dr. M. Nollevaux Prof. W. Michielsens
GRIFFIER	De heer M. Bergen
PLAATSVERVANGEND GRIFFIER	Mevr. S. De Maesschalck

NEDERLANDSTALIGE AFDELING

56

BENOEMDE LEDEN OP VOORDRACHT VAN DE UNIVERSITEITEN:

Prof. B. Spitz (K.U.Leuven)	PLAATSVERVANGER	Prof. A. Schuermans
Prof. W. Michielsens (UGent)	PLAATSVERVANGER	Prof. R. Rubens
Prof. M. Deneyer (V.U.B.)	PLAATSVERVANGER	Prof. G. Ebinger

LEDEN VERKOZEN DOOR DE PROVINCIALE RADEN:

Dr. J.-L. Desbuquoit (PR Antwerpen)	PLAATSVERVANGER	Prof. P. Cosyns
Dr. Y. Coenen (PR Brabant/N)	PLAATSVERVANGER	Dr. P. Henderickx
Dr. P. Van Mulders (PR Oost-Vlaanderen)	PLAATSVERVANGER	Dr. P. Desmet
Dr. P. Roelandt (PR West-Vlaanderen)	PLAATSVERVANGER	Dr. G. Quintelier
Dr. P. Beke (PR Limburg)	PLAATSVERVANGER	Dr. J. Vandekerckhof

FRANSTALIGE AFDELING

BENOEMDE LEDEN OP VOORDRACHT VAN DE UNIVERSITEITEN:

Prof. J.-J. Rombouts (U.C.L.)	PLAATSVERVANGER	Prof. L. Michel
Prof. A. Herchuelz (U.L.B.)	PLAATSVERVANGER	Prof. M. Remmelink
Prof. G. Rorive (U.Lg)	PLAATSVERVANGER	Prof. P. Boxho

LEDEN VERKOZEN DOOR DE PROVINCIALE RADEN:

Dr. J. Noterman (PR Brabant/F)	PLAATSVERVANGER	Dr. B. Tissot
Prof. R. Kramp (PR Henegouwen)	PLAATSVERVANGER	Dr. J.-M. Bourgeois
Dr. R. Kerzmann (PR Luik)	PLAATSVERVANGER	Dr. M. Eisenhuth
Dr. J. Coppine (PR Luxemburg)	PLAATSVERVANGER	Dr. J. Dechenne
Dr. M. Nollevaux (PR.Namen)	PLAATSVERVANGER	Dr. Ph. Damoiseaux

SAMENSTELLING VAN DE PROVINCIALE RADEN

PROVINCIALE RADEN MET HET NEDERLANDS ALS VOERTAAL

ANTWERPEN

VAN EYCKLEI 37 BUS 2, 2018 ANTWERPEN
TEL: 03/230.54.29 - FAX: 03/230.28.01 - E-MAIL: ORDE.GEN.ANTW@SKYNET.BE

VOORZITTER	dr. I. Leunckens
ONDERVOORZITTER	dr. C. De Pooter
SECRETARIS	dr. G. Peeters
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer N. Biesmans, Ondervoorzitter in de rechtbank van eerste aanleg te Turnhout
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer P. Peeters, Ondervoorzitter in de rechtbank van eerste aanleg te Turnhout
LEDEN	drs. J. Bockaert, C. Boeren, J. Caers, J. Colin, P. Cosyns, K. Geens, J. Gielen, L. Jonckheer, J. Luytens, A. Rabau, R. Trau
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. G. Albertyn, H. Cottenie, P. Cras, E. Dammekens, J. Iarchy, M. Nijssens, P. Peeters, W. Schrooyen, L. Simoens, I. Wittevronghel
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	Dr. J.-L. Desbuquoit
PLAATSVERVANGER	Prof. dr. P. Cosyns
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. F. Mertens
PLAATSVERVANGER	dr. J.-P. Tricot

57

BRABANT

MARIA-LOUIZASQUARE 32, 1000 BRUSSEL
TEL.: 02/230.22.54 - FAX: 02/230.96.78 - E-MAIL: ORDE.GEN.BRABANT@ONLINE.BE

VOORZITTER	prof. dr. P. Broos
ONDERVOORZITTER	dr. W. Van Roost
SECRETARIS	dr. P. Verheijen
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer G. Vanderkelen, rechter in de rechtbank van eerste aanleg te Brussel
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer R. Decoux, emeritus onderzoeksrechter in de rechtbank van eerste aanleg te Leuven
LEDEN	drs. L. Coene, Y. Coenen, E. De Graef, J. Dille, M. Huylebroeck, J. Marchand, F. Peeters, prof. dr. B. Spitz, S. Yoshimi
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. A. Ceulemans, S. Decreton, B. De Man, D. Fonteyn, F. Huijoel, M. Van Pelt, A. Van Steen, F. Wolfs
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	dr. Y. Coenen
PLAATSVERVANGER	dr. P. Henderickx
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. W. De Vadder
PLAATSVERVANGER	dr. L. Kayaert

LIMBURG

RESIDENTIE PARK VILLERS, VILLERSPARK 3/2, 3500 HASSELT
TEL.: 011/22.84.80 - FAX: 011/24.33.24 - E-MAIL: OGPRL@TISCALI.BE

VOORZITTER	dr. J. Vandekerckhof
ONDERVOORZITTER	dr. C. De Smedt
SECRETARIS	dr. J. Van Canneyt
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer L. Crijns, Ondervoorzitter in de rechtbank van eerste aanleg te Tongeren
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer L. Cox, Rechter in de rechtbank van eerste aanleg te Hasselt
LEDEN	drs. P. Beke, A. Farine, D. Jamaer, M. Kalaai, P. Martens, J. Mertens, D. Slaets, E. Van Den Bosche, C. Van Kerrebroeck
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. F. Jans, H. Lambrechts, R. Nailis, N. Olaerts, W. Pardon, R. Rega, R. Schurgers, G. Vaes, E. Vanderputte, P. Van Rossum, K. Vastmans, J. Weckx
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	dr. P. Beke
PLAATSVERVANGER	dr. J. Vandekerckhof
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. J. Kesteman
PLAATSVERVANGER	dr. W. Ceyskens

OOST-VLAANDEREN

K. LEOPOLD II-LAAN 26 E, 9000 GENT
 TEL.: 09/220.47.50 - FAX: 09/222.25.76 - E-MAIL: CONTACT@ORDE.GEN.OVL.TELENET.BE

VOORZITTER	dr. P. Cassiman
ONDERVOORZITTER	dr. M. Bafort
SECRETARIS	dr. J. Van Elsen
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer P. Marcoen, rechter in de Rechtbank van eerste aanleg te Dendermonde
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	mevrouw A. Vermeir, rechter in de Rechtbank van eerste aanleg te Gent
LEDEN	drs. V. Baert, E. De Bleeker, P. De Maesschalck, P. Desmet, prof. dr. L. de Thibault de Boesinghe, H. Hoet, R. Hombrouckx, E. Pieters, prof. dr. R. Rubens, L. Thienpont, E. Van Renterghem
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. E. Bracke, J. Coessens, F. Douchy, E. Lagasse, W. Lornoy, prof. dr. W. Michielsens, S. Ryckaert, P. Van Mulders, D. Van Nimmen, T. Vermeulen
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	dr. P. Van Mulders
PLAATSVERVANGER	dr. P. Desmet
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. R. Haché
PLAATSVERVANGER	dr. M. Haenebalcke

58

WEST-VLAANDEREN

VLAMINGSTRAAT 57, 8000 BRUGGE 8
 TEL.: 050/33.96.66 - FAX: 050/34.35.68 - E-MAIL: ORDE.GENES.WVL@ONLINE.BE - SITE: WWW.ORDEDERGENEESHEREN.BE

VOORZITTER	dr. M. Toye
ONDERVOORZITTER	dr. N. Verleyen
SECRETARIS	dr. R.-M. Vergote
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer E. Allossery, jeugdrechter in de rechtbank van eerste aanleg te Brugge
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	mevrouw K. Missiaen, rechter in de rechtbank van eerste aanleg te Veurne
LEDEN	drs. F. Baccarne, C. Clepkens, P. Depuydt, R. Dierickx, H. Feys, P. Kindts, B. Maeyaert, M. Marysael, P. Roelandt, G. Stellamans, L. Vanvooren, C. Verhoyen, D. Vuylsteke
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. E. Bollen, K. Boucquey, L. Danneels, B. De Gryse, F. Dheere, M. Goetinck, K. Kesteloot, G. Quintelier, F. Schockaert, R. Van Ooteghem, H. Vollon, L. Wostyn
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	dr. P. Roelandt
PLAATSVERVANGER	dr. G. Quintelier
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. E. Roussel
PLAATSVERVANGER	dr. P. Danneels

PROVINCIALE RADEN MET HET FRANS ALS VOERTAAL

BRABANT

AVENUE DE TERVUEREN, 417, 1150 BRUXELLES
TEL.: 02/771.24.74 - FAX: 02/772.40.61 - E-MAIL: FBRABANT@ARCADIS.BE

VOORZITTER	Dr J.-P. Barroy
ONDERVOORZITTER	Dr M. Reynaert
SECRETARIS	Dr M. Stroobant
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	De heer G. Stevens, toegevoegd rechter voor het rechtsgebied van het Hof van beroep te Brussel
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	Mevrouw A. Vanlerberghe, rechter in de rechtbank van eerste aanleg te Nijvel
LEDEN	
<i>district Brussel</i>	Drs Y. de Meeus d'Argenteuil, M. François, B. Hanson, D. Latinne, B. Maldague, J. Rubay, M. Staroukine, D. Toussaint, C. Vanhaelen
<i>leden district Nijvel</i>	Drs P. Duprez, A. Kivits, J. Machiels, P. Vrins
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	
<i>district Brussel</i>	Drs S. Baeyens, J.-P. Chaput, M. Courtoy, J. De Koster, M. Dooms, R. Fastrez, A. Kanfaoui, J.-C. Laduron, J. Longueville
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	
<i>district Nijvel</i>	Drs V. Col, A. Monoyer, P. Marduly
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	Dr J. Noterman
PLAATSVERVANGER	Dr B. Tissot
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	Dr J.-L. Michaux
PLAATSVERVANGER	Dr J. de Toeuf

HENEGOUWEN

RÉSIDENCE "LES ARCHERS", RUE DES ARCHERS 6B, 7000 MONS
TEL.: 065/34.75.78 - 31.12.70 - 33.53.92 - FAX: 065/33.58.72 - E-MAIL: INFO@OMH.BE

VOORZITTER	dr. P. Louvrier
ONDERVOORZITTER	dr. P. Paindeville
SECRETARIS	dr. E. Schils
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	De heer M. Hecq, Ondervoorzitter in de rechtbank van eerste aanleg te Doornik
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	Mevrouw D. Devos, Rechter in de rechtbank van eerste aanleg te Bergen
LEDEN	drs. L. Bissen, J.-P. Fontaine, R. François, Ph. Gilbert, S. Jarjoura, C. Ledoux, D. Lejeune, B. Lentrebecq, A. Pierre, A. Shita, B. Van Drooghenbroeck
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. J.-M. Bourgeois, J. Bruart, J.-P. Brunain, V. Carton, H. Coppez, C. Delcommune, A. De Matteis, J.-P. Gerardy, P. Gourdin, J.-P. Hostelard, G. Jouret, G. Van Cang, G. Vekemans
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	prof. dr. R. Kramp
PLAATSVERVANGER	dr. J.-M. Bourgeois
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. J.-L. Gallez
PLAATSVERVANGER	dr. X. Marre

LUIK

RUE FORGEUR 6 BTE 11, 4000 LIÈGE
TEL.: 04/223.44.36 - FAX: 04/222.39.11 - E-MAIL: OM.PROV.LIEGE@SKYNET.BE

VOORZITTER	dr. Y. Dusart
ONDERVOORZITTER	dr. D. Leclercq
SECRETARIS	dr. I. Dehottay
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	de heer R. Fontaine, Ereondervoorzitter in de rechtbank van eerste aanleg te Luik
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	mevrouw M.-C. Despiegeleer, Ondervoorzitter in de rechtbank van eerste aanleg te Luik
LEDEN	drs. A. Abati, J. Bosly, C. Bouffieux, D. Bouillon, E. Brakier, C. de Nijs, R. Kerzmann, X. Lhoest, J. Mignon, E. Passelecq, P. Rihon, B. Skrzypek, M. Thirion, P. Thirion, C. Wagner
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. A. Berger, V. Bex, J.-P. Bous, X. Delahaut, C. Hermann, J. Leger, E. Nols, G. Odekerken, C. Olivier, P. Renard, J. Schoffers, A. Van Der Putten, A. Verbeke, P. Westenbohm
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	dr. R. Kerzmann
PLAATSVERVANGER	dr. M. Eisenhuth
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. Y. Galloy
PLAATSVERVANGER	dr. L. Natowitz

LUXEMBURG

AVENUE J.-B. NOTHOMB 8, 6700 ARLON
TEL.: 063/23.56.26 - FAX: 063/23.56.26 - E-MAIL: LUXORDOMEDIC@SKYNET.NET

VOORZITTER	dr. P. Valembois
ONDERVOORZITTER	dr. F. Van Der Meersch
SECRETARIS	dr. J.-P. Dardenne
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	De heer J. Michaëlis, Erevoorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Aarlen
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	De heer L. Poncelet, Rechter in de rechtbank van eerste aanleg te Aarlen
LEDEN	drs. J. Buchet, J. Coppine, A. Csizmadia, J.-P. Dardenne, J. Dechenne, J.-L. Jacob, L. Pineux, C. Pire, M. Tourbach, P. Valembois, F. Van Der Meersch, P. Vincke
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. M.-N. Bodart, V. Ers, G. Heintz, J.-M. Hogge, J.-M. Legnière, J.-M. Lemaire, C. Marion, J. Servais, A. Tuczynski, F. Vandenput
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	dr. J. Coppine
PLAATSVERVANGER	dr. J. Dechenne
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. M. Stainier
PLAATSVERVANGER	dr. C. Sépulchre

60

NAMEN

"RÉSIDENCE CLARTÉ", REMPART DE LA VIERGE 3 BTE 4, 5000 NAMUR
TEL.: 081/22.34.19 - FAX: 081/23.03.35 - E-MAIL: OM.NAMUR@BELGACOM.NET

VOORZITTER	dr. B. Laloyaux
ONDERVOORZITTER	dr. B. Woitrin
SECRETARIS	dr. M. Mohymont
GEWOON MAGISTRAAT-BIJZITTER	mevrouw M.-C. Matagne, Ondervoorzitter in de rechtbank van eerste aanleg te Namen
PLAATSVERVANGEND MAGISTRAAT-BIJZITTER	mevrouw C. Julien, Beslagrechter in de rechtbank van eerste aanleg te Dinant
LEDEN	drs. E. Bajot, F. Berger, T. De Ronde, P.-Y. Devresse, P. Goffin, D. Hubert, Y. Mouton, J.-P. Salem-bier, D. Simon
PLAATSVERVANGENDE LEDEN	drs. Ph. Damoiseaux, L.-P. Docquier, Ph. Eloy, J. Gabriel, R. Gerard, B. Gillet, Ph. Jongen, P. Leclercq
AFGEVAARDIGDEN NATIONALE RAAD	
GEWOON	dr. M. Nollevaux
PLAATSVERVANGER	dr. P. Damoiseaux
AFGEVAARDIGDEN RAAD VAN BEROEP	
GEWOON	dr. F. Schuster
PLAATSVERVANGER	dr. C. Blouard

SAMENSTELLING VAN DE RADEN VAN BEROEP

RAAD VAN BEROEP MET HET NEDERLANDS ALS VOERTAAL

DE JAMBLINNE DE MEUXPLEIN 35, 1030 BRUSSEL
TEL.: 02/743.04.11 - FAX: 02/735.35.63

GEWONE LEDEN

MAGISTRATEN

de heer L. Janssens, emeritus eerste voorzitter bij het Hof van Beroep te Antwerpen
de heer L. Gallet, emeritus kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Gent
de heer J. Vanhouche, emeritus kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Antwerpen
de heer J. Van Der Eecken, kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Brussel
de heer L. Van Leuven, kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Antwerpen

GENEESHEREN

dr. W. De Vadder
dr. R. Hache
dr. J. Kesteman
dr. F. Mertens
dr. E. Roussel

AFGEVAARDIGDE VAN DE NATIONALE RAAD

GRIFFIER

PLAATSVERVANGEND GRIFFIER

prof. dr. G. Ebinger / prof. dr. R. Rubens

de heer J. De Vis

mevr. Ch. De Rook

PLAATSVERVANGENDE LEDEN

MAGISTRATEN

de heer F. Timmermans, raadsheer bij het Hof van Beroep te Antwerpen
de heer M. Vercruyse, kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Gent
de heer L. Thabert, raadsheer bij het Hof van Beroep te Gent
de heer C. Vermylen, kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Brussel
de heer A. Boyen, raadsheer bij het Hof van Beroep te Brussel

GENEESHEREN

dr. M. Haenebalcke
dr. W. Ceyskens
dr. P. Danneels
dr. L. Kayaert
dr. J.-P. Tricot

61

RAAD VAN BEROEP MET HET FRANS ALS VOERTAAL

DE JAMBLINNE DE MEUXPLEIN 35 - 1030 BRUSSEL
TEL.: 02/743.04.11 - FAX: 02/735.35.63

GEWONE LEDEN

MAGISTRATEN

de heer L. Drion, erekamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Luik
de heer M. Heilier, emeritus kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Brussel
de heer M. Joachim, eerste voorzitter van het Hof van Beroep te Luik
de heer J. -P. Agneessens, erekamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Bergen
de heer J. Nys, erekamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Brussel

GENEESHEREN

dr. J.-L. Michaux
dr. Y. Galloy
dr. F. Schuster
dr. M. Stainier
dr. J.-L. Gallez

AFGEVAARDIGDE VAN DE NATIONALE RAAD

GRIFFIER

PLAATSVERVANGEND GRIFFIER

prof. L. Michel

de heer Y. De Ruyver

mevr. Ch. De Rook

PLAATSVERVANGENDE LEDEN

MAGISTRATEN

de heer J. Godefroid, erekamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Luik
de heer G. Wezel, kamervoorzitter bij het Hof van Beroep te Brussel
de heer M. Ligot, kamervoorzitter bij het Hof van beroep te Luik
de heer P. De Dobbeleer, raadsheer in het Hof van beroep te Brussel
de heer J.-E. Jonckheere, kamervoorzitter in het Hof van beroep te Bergen

GENEESHEREN

dr. J. De Toeuf
dr. L. Natowitz
dr. C. Blouard
dr. C. Sepulchre
dr. X. Marre

Voorstel hervorming van de Orde van geneesheren

Op 1 oktober 2009 werd door beide ondervoorzitters van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren, professor dr. W. Michielsen en dokter M. Nollevaux, met volgende brief een voorstel tot hervorming van de Orde van geneesheren overgemaakt aan mevrouw L. Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid:

62

“Als ondervoorzitters van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren zijn wij zo vrij u een voorstel tot hervorming van de Orde der geneesheren over te maken.

De laatste jaren werden vanuit de politieke wereld verschillende voorstellen van hervorming van de Orde der geneesheren geformuleerd.

Ook bij vele artsen heerst de idee dat een aantal aanpassingen aan de Orde der geneesheren wenselijk zijn.

Einde 2007 werd een werkgroep opgericht bestaande uit een aantal leden van de Nationale Raad en uit een aantal voorzitters van de provinciale raden.

Dit resulteerde in een tekst “Voorstel tot hervorming van de Orde der geneesheren“ die op 9 mei 2009 werd besproken door de leden van de Nationale Raad en de voorzitters van de provinciale raden.

Op deze vergadering bleek een consensus te bestaan tussen de Nederlandstalige en de Franstalige afdeling, behalve betreffende artikel 6 van het voorstel, dat handelt over de faciliteitengemeenten.

In de tekst vindt u in artikel 6 een versie van de Nederlandstalige afdeling en een versie van de Franstalige afdeling.

Wij zijn van mening dat dit probleem dient opgelost te worden in het kader van de verdere politieke evolutie.

Wij blijven uiteraard te uwer beschikking voor verder overleg.”

cc. de ministers van de federale regering, de minister-presidenten van de deelregeringen, de leden van de Senaat, de leden van de Kamer van Volksvertegenwoordigers en de voorzitters van de politieke partijen.

De integrale tekst van het hervormingsvoorstel is beschikbaar op de website van de Orde: www.ordomedic.be.

De Verklaring van Helsinki, geactualiseerd te Seoel, oktober 2008

Prof. dr. A. Herchuelz

De Verklaring van Helsinki is de meest gekende en ongetwijfeld de meest gevolgde van de verklaringen van de World Medical Association (WMA)¹.

Voor de eerste keer goedgekeurd in 1964, legt de Verklaring de regels vast die dienen te worden nageleefd bij experimenten op mensen met de bedoeling de patiënten en de vrijwilligers die eraan willen meewerken zo goed mogelijk te beschermen. Aangezien de WMA samengesteld is uit artsenverenigingen uit meer dan 80 verschillende landen, is zij gezaghebbend over de hele wereld. In België wordt de Verklaring van Helsinki vermeld in de wet inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004) en er wordt zelfs in gepreciseerd dat de laatste versie van toepassing is².

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

Diende de Verklaring van Helsinki écht te worden herzien?

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

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

Bovendien was na de publicatie van de versie van 2000 vlug gebleken dat 2 artikelen, met name artikel 29 betreffende het placebo en artikel 30 betreffende de toegang tot de voordelen van het onderzoek na het beëindigen van de studie, werden betwist, in het bijzonder door de bevoegde Amerikaanse instanties (Food and Drug Administration, FDA)³. In 2004 werden 2 toelichtende nota's betreffende de 2 betwiste artikelen toegevoegd, blijkbaar zonder het probleem op te lossen. Een herziening zou het mogelijk maken de verschillende standpunten in overeenstemming te brengen én de toelichtende nota op te nemen in de tekst. De nieuwe versie heeft blijkbaar niet het gewenste effect gehad daar de FDA op 27 oktober 2008, dus enkele dagen na de publicatie van de Verklaring, te kennen gaf niet langer

haar vertrouwen te stellen in de Verklaring van Helsinki en ze vervangde door de Richtlijn inzake goede klinische praktijk (Guideline for Good Clinical Practice of GCP) die werd aangenomen door de International Conference on Harmonisation of ICH, wat op zich voor problemen zorgde⁴.

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

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

Wat is er veranderd?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aan paragraaf 14 werd toegevoegd dat “The protocol should indicate how the principles in this Declaration have been addressed”, teneinde de onderzoekers ertoe aan te zetten de ethische aspecten van het onderzoek zorgvuldig te bestuderen.

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

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

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

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

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

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

“The benefits, risks, burdens and effectiveness of a new intervention must be tested against those of the best current proven intervention, except in the following circumstances: The use of placebo, or no treatment, is acceptable in studies where no current proven intervention exists; or Where for compelling and scientifically sound methodological reasons the use of placebo is necessary to determine the efficacy or safety of an intervention and the patients who receive placebo or no treatment will not be subject to any risk of serious or irreversible harm. **Extreme care must be taken to avoid abuse of this option.**”.

De tekst betreffende de toegang tot de voordelen van het onderzoek na het beëindigen van de studie luidt als volgt:

“At the conclusion of the study, patients entered into the study are entitled to be informed about the outcome of the study and to share any benefits that result from it, for example, access to interventions identified as beneficial in the study or to other appropriate care or benefits.”.

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

Besluit

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

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

Daar het betere de vijand van het goede is, werd er uiteindelijk de voorkeur aan gegeven de verklaring gedeeltelijk te verbeteren in plaats van de absolute perfectie terzake te willen nastreven. De Verklaring van Helsinki had nóg beter kunnen zijn, maar de algemene vergadering van de WMA was van oordeel dat ze momenteel goed genoeg was en dat ze een verbetering was ten opzichte van de vorige versie.

Na goedkeuring van de Engelse versie werd de Franse versie herbekeken door een vertegenwoordiger van de Zwitserse afvaardiging (Dominique Sprumont, Université de Neuchâtel) en van de Belgische afvaardiging (André Herchuelz, Université Libre de Bruxelles) om ze dichter bij de Engelse tekst te doen aanleunen. De WMA heeft hun versie goedgekeurd in plaats van de versie van de officiële vertalers van de WMA die de steun had van de Franse afvaardiging.

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

Prof. dr. G. De Roy

Inleiding

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

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

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

Wetenschappelijke vergadering

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

Gezondheid, een mensenrecht

Bij de aanvang werden zowel gezondheid als mensenrechten duidelijk gedefinieerd. "Gezondheid" dient in de breedste beteke-

nis van het woord te worden verstaan. Gezondheid betekent meer dan de afwezigheid van ziekte; het is een toestand van volledig fysisch, mentaal en sociaal welbevinden; dit werd zo bepaald in de WGO-UNICEF⁵-Verklaring van Alma-Ata, goedgekeurd op de historische Internationale Conferentie over Basisgezondheidszorg van 1978.

"Mensenrechten" zijn rechten die wereldwijd gelden voor alle mensen, overal en altijd. Ze werden vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) die in 1948 werd ondertekend. Ze zijn gebaseerd op een verbod op discriminatie, een bescherming van kwetsbare groepen en de veroordeling van elk ongerechtvaardigd geweld van de overheid. Het recht op gezondheid is een fundamenteel mensenrecht vastgelegd door artikel 25 van de UVRM; het stelt dat ieder mens recht heeft op een levensstandaard die voldoende is om zijn gezondheid, zijn welzijn evenals deze van zijn familie te verzekeren, inzonderheid wat betreft voeding, kleding huisvesting, medische zorg, zomede de noodzakelijke sociale dienst; hij heeft recht op zekerheid in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, weduwschap, ouderdom, of in andere gevallen van verlies van zijn bestaansmiddelen ten gevolge van omstandigheden buiten zijn wil. De UVRM beschouwt aldus gezondheid, medische zorg en tal van sociale voorzieningen als een fundamenteel mensenrecht. Naast de UVRM garanderen nog vele andere internationale mensenrechtenverklaringen dit recht op gezondheid; dit is onder meer het geval in artikel 12 van het Internationale Verdrag betreffende Economische, Sociale en Culturele Rechten en artikel 24 van het Internationaal Verdrag betreffende de Rechten van het Kind.

De bedreigde gezondheid van kwetsbare minderheidsgroepen

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

Mensen zonder papieren, asielzoekers

Migranten hebben, zoals iedere burger, recht op alle nodige medische zorg. In dit verband herbevestigde de WMA haar Verklaring van Ottawa (oktober 1998); deze benadrukt dat artsen de ethische plicht hebben de nodige medische behandeling toe te dienen aan personen ongeacht of zij al dan niet legaal in een land vertoeven. Illegalen leven soms in de clandestiniteit om niet uitgewezen te worden; zij zoeken geen medische hulp tenzij levensbedreigende omstandigheden en dan kan het reeds te laat zijn. De staat waar zij ondergedoken leven heeft voor hen geen voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg; daarenboven zijn medische kosten voor niet-verzekerden onbetaalbaar.

Gedetineerden

Ook gevangenen hebben recht op gezondheid. Maar terwijl veroordeelden hun straf uitzitten, lopen zij het risico van een bijkomende bestraffing. Zij komen terecht in overbevolkte gevangnissen waar promiscuïteit en slechte hygiënische levensomstandigheden hen vatbaar maken voor verschillende aandoeningen zoals aids en resistente tuberculose. Gevangenen door zulke omstandigheden naar een gewisse dood leiden is

5. United Nations Children's Fund (Kinderfonds van de Verenigde Naties)

een schending van de mensenrechten. Diegenen die toch overleven kunnen, na uitzetting van hun straf, op hun beurt hun naasten besmetten.

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

Deelname aan folteringen

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

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

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

Een rol voor de overheid

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

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

te spreken daar dit neerkomt op een bestendiging van het artsentekort in de ontwikkelingslanden.

Bescherming van het leefmilieu

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

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

Opleiding voor artsen

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

De algemene vergadering van Seel

Nieuwe verklaringen

Op de algemene vergadering worden de resoluties, verklaringen en standpuntinnamen van de WMA ter goedkeuring aan de leden voorgelegd. Het zijn richtlijnen die de ethisch correcte houding bepalen die artsen, leden van de NMA's, moeten aannemen in omstandigheden waarin de ethiek in het gedrang zou kunnen komen. Bij het opstellen van haar beleidsdocumenten maakt de WMA een onderscheid tussen resoluties, verklaringen en standpuntinnamen. Resoluties betreffen recent gere-

zen, hopelijk tijdelijke, problemen die een dringende aanpak noodzaken; de resolutie over de weerslag van de economische crisis op de gezondheid is er een voorbeeld van. Verklaringen en standpuntinnamen geven aan artsen algemene richtlijnen; de Verklaring van Genève, door sommigen nog ten onrechte de “eed” van Genève genoemd, is hier een voorbeeld van. Verklaringen hebben een meer universeel en tijdloos karakter dan standpuntinnamen; het is de Raad van de WMA die beslist of een bepaalde richtlijn als een verklaring of een standpuntinname aangezien moet worden.

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

Resolutie over de economische crisis en de gezondheid

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

De Verklaring van Helsinki

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

De Verklaring van Seoel

Een verklaring over beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid van artsen werd goedgekeurd; deze verklaring kwam er na herziening van de verklaring van Madrid die betrekking heeft op aanverwante problemen. Om het gastland eer aan te doen werd deze verklaring omgedoopt; ze zal voortaan bekendstaan als de verklaring van Seoel. Een vertaalde versie van de volledige tekst staat verder in dit tijdschrift.

De verklaring stelt dat de arts, onafhankelijk van iedere overheidstussenkomst, de beste behandeling voor zijn patiënt moet

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

Standpuntinname over kwikvervuiling

Bezorgd om het behoud van het milieu keurde de WMA een standpuntinname goed om kwikvervuiling tegen te gaan. Deze standpuntinname sluit aan bij wat hieromtrent uitvoerig werd uiteengezet tijdens de wetenschappelijke sessie.

De WMA pleit ervoor de akkoorden van het UNEP⁶-project van de Verenigde Naties, ter beheersing van de verwerking van chemicaliën⁷ na te komen. Verder is het actieplan kort en eenvoudig: binnen de medische sector hoort kwik niet meer thuis: kwikhoudende toestellen moeten door elektronische vervangen worden; in afwachting moet kwikafval veilig worden behandeld volgens de wettelijke voorschriften.

Resolutie Papavers voor geneeskunde

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

Het voorzitterschap van de WMA

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

World Medical Journal

De WMJ⁸ is het officiële tijdschrift van de WMA; het verschijnt viermaal per jaar. Dr. Alan Rowe, hoofdredacteur sinds 2002, heeft de fakkel doorgegeven aan dr. Peteris Apinis, voorzitter van de artsenassociatie van Letland. Deze neemt de hoofdredactie waar met ingang van 2008.

6. United Nations Environment Program

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

8. World Medical Journal

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

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

Nieuwe leden

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

De lancering van een sprekend boek

Een sprekend boek werd ontworpen en in beperkte oplage verspreid; het is bedoeld om in ontwikkelingslanden ongeletterde personen die als proefpersoon wensen deel te nemen aan medisch wetenschappelijk onderzoek voor te lichten. Hiermee tracht men tegemoet te komen aan de ethische plicht van de "informed consent". Naast potentiële proefpersonen is het boek ook bestemd voor eenieder betrokken bij klinisch onderzoek, zoals klinici en leden van de ethische commissies. Het is opgevat als een stripverhaal; bij aanwijzing van een icoon gaat een kleine ingebouwde luidspreker commentaar geven op de situatie die uitgebeeld is op de striptekening. Het ontwerp en de realisatie gebeurden in samenwerking met het Steve Biko-centrum voor bio-ethiek van de Witwatersranduniversiteit te Johannesburg, de uitgeverij Books of Hope gespecialiseerd in sprekende boeken, en de ZuMA⁹. De firma Pfizer, de bekende "ethische" sponsor van de WMA, bekostigde het project.

Komende vergaderingen

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

Besluit

In haar publicaties en op haar website laat de WMA geen gelegenheid aan zich voorbijgaan om ons aan haar zending te herinneren: "de WMA is de overkoepelende organisatie van nationale artsenverenigingen die wereldwijd miljoenen artsen

vertegenwoordigt. In haar acties ten behoeve van patiënten en artsen streeft zij naar de hoogste normen op het gebied van geneeskundige zorg, ethiek, opleiding en gezondheidsgebonden mensenrechten voor iedereen." De WMA heeft haar rol ingevuld: op haar 59^{ste} algemene vergadering werden niet minder dan 14 beleidsverklaringen goedgekeurd.

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

VERKLARING VAN SEOEL OVER BEROEPSAUTONOMIE EN KLINISCHE ONAFHANKELIJKHEID

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

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

1. De essentie van beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid is de zekerheid dat iedere arts vrij een beroepsoordeel kan vormen in het kader van de behandeling van zijn patiënten zonder inopportune druk van buitenaf of van derden te ondergaan.
2. Geneeskunde is een zeer complexe kunst en wetenschap. Door een lange opleiding te volgen en door ondervinding worden de artsen geneeskundige deskundigen en behandelaars. Hoewel zij het recht hebben in ruime mate te beslissen over de geneeskundige ingrepen die zij zullen ondergaan, verwachten patiënten van hun artsen klinische, relevante aanbevelingen.
3. Artsen weten dat zij rekening moeten houden met de gezondheidsstructuur en de beschikbare middelen. Buitensporige beperkingen inzake klinische onafhankelijkheid, zoals ze worden opgelegd door regeringen en besturen, werken echter niet in het belang van de patiënten. Deze beperkingen kunnen immers het vertrouwen op de helling plaatsen dat een essentieel bestanddeel is van de arts-patiëntrelatie.
4. Het is mogelijk dat ziekenhuisbeheerders en ziekenfondsen menen dat beroepsautonomie van de arts onverenigbaar is met een voorzichtig beheer van de gezondheidskosten. De beperkingen die ziekenhuisbeheerders en ziekenfondsen trachten in te voeren inzake klinische onafhankelijkheid kunnen echter tegen de belangen van de patiënt ingaan. Bovendien kan het beperken van de vrijheid voor artsen om te weigeren verzoeken in te willigen van patiënten of families voor ongeschikt geachte geneeskundige diensten in het nadeel zijn van de patiënten of de gemeenschap.
5. De World Medical Association bevestigt bijgevolg opnieuw het belang van beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid als wezenlijke bestanddelen van kwaliteitsvolle geneeskundige zorg in het voordeel van de patiënt. Beide bestanddelen moeten behouden worden. De World Medical Association herhaalt haar wens beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid te behouden en te verzekeren in het vlak van patiëntenzorg.

9. Zuid-Afrikaanse Medische Associatie

REPERTORIUM VAN DE ADVIEZEN UITGEBRACHT DOOR DE NATIONALE RAAD VAN DE ORDE VAN GENEESHEREN

Alfabetische inhoudstafel van de onderwerpen behandeld van 1 oktober 2008 tot 31 december 2009 (Tijdschrift Nationale Raad nrs. 123, 125, 126, 127, 128)

Onderwerp - datum – Tijdschrift nr. - document-naam

Aids

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner - 21/03/2009 - 125 - a125016n

Anesthesie

Uitvoeren van narcoses door een verpleegkundige - 20/12/2008 - 123 - a123019n

Simultane anesthesieën - 06/12/2008 - 123 - a123010n

Beroepsgeheim

Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts en overgenomen door de apotheker op de geneesmiddelenverpakking - 05/09/2009 - 127 - a127007n

Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid - 04/07/2009 - 126 - a126026n

Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap - 04/07/2009 - 126 - a126027n

Inzage van het medisch dossier door de hoofdarts van het ziekenhuis - 30/05/2009 - 126 - a126021n

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner - 21/03/2009 - 125 - a125016n

Controlegeneeskunde – Overmaken van niet-medische gegevens - 21/02/2009 - 125 - a125009n Personen die onwettig in België verblijven – Beroepsgeheim -OCMW - 07/02/2009 - 125 - a125004n

Rustoorden voor bejaarden (ROB' s) en rust- en verzorgingshuizen voor bejaarden (RVTB' s) – Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002n

Bevoegdheid van de geneesheer

Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit - 21/11/2009 - 128 - a128001n Metingen betreffende de geschiktheid tot fysieke activiteit - 21/03/2009 - 125 - a125013n

Verwijdering van pacemaker na overlijden - 24/01/2009 - 125 - a125003n

Biologie (Klinische-)

Klinische biologie – Afschrift van resultaten - 21/02/2009 - 125 - a125008n

Bloedtransfusie

Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid - 04/07/2009 - 126 - a126026n

Briefhoofden

Vermelding van het specialisme op de website van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren - 19/12/2009 - 128 - a128006n

Commercialisatie van de geneeskunde

Preventieve geneeskunde - Service “ Total Body Scans” aangeboden door Royal Hospitals - 30/05/2009 - 126 - a126018n

Commissie voor medische ethiek

Erkenning van de commissies voor medische ethiek - 21/03/2009 - 125 - a125011n

Prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen - 20/12/2008 - 123 - a123021n

Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract - 20/12/2008 - 123 - a123020n

Consent (Fully Informed-)

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner - 21/03/2009 - 125 - a125016n

Continuïteit van de zorg

Wachtdienst in de gevangenissen - 21/11/2009 - 128 - a128002n

Mammografie – Continuïteit van de zorg - 22/11/2008 - 123 - a123007n

Contracten

Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract - 20/12/2008 - 123 - a123020n

Controle (Medische-)

Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon - 24/10/2009 - 127 - a127018n

Arbeidsgeneeskunde – Controlegeneeskunde – Wet betreffende de rechten van de patiënt - 24/10/2009 - 127 - a127019n

Cumuleren van de functies van huisarts, controlearts en arts-scheidsrechter - 05/09/2009 - 127 - a127006n

Advies van 5 april 2008 betreffende medische controle - Privé-sector - 09/05/2009 - 126 - a126009n

Controlegeneeskunde – Overmaken van niet-medische gegevens - 21/02/2009 - 125 - a125009n

Diagnose

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner - 21/03/2009 - 125 - a125016n

Dienst 100

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance - 06/12/2008 - 123 - a123011n

Dossier (Medisch-)

Inspectie van de zorgplannen door de inspecteurs van de Vlaamse Gemeenschap - 04/07/2009 - 126 - a126027n

Inzage van het medisch dossier door de hoofdarts van het ziekenhuis - 30/05/2009 - 126 - a126021n

Klinische biologie – Afschrift van resultaten - 21/02/2009 - 125 - a125008n

Geneesheren-inspecteurs bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - 22/11/2008 - 123 - a123009n

Rustoorden voor bejaarden (ROB' s) en rust- en verzorgingshuizen voor bejaarden (RVTB' s) – Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002n

Experimenten op mensen

Klinische studies – Voorafgaandelijke goedkeuring van het contract - 20/12/2008 - 123 - a123020n

Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon - 22/11/2008 - 123 - a123008n

Retrospectieve studies - Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon - 25/10/2008 - 123 - a123004n

Expertise

Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen - 30/05/2009 - 126 - a126016n

Farmaceutische industrie

Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie - 06/12/2008 - 123 - a123014n

Gedetineerden

Wachtdienst in de gevangenis - 21/11/2009 - 128 - a128002n

Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden - 20/12/2008 - 123 - a123017n

Geneesheer (Behandelend-)

Afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen - 21/02/2009 - 125 - a125010n

Geneesheer (Coördinerend-)

Coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de rust- en verzorgingstehuizen - 25/10/2008 - 123 - a123003n

RVT – Invullen van bezoekregister door de artsen - 25/10/2008 - 123 - a123001n

Geneeskunde (Arbeids-)

Arbeidsgeneeskunde –Controlegeneeskunde – Wet betreffende de rechten van de patiënt – 24/10/2009- a127019n

Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige – 30/05/2009 – a126017n

Geneeskunde (Onwettige uitoefening van de-)

Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige – 30/05/2009 – a126017n

Geneeskunde (Preventieve-)

Preventieve geneeskunde - Service “ Total Body Scans” aangeboden door Royal Hospitals - 30/05/2009 - 126 - a126018n Mammografie – Continuïteit van de zorg - 22/11/2008 - 123 - a123007n

Screeningsprocedure in mammografische eenheden - 22/11/2008 - 123 - a123006n

Geneeskunde (Sport-)

Bepalen van het lactaatgehalte door niet-artsen - 05/09/2009 - 127 - a127005n

Geneesmiddelen

Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts en overgenomen door de apotheker op de geneesmiddelenverpakking - 05/09/2009 - 127 - a127007n

Prospectieve studies zonder interventies betreffende geneesmiddelen - 20/12/2008 - 123 - a123021n Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie - 06/12/2008 - 123 - a123014n

Genetica

Het uitvoeren van vaderschapstests - 21/02/2009 - 125 - a125007n

Getuigschrift

Weigering van medische attesten - Vreemdelingen - 21/03/2009 - 125 - a125012n

Afleveren van een medisch attest voor het bekomen van een vergunning tot het bezit of het dragen van een wapen - 21/02/2009 - 125 - a125010n

Deelname aan de wachtdienst – Ongeschiktheid wegens ziekte - 06/12/2008 - 123 - a123012n

Hoofdgeneesheer

De al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester - 19/12/2009 - 128 - a128004n

Inzage van het medisch dossier door de hoofdarts van het ziekenhuis - 30/05/2009 - 126 - a126021n

Onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis - 20/12/2008 - 123 - a123018n

Huisarts

Huisartsenkringen - Wachtdienst - 19/12/2009 - 128 - a128005n

Dienst spoedgevallen – Griep пандеміе – Weigering van opname - 22/09/2009 - 127 - a127014n

Cumuleren van de functies van huisarts, controlearts en arts-scheidsrechter - 05/09/2009 - 127 - a127006n

Influenza-пандеміе A/H1N1 - Zorgmeldpunt - 05/09/2009 - 127 - a127008n

Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen - 30/05/2009 - 126 - a126016n

Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van advies van 4 oktober 2008 - 06/12/2008 - 123 - a123015n

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde: plicht tot deelname – verplaatsing van de huisarts van wacht – telefonische triage - 06/12/2008 - 123 - a123013n

Deelname aan de wachtdienst – Ongeschiktheid wegens ziekte - 06/12/2008 - 123 - a123012n

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance - 06/12/2008 - 123 - a123011n

Coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de rust- en verzorgingstehuizen - 25/10/2008 - 123 - a123003n

Inbeslagname van medische dossiers

Rustoorden voor bejaarden (ROB' s) en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (RVTB' s) – Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002n

Internet

Beroepsgids PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE - 05/09/2009 - 127 - a127011n

Vermelding van het specialisme op de website van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren - 19/12/2009 - 128 - a128006n

Website www.despecialistenwijzer.be - 05/09/2009 - 127 - a127009n

Kanker

Mammografie – Continuïteit van de zorg - 22/11/2008 - 123 - a123007n

Screeningsprocedure in mammografische eenheden - 22/11/2008 - 123 - a123006n

Certificaat voor mammografische eenheden - 22/11/2008 - 123 - a123005n

Keuze (Vrije artsen-)

Niet-samenlevende ouders - Artsenkeuze - 21/03/2009 - 125 - a125015n

Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden - 20/12/2008 - 123 - a123017n

Kwaliteit van de zorg

Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van advies van 4 oktober 2008 - 06/12/2008 - 123 - a123015n

Mammografie – Continuïteit van de zorg - 22/11/2008 - 123 - a123007n

Minderjarigen

Niet-samenlevende ouders - Artsenkeuze - 21/03/2009 - 125 - a125015n

Het uitvoeren van vaderschapstests - 21/02/2009 - 125 - a125007n

Naamborden

Vermelding van het specialisme op de website van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren - 19/12/2009 - 128 - a128006n

O.C.M.W.

Personen die onwettig in België verblijven – Beroepsgeheim -OCMW - 07/02/2009 - 125 - a125004n

Orgaandonatie

Protocol “ The Belgian Living Donor Exchange” - 26/03/2009 - 125 - a125017n

Pacemaker

Verwijdering van pacemaker na overlijden - 24/01/2009 - 125 - a125003n

Patiëntenrechten

Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon - 24/10/2009 - 127 - a127018n

Arbeidsgeneeskunde – Controlegeneeskunde – Wet betreffende de rechten van de patiënt - 24/10/2009 - 127 - a127019n

Persoonlijke levensfeer

Bloedinzameling – Controle door apotheker-inspecteur van de FOD Volksgezondheid - 04/07/2009 - 126 - a126026n

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner - 21/03/2009 - 125 - a125016n

Het uitvoeren van vaderschapstests - 21/02/2009 - 125 - a125007n

Plichten van de geneesheer (Algemeen-)

Influenza-pandemie A/H1N1 - Zorgmeldpunt - 05/09/2009 - 127 - a127008n

Behandelingsplicht - 24/01/2009 - 125 - a125001n

Psychiatrie

Gedwongen opname – Weigering door de psychiatrische dienst wegens plaatsgebrek - 07/02/2009 - 125 - a125005n

Psychiatrie – Gedwongen opname – Opstellen van een omstandig geneeskundig verslag of van een advies - 07/02/2009 - 125 - a125006n

Publiciteit en reclame

Website *www.despecialistenwijzer.be* - 05/09/2009 - 127 - a127009n

Benaming van artsenvennootschappen – Vermelding van de naam en het specialisme van elke vennoot - 16/07/2009 - 126 - a126028n

Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch reglement Professionele eenpersoonsvennootschap – Vermelding van naam en specialisme van de arts - 24/01/2009 - 125 - a125002n

Informatie over geneesmiddelen door de farmaceutische industrie - 06/12/2008 - 123 - a123014n

Certificaat voor mammografische eenheden - 22/11/2008 - 123 - a123005n

Radiografie

Preventieve geneeskunde - Service “ Total Body Scans” aangeboden door Royal Hospitals - 30/05/2009 - 126 - a126018n

Radiografie – Aanvraag door een verpleegkundige - 09/05/2009 - 126 - a126013n

Aanwezigheid van een arts-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken - 06/12/2008 - 123 - a123016n

Rechten van de Mens

Het uitvoeren van vaderschapstests - 21/02/2009 - 125 - a125007n

Relatie arts-patiënt

Onderzoek door controlearts – Aanwezigheid van de vertrouwenspersoon - 24/10/2009 - 127 - a127018n

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner - 21/03/2009 - 125 - a125016n

Rijbewijs

Betrokkenheid van de huisarts in de procedure voor herstel in het recht tot sturen - 30/05/2009 - 126 - a126016n

Rusthuizen

Coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de rust- en verzorgingstehuizen - 25/10/2008 - 123 - a123003n

Rustoorden voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden (RVTB's) – Samenstelling en toegankelijkheid van de dossiers - 25/10/2008 - 123 - a123002n

RVT – Invullen van bezoekregister door de artsen - 25/10/2008 - 123 - a123001n

Spoedgevallen

Dienst spoedgevallen – Griep пандemie – Weigering van opname - 22/09/2009 - 127 - a127014n

Urgentiewachtdienst pediatrie - 05/09/2009 - 127 - a127004n

Radiografie – Aanvraag door een verpleegkundige - 09/05/2009 - 126 - a126013n

Stage

De al dan niet verenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van stagemeeester - 19/12/2009 - 128 - a128004n

Telefonisch advies

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde: plicht tot deelname – verplaatsing van de huisarts van wacht – telefonische triage - 06/12/2008 - 123 - a123013n

Thuisverzorging

Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts en overgenomen door de apotheker op de geneesmiddelenverpakking - 05/09/2009 - 127 - a127007n

Transplantatie

Protocol “ The Belgian Living Donor Exchange” - 26/03/2009 - 125 - a125017n

Vaccinatie

Influenza A/H1N1 – Vaccinatie - Perscommuniqué - 24/10/2009 - 127 - a127015n

Vennootschappen tussen geneesheren en met niet-geneesheren

Professionele artsenvennootschap - Zaakvoerder - 21/10/2009 - 127 - a127012n

Benaming van artsenvennootschappen – Vermelding van de naam en het specialisme van elke vennoot - 16/07/2009 - 126 - a126028n

Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch reglement Professionele eenpersoonsvennootschap – Vermelding van naam en specialisme van de arts - 24/01/2009 - 125 - a125002n

Verantwoordelijkheid van de geneesheer

Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige - 30/05/2009 – 126 - a126017n

Aanwezigheid van een arts-radioloog bij het uitvoeren van röntgenonderzoeken - 06/12/2008 - 123 - a123016n

Simultane anesthesieën - 06/12/2008 - 123 - a123010n

Verpleegkundige prestaties

Huisartsenkringen - Wachtdienst - 19/12/2009 - 128 - a128005n

Uitvoeren van preventieve arbeidsgeneeskundige onderzoeken door een verpleegkundige - 30/05/2009 - 126 - a126017n

Radiografie – Aanvraag door een verpleegkundige - 09/05/2009 – 126 - a126013n

Uitvoeren van narcoses door een verpleegkundige - 20/12/2008 – 123 - a123019n

Simultane anesthesieën - 06/12/2008 - 123 - a123010n

Voorschriften

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) – Behandeling van de partner(s) - 24/10/2009 - 127 - a127016n

Therapeutische indicatie toegevoegd op het voorschrift door de arts en overgenomen door de apotheker op de geneesmiddelenverpakking - 05/09/2009 - 127 - a127007n

Wachtdiensten

Huisartsenkringen - Wachtdienst - 19/12/2009 - 128 - a128005n

Wachtdienst in de gevangenissen - 21/11/2009 - 128 - a128002n

72 Urgentiewachtdienst pediatrie - 05/09/2009 - 127 - a127004n

Wachtdienst in huisartsgeneeskunde – Wijziging van advies van 4 oktober 2008 - 06/12/2008 - 123 - a123015n

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde: plicht tot deelname – verplaatsing van de huisarts van wacht – telefonische triage - 06/12/2008 - 123 - a123013n

Deelname aan de wachtdienst – Ongeschiktheid wegens ziekte - 06/12/2008 - 123 - a123012n

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance - 06/12/2008 - 123 - a123011n

Ziekenhuizen

Dienst spoedgevallen – Griep пандеміе – Weigering van opname - 22/09/2009 - 127 - a127014n

Gefusioneerd ziekenhuis - Algemeen en medisch reglement Professionele eenpersoonsvennootschap – Vermelding van naam en specialisme van de arts - 24/01/2009 - 125 - a125002n

Onverenigbaarheid tussen de functie van hoofdarts en deze van directeur van het ziekenhuis - 20/12/2008 - 123 - a123018n

Geneesheren-inspecteurs bij het Intern Verzelfstandigd Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - 22/11/2008 - 123 - a123009n

Ziekten (Overdraagbare-)


Influenza A/H1N1 – Vaccinatie - Perscommuniqué - 24/10/2009 - 127 - a127015n

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) – Behandeling van de partner(s) - 24/10/2009 - 127 - a127016n

Dienst spoedgevallen – Griep пандеміе – Weigering van opname - 22/09/2009 - 127 - a127014n

Behandeling van een patiënt met multiresistente tuberculose - 21/03/2009 - 125 - a125014n

Behandelingsplicht - 24/01/2009 - 125 - a125001n



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: ordomedic@skynet.be - Internetsite: <http://www.ordomedic.be>

HOOFDREDACTEURS

Dr. P. Beke, Prof. dr. G. Rorive

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

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

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.