

TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT
JUNI 2011

NR. 133

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

1 *Pr. dr. G. Rorive*

CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER

2 Aanvulling van het artikel 58 van de Code van geneeskundige plichtenleer

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

3 - Standaard medisch getuigschrift inzake de medische regularisatie van vreemdelingen
- Vraag om informatie aan een provinciale geneeskundige commissie m.b.t. een arts geschorst in het recht de geneeskunde uit te oefenen
- Jaarlijkse uitnodiging tot pneumokokkenvaccinatie van risicopatiënten – Voorschrift
- Vaderschapstests – Wijziging advies van 19 oktober 1996
- Toediening van botulinetoxine (botox)
- Enquête Test-Aankoop – Kwaliteit van ziekenhuizen
- Klinisch apotheker in een ziekenhuis
- Disaster Victim Identification Team (DVI) – Beroepsgeheim
- Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring
- Beroepsgeheim – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap

VRAAG EN ANTWOORD

14 Website www.mijndroomdokter.be

INTERNATIONALE KRONIEK

15 - De World Medical Association (WMA)

Pr. dr. A. Herchuelz

- Verslag Vergadering CPME, Brussel, 27 november 2010

Dr. P. P. Beke

Dr. R. Kerzmann

- European Association for Physician Health (EAPH), Barcelona, 1 - 3 december 2010

S. De Maesschalck

Dr. P. Beke

Het nummer 133 van het Tijdschrift bevat een reeks adviezen van de Nationale Raad over zeer uiteenlopende thema's : het geneeskundig getuigschrift inzake de medische regularisatie van vreemdelingen, de vraag om informatie door een apotheker aan een provinciale geneeskundige commissie met betrekking tot een arts geschorst in het recht de geneeskunde uit te oefenen, de uitnodiging tot pneumokokkenvaccinatie van risicopatiënten, de toediening van botulinetoxine (botox), de uitoefening van de klinische farmacie, de toegang tot medische dossiers door het Disaster Victim Identification Team (DIV), de deelname aan de weekwachtendienst, het verzoek om informatie door de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling over patiënten met een handicap. Veel van deze adviezen houden min of meer rechtstreeks verband met het medisch geheim dat alsmear vaker in vraag wordt gesteld, hetzij door de verplichtingen van het sociale zekerheidsstelsel, hetzij door een alsmear minder individuele medische praktijkuitoefening, of nog de maatschappij die vandaag een geneeskundig getuigschrift eist voor tal van activiteiten : wapendracht, vrijstelling van het dragen van de veiligheidsgordel, horecawerk, om maar enkele van de recent door de Nationale Raad behandelde zaken te noemen. Er valt te vrezen dat de toename van deze vragen waarvan sommige slechts van ver te maken hebben met gezondheid op zich, de geringschatting waarmee het geneeskundig getuigschrift sedert enige tijd wordt bejegend, alleen maar in de hand werkt.

De lezing van deze adviezen blijkt niet voor bijzondere moeilijkheden te zorgen. Integendeel, een aandachtige lezing van het advies over de vaderschapstests kan niet genoeg worden aanbevolen. De tekst werd in oktober 1996 opgesteld door mevrouw Hustin-Denies van de faculteit Rechten van de UCL en werd door de Nationale Raad op 5 maart 2011 geactualiseerd conform de gewijzigde wetgeving. Hij lijkt ons een beknopte samenvatting van ethiek en geneeskundige plichtenleer. In enkele regels brengt de auteur ervan de grenzen in herinnering binnen welke een invasieve medische activiteit is toegestaan door de wet en in het bijzonder door artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de gezondheidszorgberoepen. De voorwaarden voor de formele wettigheid van de medische activiteit eisen dat de handelingen worden verricht door een bevoegd persoon met het therapeutische doel te waken over de gezondheid van de patiënt door hem de beste zorg te verstrekken, na zijn vrijwillige en voorgelichte toestemming te hebben verkregen. Dit, zo gaat mevrouw Hustin-Denies verder, houdt in dat de menselijke persoon bij een geneeskundige handeling wordt geëerbiedigd en dat de beoefenaar geen diagnostische, therapeutische of preventieve maatregel mag nemen die niet nuttig is of niet absoluut noodzakelijk is voor de gezondheid van zijn patiënt.

Deze fundamentele gegevens worden best in herinnering gebracht nu sommige aspecten van de recente evolutie van de gezondheidszorg ze in twijfel kunnen trekken. Denken wij bijvoorbeeld aan de overdracht van sommige medische handelingen naar beoefenaars van de verpleegkunde, de erkenning van beoefenaars van de zogeheten alternatieve geneeswijzen die geen artsen zouden zijn, de diagnose van op afstand, doping, banalisering van het lezen van het genoom, enz. In dit advies preciseert mevrouw Hustin-Denies eveneens wat de grenzen zijn van het recht van de ouders om hun kind te vertegenwoordigen in alle handelingen die hun kind betreffen en in het bijzonder om namens dit kind in te stemmen met medische handelingen. Deze vertegenwoordigingsbevoegdheid mag slechts worden uitgeoefend met eerbiediging van het primordiale belang van het kind. De wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 bepaalt eveneens dat het kind dient te worden betrokken bij de beslissing afhankelijk van zijn onderscheidingsvermogen. Het advies besluit dat het beroep doen op genetische vaderschapstesten beperkt blijft door de wettelijke bepalingen, maar eveneens en misschien wel vooral door het belang van het kind.

Het is zinvol deze fundamentele beginselen die de medische praktijkuitoefening bepalen, regelmatig in herinnering te brengen.

Prof. dr. Georges RORIVE
Hoofdredacteur

Aanvulling van het artikel 58 van de Code van geneeskundige plichtenleer

Aanvulling van het artikel 58 van de Code van geneeskundige plichtenleer in het kader van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade ten gevolge van de gezondheidszorg.

CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER HOOFDSTUK V BEROEPSGEHEIM VAN DE GENEESHEER

Art. 58 (Gewijzigd op 22 december 2007)

Binnen uitdrukkelijk vastgelegde perken, gelden wettelijke uitzonderingen voor de hierna opgesomde gevallen. De geneesheer moet in geweten oordelen of hij door het beroepsgeheim toch niet wordt verplicht bepaalde gegevens niet mede te delen.

a) (Gewijzigd op 20 september 2008)

Het verstrekken van inlichtingen, in het kader van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, aan de geneesheren-inspecteurs van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv, in zoverre die inlichtingen noodzakelijk zijn voor hun controle-opdracht en binnen de perken ervan blijven.

Het verstrekken van deze inlichtingen en het aanwenden ervan door de geneesheren-inspecteurs zijn onderworpen aan het eerbiedigen van het beroepsgeheim.

b) Het verstrekken van inlichtingen of medische gegevens over de verzekerde, aan de geneesheren-adviseurs van verzekeringsinstellingen tegen ziekte en invaliditeit en binnen de perken van de medisch-sociale raadplegingen.

De geneesheer-adviseur van een verzekeringsinstelling is, zoals elke andere geneesheer, gebonden door het beroepsgeheim; hij moet aan die instelling uitsluitend zijn besluiten op administratief vlak mededelen.

c) De aangifte aan gezondheidsinspecteurs van overdraagbare epidemische ziekten, overeenkomstig de modaliteiten en voorwaarden in de wet vastgelegd.

d) De aangifte aan gezondheidsinspecteurs van geslachtsziekten, overeenkomstig de wetgeving inzake de voorkoming van deze ziekten.

e) De kennisgevingen en aangiften aan de ambtenaar van de burgerlijke stand inzake geboorten, overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

f) De afgifte van reglementaire geneeskundige getuigschriften nodig voor de aangifte van werkongevallen met vermelding van alle indicaties die rechtstreeks in verband staan met het oorzakelijk trauma.

g) Het afleveren van geneeskundige verslagen en verklaringen in uitvoering van de wettelijke voorschriften inzake de bescherming van de persoon van de geesteszieke en inzake de bescherming van de goederen van personen die wegens hun lichaams- of geestestoestand geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn die te beheren.

h) Het afleveren van medische verslagen in uitvoering van de wettelijke voorschriften met betrekking tot de beroepsziekten.

i) Het afleveren van geneeskundige verklaringen in uitvoering van de wettelijke voorschriften met betrekking tot de landverzekeringsovereenkomsten.

j) (Toegevoegd op 22 december 2007)

Het afleveren van verslagen aan de justitieassistent in uitvoering van een conventie die de justitieassistent, de patiënt en de arts bindt en afgesloten werd in het kader van een voorwaardelijke invrijheidsstelling, een voorlopige hechtenis, een uitstel van strafuitvoering, een probatiemaatregel of een bemiddeling in strafzaken.

k) (Toegevoegd op 30 april 2011)

Het verstrekken, in het kader van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, aan de artsen van het Fonds voor de medische ongevallen van documenten en informatie die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van hun wettelijke opdracht.

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 19 FEBRUARI, 5 MAART, 16 APRIL EN 30 APRIL 2011

Standaard medisch getuigschrift inzake de medische regularisatie van vreemdelingen (19/02/2011)

Vraag om informatie aan de provinciale geneeskundige commissie m.b.t. een arts geschorst in het recht de geneeskunde uit te oefenen (19/02/2011)

Jaarlijkse uitnodiging tot pneumokokkenvaccinatie van risicopatiënten – Voorschrift (19/02/2011)

Vaderschapstests – Wijziging advies van 19 oktober 1996 (05/03/2011)

Toediening van botulinetoxine (botox) (16/04/2011)

Enquête Test-Aankoop – Kwaliteit van ziekenhuizen (30/04/2011)

Klinisch apotheker in een ziekenhuis (30/04/2011)

Disaster Victim Identification Team (DVI) – Beroepsgeheim (30/04/2011)

Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring (30/04/2011)

Beroepsgeheim – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap (30/04/2011)

3

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

Standaard medisch getuigschrift inzake de medische regularisatie van vreemdelingen

(19/02/2011)

TREFWOORDEN :

Getuigschrift – Patiënten van vreemde nationaliteit

DOCUMENTNAAM :

a133002n

Een van de voorstellen in het kader van een herziening van de medische regularisatie voor vreemdelingen betreft het invoeren van een standaard medisch getuigschrift voor de vreemdeling die een verblijfsvergunning wenst te bekomen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 19 februari 2011 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 6 december 2010 met uw vraag om advies over een standaard medisch getuigschrift inzake de medische regularisatie van vreemdelingen.

De Nationale Raad heeft hierover een aantal bemerkingen en beschouwingen.

Hij is van mening dat een dergelijk medisch getuigschrift dient overgemaakt te worden, eventueel via de patiënt, aan een arts van de Dienst Vreemdelingenzaken.

Wat wordt in rubriek C juist bedoeld met medisch materiaal en met interventie?
Waarom wordt er gesproken over de noodzakelijke behandeling?

De Nationale Raad is bovendien van mening dat de behandelende arts tevens een functie van arts-deskundige wordt toebedeeld gezien de vragen over ernst, gevolgen, mogelijke complicaties, evolutie en prognose van één of meerdere aandoeningen.

Hij meent dat een onderscheid dient gemaakt tussen de functie van een behandelende arts en die van een arts-deskundige. In dit geval is het de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken die de beslissing moet nemen.

Intussen heeft de Nationale Raad vastgesteld dat het nieuw standaard medisch getuigschrift werd ingevoerd door de wet houdende diverse bepalingen van 29 december 2010 en uitgevoerd door het koninklijk besluit van 24 januari 2011.

De Nationale Raad betreurt dat de nieuwe regelgeving tot stand is gekomen zonder dat een overleg heeft kunnen plaatshebben.

Bijlage

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN Algemene Directie van de Dienst Vreemdelingenzaken</p> <p style="text-align: center;">MEDISCH GETUIGSCHRIFT bestemd voor de Dienst Humanitaire Regularisaties bij de Algemene Directie van de Dienst Vreemdelingenzaken</p> |
|---|

Aan de arts : Gelieve dit attest te overhandigen aan betrokkene zelf. Hij/zij zal het medisch attest vervolgens zelf aan de desbetreffende Dienst bezorgen.

NAAM EN VOORNAAM van de patiënt :
GEBOORTEDATUM:
NATIONALITEIT:
GESLACHT:

A/ Medische voorgeschiedenis:

B/ DIAGNOSE: gedetailleerde beschrijving van de aard en de ernst van de aandoeningen op basis waarvan de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van Artikel 9ter wordt ingediend¹.
Het is in het belang van de patiënt dat voor elke pathologie stukken ter staving worden voorgelegd (bv. specialistisch verslag).

C/ Actuele behandeling en datum van opstarten van de behandeling van de aandoeningen vermeld onder rubriek B :

- Medicamenteuze behandeling / medisch materiaal

- Interventie / Hospitalisatie (Frequentie ? Datum van laatste opname?)

- Voorziene duur van de noodzakelijke behandeling

¹ Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

D/ Wat zouden de gevolgen en mogelijke complicaties zijn indien de behandeling wordt stopgezet ?

E/ Evolutie en prognose van de aandoeningen waarvan sprake onder rubriek B:

F/ Indien van toepassing: zijn er specifieke noden in verband met de medische opvolging ? Is mantelzorg medisch vereist ?

G/ Aantal bijlagen bij huidig attest :

Datum :

NAAM, handtekening en stempel van de arts:

RIZIV – nummer :

AANDACHT – Belangrijke opmerkingen

De Dienst Vreemdelingenzaken moet de betrokken arts kunnen identificeren. Het is bijgevolg in het belang van de patiënt dat naam en RIZIV – nummer van de arts duidelijk leesbaar zijn.

De Dienst Vreemdelingenzaken heeft het recht de gezondheidstoestand van de patiënt te laten verifiëren door een arts aangesteld door de administratie (artikel 9ter)².

Met instemming van de patiënt kan een meer gedetailleerd medisch verslag het huidig medisch attest vergezellen (Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt).

² Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

Vraag om informatie aan de provinciale geneeskundige commissie m.b.t. een arts geschorst in het recht de geneeskunde uit te oefenen

(19/02/2011)

TREFWOORDEN :

Geneeskunde (Onwettige uitoefening van de-) – Provinciale Geneeskundige Commissie – Visum

DOCUMENTNAAM :

a133004n

Een apotheker die via een krant vaststelt dat een arts werd geschorst in het recht de geneeskunde uit te oefenen vraagt hieromtrent informatie aan de provinciale geneeskundige commissie.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In de vergadering van 5 februari 2011 van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren met onder meer de voorzitters van de provinciale geneeskundige commissies werd de betreffende problematiek besproken.

De vergadering was van oordeel dat, eensdeels, de aangehaalde problematiek behoort tot de bevoegdheid van de provinciale geneeskundige commissies, anderdeels de apotheker de door een arts voorgeschreven geneesmiddelen dient af te leveren, met inachtneming van de bepalingen van het artikel 4, § 2bis, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

In zijn vergadering van 19 februari 2011 heeft de Nationale Raad dit oordeel bevestigd.

Jaarlijkse uitnodiging tot pneumokokkenvaccinatie van risicopatiënten - Voorschrift

(19/02/2011)

TREFWOORDEN :

Geneeskunde (Preventieve-) – Huisarts – Vaccinatie – Voorschriften

DOCUMENTNAAM :

a133009n

Een huisarts vraagt of hij als beheerder van het Globaal Medisch Dossier (GMD) aan de jaarlijkse oproepingsbrief tot griepvaccinatie van risicopatiënten ook een voorschrift voor een pneumokokkenvaccin mag toevoegen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Betreft: uw e-mail van 21 oktober 2010 betreffende jaarlijkse griepvaccinatie.

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren besprak in zijn vergadering van 19 februari 2011 de door u in fine van uw e-mail gestelde vraag.

Hij beantwoordt uw vraag bevestigend: in de door u vermelde context is er geen bezwaar tegen de toevoeging aan de oproepingsbrief van een voorschrift voor een pneumokokkenvaccin.

Vaderschapstests – Wijziging advies van 19 oktober 1996

(05/03/2011)

TREFWOORDEN :

Genetica – Minderjarigen – Persoonlijke levenssfeer – Rechten van de Mens

DOCUMENTNAAM :

a133013n

Een provinciale raad stuurt een mailing door die een arts ontving van de firma GENDIA (GENetic DIAGnostic Network). Deze bevat alle informatie betreffende de door deze firma aangeboden paterniteitstesten. Deze arts vraagt het advies van de Nationale Raad over dit bericht.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 5 maart 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren kennis genomen van uw brief van 26 november 2010 betreffende het doorsturen van de kopie van de e-mail van professor X i.v.m. een bericht gepubliceerd door de firma Gendia betreffende vaderschapstesten.

De Nationale Raad verwijst hierover naar zijn advies van 16 juni 2001 en naar de nota van mevr. Hustin-Denies die in dit advies werd opgenomen. Door een tussengekomen wijziging van het Burgerlijk Wetboek diende deze nota te worden aangepast.

Als bijlage vindt u de geactualiseerde versie van deze nota.

Bijlage :

Door de wet van 1 juli 2006 tot wijziging van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek met betrekking tot het vaststellen van de afstamming en de gevolgen ervan (B.S. 29 december 2006) dient het advies van de Nationale Raad van 19 oktober 1996, TNR nr. 75, p. 26-30 waarnaar wordt verwezen in het advies van de Nationale Raad van 16 juni 2001, *Toenemend en ongeregeld uitvoeren van vaderschapstests*, TNR nr. 93, p.11 te worden gewijzigd.

In zijn vergadering van 5 maart 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren het advies van de Nationale Raad van 19 oktober 1996, TNR nr. 75, p. 26-30 waarnaar wordt verwezen in het advies van de Nationale Raad van 16 juni 2001, *Toenemend en ongeregeld uitvoeren van vaderschapstests*, TNR nr. 93, p.11 gewijzigd.

Deze wijzigingen worden in cursief gedrukt in de tekst opgenomen.

Het advies van de Nationale Raad van 19 oktober 1996 wordt als volgt geactualiseerd :
(...)

Nota van mevrouw Hustin-Denies, assistente aan de rechtsfaculteit van de UCL :
(officiële vertaling)

Nota met betrekking tot het onderzoek naar het biologisch vaderschap van een minderjarige door vergelijking van genetische vingerafdrukken buiten het kader van een gerechtelijke procedure

Bij gebrek aan een nationale en deontologische reglementering aangaande de aanwending van genetische vingerafdrukken met bewijskrachtige doeleinden inzake afstamming is de aanwending ervan met privé-doeleinden, buiten elke gerechtelijke procedure, de laatste jaren flink toegenomen. Zowel in Frankrijk als in België bieden talrijke privé-laboratoria of universitaire ziekenhuizen hun diensten aan privé-personen, advocaten of artsen aan om dubieus vaderschap te bevestigen of te ontcrachten.

Bewust van de afdwalingen die schade kunnen berokkenen aan de vrede in het gezin (door het in twijfel trekken van een afstamming buiten procedures en vaak buiten de bij wet bepaalde termijn) en aan het maatschappelijk belang (aantasting van het gezag van de burgerlijke staat, van de fysieke integriteit en van de intieme persoonlijke levenssfeer van het individu) en die voortvloeien uit de aanwending van deze methode buiten elke procedurele waarborg, heeft de Franse wetgever de aanwending van genetische vingerafdrukken geregeld in de recente wet van 29 juli 1994 betreffende het burgerlijk statuut van het menselijk lichaam. Deze wet beperkt de mogelijkheid om een persoon in burgerlijke zaken te identificeren via genetische vingerafdrukken tot de gevallen waarin deze methode toegepast wordt met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkenen en ter uitvoering van een onderzoeksmaatregel die bevolen werd door de rechter bij wie een vordering aanhangig werd gemaakt tot vaststelling of betwisting van een afstammingsband.

In België daarentegen worden de gevolgen van de aanwending van genetische vingerafdrukken buiten elke gerechtelijke context volkomen genegeerd door de wetgever en de huidige wetgevende leemte terzake werkt de aantasting van de rechten en vrijheden van het individu in de hand.

Het uitblijven van een wetgevende tekst mag echter niet misleidend zijn. De aanwending van genetische vingerafdrukken buiten elke procedurele context situeert zich volgens ons op het vlak van het onwettige. Wij herinneren in dit opzicht aan het adagium volgens hetwelk "alles wat niet verboden is daarom nog niet toegelaten is". De aanwending van genetische vingerafdrukken buiten elke procedurele context doet immers problemen rijzen op meerdere niveaus.

I. In de eerste plaats dienen enkele opmerkingen geformuleerd te worden met betrekking tot de aansprakelijkheid van de arts die de testen uitvoert of zelfs die zijn patiënt aanraadt er gebruik van te maken.

Ofschoon de afname die nodig is voor de verwezenlijking van een genetische vingerafdruk of de expertise-procedure zelf de tussenkomst van een arts, nu eens practicus, dan weer geneticus, noodzakelijk kunnen maken, lijkt deze ingreep moeilijk ondergebracht te kunnen worden in de categorie van de bij wet gelegaliseerde medische handelingen.

In dit verband brengen wij kort in herinnering binnen welke grenzen de verwezenlijking van een invasieve medische activiteit toegelaten is door de wet en in het bijzonder door artikel 11 van het KB nr. 78 betreffende de geneeskunst.

Deze grenzen dienen enerzijds begrepen te worden als de door de wet of door de jurisprudentie bepaalde cumulatieve voorwaarden voor de formele wettigheid en anderzijds als de zogenaamde voorwaarden voor de elementaire wettigheid van elke handeling.

De voorwaarden voor de formele wettigheid van de medische activiteit eisen dat de handelingen verricht worden door een bevoegd persoon met het therapeutische doel te waken over de gezondheid van de patiënt door hem de beste zorg te verstrekken, na zijn vrijwillige en voorgelichte toestemming verkregen te hebben.

De algemene voorwaarden voor de elementaire wettigheid van elke handeling sluiten aan bij het perspectief van een geneeskunde die eerbied heeft voor de menselijke persoon. Zij impliceren dat de practicus geen maatregel mag nemen die niet nuttig is of niet absoluut noodzakelijk is voor de gezondheid van zijn patiënt of, meer uitzonderlijk, gericht is op de verwezenlijking van een niet-therapeutisch doeleinde. Bovendien mag hij geen enkele maatregel nemen die, ofschoon hij tegemoet komt aan de doelstelling "zo weinig mogelijk kosten", een ander belang, of zelfs een andere waarde, op een buitenmaatse, onevenredige wijze schaadt.

In de veronderstelling dat de afname die bij de ouders en bij het minderjarige kind verricht wordt voor de verwezenlijking van een genetische vingerafdruk niet tot doel heeft te waken over de gezondheid en de veiligheid van de patiënten door hen de beste zorg te verstrekken door het uitvoeren van diagnostische, therapeutische of preventieve handelingen, moeten wij vaststellen dat deze afname niet binnen het klassieke wettige kader van elke medische activiteit valt. Overeenkomstig het algemene beginsel van artikel 70 van het strafwetboek is het evenwel zo dat bepaalde bijzondere wetten medische ingrepen buiten elke therapeutische context rechtvaardigen, onder meer met betrekking tot de orgaantransplantatie of de vrijwillige zwangerschapsafbreking. In de lijn hiervan ligt ongetwijfeld de tekst van artikel 331octies van het burgerlijk wetboek, die door de magistraat de bevoegdheid toe te kennen gelijk welke beproefde wetenschappelijke methode te gelasten in het kader van een vordering betreffende de afstamming, de niet-therapeutische activiteit van de arts onrechtstreeks rechtvaardigt. Van een dergelijke rechtvaardiging is in het onderhavige geval echter geen sprake aangezien de afname gebeurt buiten elke gerechtelijke

context en bijgevolg los van het bevel van een magistraat.

Daarnaast blijkt ook de vereiste van de instemming van de patiënt met de medische ingreep geschonden te worden, althans gedeeltelijk. De ouders die, louter ter informatie, een vaderschap waaraan zij twifelen wensen te bevestigen of te ontkrachten, beschikken natuurlijk vrij over hun eigen lichaam. Zij beschikken echter niet vrij over het lichaam van hun kind. Wel zijn de ouders bevoegd om hun kind te vertegenwoordigen in alle handelingen die hun kind betreffen en in het bijzonder om rechtens dit kind in te stemmen met de medische handelingen. Deze vertegenwoordigingsbevoegdheid vloeit rechtstreeks voort uit de regels van het ouderlijk gezag, dat door de ouders uitgeoefend wordt op grond van de afstammingsband en uitsluitend met eerbiediging van het primordiale belang van het kind. Eens te meer moeten wij vaststellen dat de ouders, ofschoon zij hun kind kunnen vertegenwoordigen in het kader van de medische handelingen, niet geldig in zijn naam kunnen instemmen met een handeling die, door de regels van de formele wettigheid te schenden, niet langer een medische handeling is maar een ongerechtvaardigde schending van de fysieke integriteit van het kind. Deze in naam van het kind gegeven toestemming vormt volgens ons misbruik van het ouderlijk gezag daar zij gegeven wordt ten koste van het belang en de fundamentele rechten van het kind en uitsluitend in het voordeel van de ouders. Verder in de tekst komen wij hierop uitvoeriger terug.

Deze twee opmerkingen leiden noodzakelijk tot de volgende vaststelling : de officieuze opsporing van de bewijzen van de afstamming van een minderjarig kind door middel van genetische vingerafdrukken schendt de voorwaarden voor de formele wettigheid van elke medische handeling omdat zij een aantasting van de fysieke integriteit van het kind met een niet-therapeutisch doeleinde en zonder geldige toestemming van de betrokkene impliceert. Zij brengt dus de aansprakelijkheid van de arts met zich, die op strafrechtelijk vlak vervolgd kan worden voor slagen en verwondingen, daar het goedaardige karakter van deze aantasting niet in aanmerking kan worden genomen bij de aansprakelijkheidstoewijzing.

Bovendien lijkt het ons onmogelijk aan deze aantasting een, al zij het onrechtstreeks, therapeutisch karakter toe te kennen, dat bijvoorbeeld zou bestaan in de psychologische noodzaak voor een koppel de mogelijkheid te krijgen om de waarheid betreffende de afstamming van hun kind te kennen. Het aanwenden van de persoon van het kind en het op de helling zetten van zijn fundamenteel recht op een gewoon gezinsleven (waarop wij later terugkomen) zijn volgens ons buitenmaatse aantastingen in vergelijking met de doelstelling waartoe deze methode zou strekken. Het criterium van de psychologische noodzaak blijkt bovendien niet verdedigbaar wanneer men bedenkt dat het bedreigde koppel de mogelijkheid heeft een beroep te doen op gezinstherapieën of psychologische hulpverlening waarin geen enkele tussenkomst van de persoon van het kind vereist is. De niet-verdedigbaarheid van de criteria van noodzaak en evenredigheid belet dit soort ingreep bijgevolg te voldoen aan de voorwaarden voor de elementaire wettigheid van elke handeling.

II. In de tweede plaats dienen enkele opmerkingen geformuleerd te worden met betrekking tot de fundamentele rechten van het kind die op de helling komen te staan door de aanwending van deze methode.

Voorafgaandelijk zij opgemerkt dat de wetgever voorziet in een bijzondere bescherming van de afstamming van een kind wanneer zij wettelijk bewezen is. Zonder in juridisch-technische details te treden gaan wij dieper in op de bescherming van de afstamming van een kind dat geboren is binnen het huwelijk en op die van een kind geboren buiten het huwelijk.

Zowel voor een kind geboren buiten het huwelijk als voor een kind geboren binnen het huwelijk komt het moederschap in de meeste gevallen vast te staan door de akte van geboorte. Dit vloeit voort uit de bepaling van artikel 312 van het Burgerlijk Wetboek.

Met betrekking tot het vaderschap daarentegen maakt de wetgever een onderscheid naar gelang het kind geboren is binnen of buiten het huwelijk.

Voor een kind geboren binnen het huwelijk bepaalt artikel 315 van het Burgerlijk Wetboek dat de afstamming van vaderszijde vastgesteld wordt via een vermoeden van vaderschap. Het belang van dit vermoeden van vaderschap mag niet worden onderschat daar het slechts door een paar betrokkenen kan worden betwist, met name : de echtgenoot van de moeder, de moeder zelf en alleen voor haarzelf , het kind wanneer het de leeftijd van meerderjarigheid heeft bereikt **en de persoon die de vaderschap van het kind opeist (artikel 318, § 1, B.W.)**.

Bovendien zijn de termijnen voor de betwisting van dit vermoeden en bijgevolg voor de mogelijkheid voor het kind om de vermoedelijke afstamming op een wettige wijze te zien vervangen door een andere afstamming, namelijk een biologische, zeer kort. **De vordering van de moeder moet worden ingesteld binnen een jaar na de geboorte. De vordering van de echtgenoot moet worden ingesteld binnen een jaar na de ontdekking van het feit dat hij niet de vader van het kind is, die van de man die het vaderschap van het kind opeist moet worden ingesteld binnen het jaar na de ontdekking van het feit dat hij de vader van het kind is en die van het kind moet worden ingesteld op zijn vroegst op de dag waarop het de leeftijd van twaalf jaar heeft bereikt en uiterlijk op de dag waarop het de leeftijd van tweeëntwintig jaar heeft bereikt of binnen een jaar na de ontdekking van het feit dat de echtgenoot zijn vader niet is (artikel 318, § 2, B.W.)**.

Voor een kind geboren buiten het huwelijk bepaalt artikel 319 van het Burgerlijk Wetboek dat de afstamming van vaderszijde vastgesteld kan worden door erkenning. **Tenzij het kind bezit van staat heeft ten aanzien van degene die het heeft erkend, kan de erkenning van het vaderschap worden betwist door de moeder, het kind, de man die het kind heeft erkend en de man die het vaderschap van het kind opeist (artikel 330, B.W.)**.

De vordering van de vader, de moeder of de persoon die het kind erkend heeft, moet worden ingesteld binnen een jaar na de ontdekking van het feit dat de persoon die het kind erkend heeft, niet de vader of de moeder is; die van de persoon die de afstamming opeist moet worden ingesteld binnen een jaar na de ontdekking van het feit dat hij of zij de vader of de moeder van het kind is; die van het kind moet op zijn vroegst worden ingesteld op de dag waarop het de leeftijd van twaalf jaar heeft bereikt en moet uiterlijk worden ingesteld op de dag waarop het de leeftijd van tweeëntwintig jaar heeft bereikt of binnen een jaar na het ontdekken van het feit dat de persoon die het erkend heeft noch zijn vader, noch zijn moeder is (artikel 330, § 1, B.W.).

De op deze manier vastgestelde afstamming wordt door de wetgever echter beschermd op twee manieren. Ten eerste heb-

ben diegene die het kind erkend heeft of diegene die erin toegestemd heeft slechts het recht om deze afstamming te betwisten voor zover zij aantonen dat aan hun toestemming een gebrek kleefde (bijvoorbeeld bij vergissing, door bedrog of geweld). Ten tweede is iedere betwisting onontvankelijk wanneer het kind bezit van staat heeft (hieronder dient een hele reeks van vermoedens verstaan te worden die in hun geheel of afzonderlijk gezien het bestaan van de afstammingsband aantonen, onder meer : het feit dat het kind altijd de naam heeft gedragen van zijn vader, het feit dat de vader het kind altijd heeft beschouwd als het zijne en het feit dat de omgeving het kind en zijn vader altijd als dusdanig heeft beschouwd).

Dit korte overzicht van de wettelijke regels betreffende de afstamming van vaderszijde laat ons toe vast te stellen dat de wetgever in heel wat gevallen de bewezen afstamming definitief heeft willen beschermen.

Het clandestien onderzoek naar het vaderschap in gevallen waarin geen enkele wettelijke betwisting van de afstamming mogelijk is, lijkt ons uiterst gevaarlijk. In werkelijkheid wordt immers aan het kind of aan zijn wettige ouders een biologische waarheid onthuld die in heel wat gevallen het serene gezinsleven waarop het kind nu aanspraak kan maken, zou kunnen verstoren. Artikel 8 van het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind, dat door het Hof van Cassatie rechtstreeks toepasbaar werd verklaard, bepaalt immers dat het kind het recht heeft om zijn familiebetrekkingen te behouden zoals zij erkend zijn door de nationale wetgeving van het land waarvan het onderdaan is (Cass., 11 maart 1994, Pas. 1994, I, 247).

De onthulling van deze waarheid, in tegenspraak met een onbetwistbare en definitieve wettelijke afstamming, lijkt ons niet alleen strijdig met het belang van het kind maar in sommige gevallen ook gevaarlijk voor het kind. Het kind zou immers het slachtoffer kunnen worden van psychisch of fysiek geweld vanwege een bedrogen wettige vader. Hierbij zij opgemerkt dat in deze veronderstelling de arts of de instelling die de test uitgevoerd heeft burgerrechtelijk aansprakelijk gesteld zou kunnen worden.

Wanneer het recht van het kind op eerbiediging van zijn persoonlijke en familiale levenssfeer, bekrachtigd door de artikelen 8 en 14 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens, begrepen dient te worden als zijn recht op geheimhouding van zijn afstamming, moeten wij tot slot vaststellen dat dit recht ten stelligste wordt geschonden door de onthulling van een biologische waarheid die in tegenspraak is met de wettelijke werkelijkheid en waarin het kind niet heeft toegestemd, die volkomen nutteloos is en in strijd is met zijn belang. Om al deze redenen moet zij volgens ons afgekeurd worden.

III. In verband met het recht om het kind te vertegenwoordigen, wijzen wij erop dat de ouders aan wie het ouderlijk gezag over de persoon en de goederen van het kind werd toegekend op grond hiervan het recht hebben het te vertegenwoordigen in alle handelingen van het dagelijkse leven. Zij zijn evenwel verplicht dit ouderlijk gezag uit te oefenen in het belang van het kind.

Volgens ons kan de door de ouders gegeven instemming met een handeling die de fysieke integriteit van het kind op een ongerechtvaardigde wijze aantast (zoals wij hierboven gepreciseerd hebben) dan ook niet beschouwd worden als een vertegenwoordiging.

Bovendien kan de instemming van de ouders, in naam van het kind, met de onthulling van een waarheid die duidelijk in strijd is met zijn belang (schending van zijn recht op een vredig gezinsleven, op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer) geen deel uitmaken van de bevoegdheden van het ouderlijk gezag dat, het zij nogmaals gezegd, uitsluitend uitgeoefend wordt met eerbiediging van dit belang. De in naam van het kind gegeven instemming met dergelijke handelingen is dan ingegeven door de nieuwsgierigheid van de ouders en maakt volgens ons misbruik uit van het ouderlijk gezag, waardoor ook de ouders burgerrechtelijk aansprakelijk gesteld zouden kunnen worden. Een dergelijke toestemming kan volgens ons niet beschouwd worden als een geldige vertegenwoordiging van het kind.

Wij beperken ons ertoe hieraan toe te voegen dat artikel 7 van het Internationaal Verdrag van de rechten van het kind bepaalt dat het kind, voor zover mogelijk, het recht heeft zijn ouders te kennen en door hen te worden opgevoed.

Bij deze tekst kunnen de volgende opmerkingen geformuleerd worden.

Eenzijds kan dit recht om zijn ouders te kennen volgens ons niet losgemaakt worden van het recht om zijn afstamming ten aanzien van hen te doen vaststellen, iets wat onmogelijk is in vele gevallen van clandestien onderzoek naar de afstamming.

Daarnaast kunnen de termen "voor zover mogelijk" begrepen worden in de zin van: "wanneer de wet het niet verhindert." Deze wettelijke hindernissen kunnen ons inziens reeds vastgestelde en onmogelijk te betwisten afstammingen zijn.

Ten slotte kan dit recht van het kind om zijn oorsprong te kennen alleen aangezien worden als een zuiver persoonlijk recht, dat niet vatbaar is voor vertegenwoordiging. In deze omstandigheden is een in naam van het kind door zijn ouders aangevraagd clandestien onderzoek naar zijn oorsprong, ondenkbaar.

Toediening van botulinetoxine (botox)

(16/04/2011)

TREFWOORDEN :

Technieken (Medische-)i – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM :

a133018n

Een televisiezender vraagt wie Botox injecties mag geven, waar dit moet gebeuren en/of er reclame voor gemaakt mag worden.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 16 april 2011 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw vragen betreffende Botox.

Botulinetoxine type A is een werkzame stof van Botox. Deze toxine induceert een verlamming van de dwarsgestreepte spieren

door het blokkeren van de zenuw prikkel ter hoogte van de neuromusculaire overgang.

Botulinetoxine wordt ondermeer toegepast in de neurologie, dermatologie, urologie en oftalmologie. Het wordt ook gebruikt voor esthetische doeleinden.

Er zijn een aantal contra-indicaties gekend en tijdens de behandeling kunnen ongewenste neveneffecten en soms ernstige complicaties optreden.

De Nationale Raad is dan ook van mening dat toediening van Botulinetoxine enkel mag gebeuren door artsen in een medisch-professionele omkadering.

Betreffende uw vraag over reclame verwijst de Nationale Raad naar hoofdstuk III, artikel 12 tot en met 17, van de Code van geneeskundige plichtenleer.

Bijlage : artikel 12 tot en met 17 van de Code van geneeskundige plichtenleer

HOOFDSTUK III
PUBLICITEIT
(Gewijzigd op 21 september 2002)

Art. 12 Mits naleving van de bepalingen van dit hoofdstuk kunnen geneesheren hun medische activiteit kenbaar maken aan het publiek.

Art. 13 §1. De verstrekte informatie dient waarheidsgetrouw, objectief, relevant, verifieerbaar, discreet en duidelijk te zijn. Zij mag in geen geval misleiden. Zij mag niet vergelijkend zijn. Resultaten van onderzoeken en behandelingen mogen niet voor publicitaire doeleinden worden aangewend.

§2. Publiciteit mag het algemeen belang inzake de volksgezondheid niet schaden. Zij mag niet aanzetten tot overbodige onderzoeken of behandelingen.
Ronseling van patiënten is niet toegelaten.
De campagnes voor preventie en vroegdetectie dienen wetenschappelijk onderbouwd te zijn en vereisen de voorafgaande toelating van de bevoegde ordinale instantie.

§3. Bij het voeren van publiciteit dienen de geneesheren de regels van het medisch beroepsgeheim te eerbiedigen.

Art. 14 De verwoording en vormgeving van de publiciteit evenals de hierbij gebruikte methoden en technieken - inclusief internetsites, naam bordes, briefhoofden en vermeldingen in gidsen - moeten beantwoorden aan de bepalingen van artikel 13.

Art. 15 Geneesheren dienen zich daadwerkelijk te verzetten tegen elke door derden gevoerde publiciteit, betreffende hun medische activiteit, die de bepalingen van dit hoofdstuk niet naleeft.

Art. 16 Geneesheren mogen hun medewerking verlenen aan de media met het oog op het verstrekken van medische informatie die belangrijk en nuttig kan zijn voor het publiek.
Hierbij dienen de bepalingen van dit hoofdstuk nageleefd te worden.

De geneesheer zal voorafgaandelijk de provinciale raad waarbij hij ingeschreven is inlichten over zijn medewerking met de media.

Art. 17 Wanneer patiënten door de media betrokken worden bij het informeren van het publiek mogen geneesheren alleen meewerken voor zover de persoonlijke levenssfeer en de waardigheid van deze patiënten geëerbiedigd worden. In die omstandigheden dienen de geneesheren er zich van te vergewissen dat de patiënten volledig geïnformeerd werden en vrij toestemden tot medewerking.

Enquête Test-Aankoop – Kwaliteit van ziekenhuizen (30/04/2011)

TREFWOORDEN :
Ziekenhuizen
DOCUMENTNAAM :
a133020n

Reactie van de Nationale Raad op een enquête van Test-Aankoop over de kwaliteit van ziekenhuizen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 30 april 2011 nam de Nationale Raad van de Orde van geneesheren kennis van het door de Verbruikersunie Test-Aankoop in het kader van een gevoerd onderzoek naar de kwaliteit van ziekenhuizen, aan de dokters toegestuurde vragen(lijst) omtrent "welke naar hun mening de beste ziekenhuizen van België zijn (voor verschillende specialismen)".

De Nationale Raad is van oordeel dat de kwaliteit van ziekenhuizen bezwaarlijk enkel aan de hand van dit type van enquête kan geëvalueerd worden te meer gezien het door de initiatiefnemers zelf vastgesteld, subjectief karakter van de aan de artsen gevraagde beoordelingen.

Gezien deze subjectiviteit tot een zeer vertekend beeld van de werkelijkheid en tot niet-valide resultaten kan leiden, is de Nationale Raad van mening dat het niet aangewezen is aan het verzoek van Test-Aankoop gevolg te geven.

Klinisch apotheker in een ziekenhuis

(30/04/2011)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Dossier (Medisch-) – Geneesmiddelen

DOCUMENTNAAM :

a133021n

De Nationale Raad wordt ondervraagd over de ontwikkeling van de klinische farmacie in België en meer bepaald over de toegang tot het ziekenhuisdossier van de patiënt door de klinische apotheker.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 30 april 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de vraag van dokter X van 10 maart 2010 en het antwoord dat het Bureau u stuurde op 30 september 2010 betreffende de mogelijkheid voor een ziekenhuisapotheker om het medisch en verpleegkundig dossier van een patiënt te raadplegen en er zijn opmerkingen in aan te brengen, nader onderzocht.

Zoals het Bureau aangaf in zijn vorige brief is de rol van de apotheker binnen een verzorgingsinstelling in evolutie en complementair aan de functie van ziekenhuisapotheker komt die van klinisch apotheker.

Het doel dat wordt beoogd is de activiteit van de klinisch apotheker te bevorderen om, in samenwerking met de artsen, het gebruik van geneesmiddelen te optimaliseren.

In België is ze in ontwikkeling sedert enkele jaren dankzij een proefproject dat gesteund wordt door het ministerie van Volksgezondheid.

Uit de evaluatie van het project blijkt dat, opdat de klinische farmacie doeltreffend en gunstig zou zijn voor de patiënt, samenwerking tussen de arts en de klinisch apotheker vereist is en dat het noodzakelijk is dat deze laatste toegang heeft tot het patiëntendossier (medisch en verpleegkundig dossier). Ook moet het mogelijk zijn dat de klinische apotheker er zijn bemerkingen in aanbrengt.

De klinisch apotheker mengt zich niet in de diagnose. Zijn advies heeft betrekking op de geneesmiddelenanamnese, de voorgestelde moleculen en de dosis. Eventueel doet hij voorstellen om de medicamenteuze behandeling aan te passen of te veranderen.

Hij maakt deel uit van het therapeutische team aangezien hij tussenkomt in de behandeling met geneesmiddelen.

De Belgische universiteiten overwegen een opleiding tot klinisch apotheker te creëren. De opleiding zou twee tot drie jaar in beslag nemen, toegankelijk zijn voor de ziekenhuisapotheker en leiden tot een beroepstitel van klinisch apotheker. Deze titel moet nog wettelijk gecreëerd worden.

De Nationale Raad is van mening dat de functie van klinisch apotheker kan bijdragen tot een betere medische verzorging van de patiënt. Hij heeft geen deontologische bezwaren tegen het feit dat de klinisch apotheker het medisch en verpleegkundig dossier van de patiënt raadpleegt met eerbiediging van de regels betreffende het medisch geheim en er zijn opmerkingen in aanbrengt.

Disaster Victim Identification Team (DVI) – Beroepsgeheim

(30/04/2011)

TREFWOORDEN :

Aangifte aan de politie, de gerechtelijke overheid – Beroepsgeheim – Geneeskunde (Gerechtelijke-)– Noodtoestand

DOCUMENTNAAM :

a133022n

Het Disaster Victim Identification (DVI) is werkzaam op twee gebieden, namelijk in zaken waar lijken niet kunnen worden geïdentificeerd door middel van lichaam, haar, kleren enz., en in zaken van vermissingen. In het eerste geval worden gegevens gebruikt die nuttig zijn voor de identificatie (bv uiterlijke beschrijving van de persoon, litten, operaties). In het tweede geval heeft men nood aan gegevens van de vermiste.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 30 april 2011 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de politionele aspecten bij rampenplannen.

Een arts mag medische informatie in verband met of ter vervulling van door de politiediensten verzamelde gegevens voor het identificeren van een lijk in een gesloten omslag via die diensten aan de daartoe door de gerechtelijke overheid gevorderde forensische arts geven.

Wat de vermissing betreft mag een arts de gevraagde gegevens meedelen wanneer hij zich kan beroepen op de noodtoestand waarover hij naar eer en geweten oordeelt.

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. De bekendmaking van het medisch geheim dient beperkend geïnterpreteerd te worden. De arts is nooit verplicht te spreken.

De gegevens van een overleden persoon en van een vermiste persoon moeten vernietigd worden wanneer deze gegevens niet meer nuttig zijn.

Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring (30/04/2011)

TREFWOORDEN :
Huisarts – Wachtdiensten
DOCUMENTNAAM :
A133023n

Op 22 januari 2011 bracht de Nationale Raad een advies uit met betrekking tot de door de huisartsenkring opgelegde verplichting voor alle huisartsen tot deelname aan de week(dag)wacht voor de bevolking.

Een provinciale raad wijst erop dat in zijn provincie tal van artsen de weekwacht voor hun patiënten verzekeren in een grote groepspraktijk of in een netwerk van huisartsen solo of in groep. Bijkomend dienen deze artsen zich dan nog aan te sluiten tot het gebied van het wachtdienstonderdeel dat soms tot 30 km bedraagt.

De provinciale raad heeft vragen bij de haalbaarheid hiervan.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 30 april 2011 besprak de Nationale Raad de gestelde vraag m.b.t. de problematiek over de modaliteiten van de *continuïteit van zorg* voor de patiënt en de meest geschikte invulling daarvan.

1. Er dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen
- *continuïteit van zorg* voor een *praktijkpopulatie* (koninklijk besluit nr. 78, art. 8) verbonden aan de huisartsenpraktijk (en) – ongeacht de praktijkvorm (solo, groep of netwerk) – als een praktijkpermanentie;
- *continuïteit van zorg* voor een ganse *bevolkingsgroep* (koninklijk besluit nr. 78, art. 9.) binnen de huisartsenzone van een huisartsenkring als een huisartsenwachtdienst (cf. definities in het koninklijk besluit van 8 juli 2002, Opdrachten huisartsenkringen, art. 1, 3° en 4°).

2. In het kader van de optimale beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts sluit het verzorgen van *continuïteit van zorg* op louter praktijkniveau de noodzaak niet uit van een ruimer georiënteerde bevolkingswachtdienst.

De huisartsen beschikken over een grote autonomie om modaliteiten voor de *continuïteit van zorg* uit te werken: op het individuele vlak voor de eigen praktijkpopulatie via de voor hen meest geschikte praktijkorganisatie en als beroepsgroep voor de ganse bevolking van de huisartsenzone via de huisartsenkring.

In feite gaat het om dezelfde huisartsen (op praktijk- en op kringniveau) die volgens geëigende en aanvaarde procedures in onderling akkoord bepaalde beslissingen kunnen nemen, dit volgens hun respectievelijke wensen, op die beide niveaus.

3. Er is op heden geen wettelijke noch deontologische verplichting om tijdens de week een bevolkingswachtdienst te organiseren zoals tijdens weekends en feestdagen, alhoewel binnen het bestaande wettelijke kader die mogelijkheid bestaat (koninklijk besluit van 7 juli 2002, Opdrachten huisartsenkringen, art. 5, 1°) en dit de facto uitgevoerd wordt.

Er is tussen beide niveaus een zekere complementariteit ontstaan aangezien huisartsen voor hun individuele verplichting tot continuïteit steeds meer beroep (kunnen) doen – ook tijdens de week – op de bevolkingswachtdienst van de huisartsenkring, wat zich weerspiegelt in de beschikbaarheidshonoraria die voorzien zijn tijdens de wachtdienst ook tijdens de week (vooral avond- en nachtwachtdienst).

4. Voor de individuele *continuïteit van zorg* kan de praktijkpermanentie verschillend zijn voor elke huisarts, o.a. door het gekozen praktijkmodel: voor solo huisartsen via een zelf aangewezen erkende huisarts, via netwerking onder erkende huisartsen, of voor groepspraktijken onder één dak door een andere erkende huisarts van die praktijk. Het kan echter ook via de bevolkingswachtdienst van de huisartsenkring als die ten minste operationeel is tijdens de week.

5. Voor de huisartsenwachtdienst en de organisatie van de *continuïteit van zorg* voor de *bevolking* van een *bepaald territorium* (i.c. een wachtdienstonderdeel of de volledige huisartsenzone van een huisartsenkring) is het absoluut noodzakelijk dat er geen blinde vlekken zijn in dat zorggebied en ook dat er een zekere uniformiteit wordt nagestreefd tussen/met aangrenzende zones.

Dit betekent dat *alle* patiënten uit een bepaald territorium – zelfs diegenen die een huisarts hebben van buiten dat gebied – op een evenwaardige manier beroep moeten kunnen doen op een andere erkende huisarts bij afwezigheid van hun vaste huisarts: dat is sedert lang de algemene regel voor de '*wachtdienst*' tijdens weekends en feestdagen, doch dit vindt geleidelijk ook meer ingang tijdens de weekwacht.

6. Indien hierbij voorgesteld wordt dat die doelstelling zou kunnen gerealiseerd worden tijdens de week via individuele praktijken (solo, groep of netwerken) van datzelfde territorium, dan moet er van uitgegaan worden dat dan ook *alle* praktijken –

zonder onderscheid – *permanent en simultaan* instaan voor hun individuele continuïteit van zorg, en wel dat aansluitend de volledige populatie en het ganse territorium gedekt worden door die samenvoeging van *alle* puzzelstukken van *alle* afzonderlijke praktijkpermanenties.

Dit kan echter geen ‘*wachtdienst*’ genoemd worden aangezien dit wettelijk (koninklijk besluit nr. 78, art. 9, § 1) voorbehouden is aan daartoe opgerichte en erkende beroepsorganisaties zoals de huisartsenkringen.

7. Indien er territoriaal mogelijks enige vergelijking zou kunnen opgaan tussen een *bevolkingswachtdienst* georganiseerd via de huisartsenkring en die som van *alle* individuele *praktijkpermanenties* van een bepaald wachtdienstonderdeel en/of de ganse huisartsenzone van een huisartsenkring, is een bijkomende voorwaarde dat *alle* praktijken ofwel beschikbaar zijn voor *alle* andere patiënten van praktijken buiten hun eigen gebied maar woonachting in hun wachtdienst(onderdeel); ofwel dat ze bereid zijn om zich zelf te verplaatsen buiten het eigen territorium om daar de eigen praktijkpatiënten te verzorgen.

Blijft inderdaad nog de vraag of beide systemen dan parallel of simultaan kunnen bemand worden met voldoende huisartsen, en welk principe de voorkeur wegdraagt in het kader van de kwaliteit, functionaliteit en haalbaarheid.

8. Het is aan de lokale huisartsen om onderling keuzes te maken binnen het gestelde kader van praktische mogelijkheden, wettelijke opdrachten (o.a. de huisartsenkring) en deontologische verplichtingen.

Als de huisartsenkring uit wachtdienstonderdelen bestaat, is het evident dat er eerst een brede consensus – om de bevolkingswachtdienst uit te breiden naar een weekwacht – bereikt wordt per onderdeel alvorens dan de ultieme besluitvorming over te laten aan de algemene vergadering van de organiserende huisartsenkring.

9. De verplichting blijft voor elke huisarts om (toch) deel te nemen aan elke *wachtdienst* indien die op bevolkingsniveau wordt georganiseerd door de huisartsenkring, als een logische consequentie bij de vrijwillige doch doelbewuste invoering van weekwacht door/voor de beroepsgroep via de huisartsenkring.

13

Beroepsgeheim – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap (30/04/2011)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Consent (Fully Informed-) – Personen met een handicap

DOCUMENTNAAM :

a133024n

Sinds 1 oktober 2008 kent de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB) het recht tot bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen toe op basis van het besluit van de Vlaamse Regering van 18 juli 2008 betreffende de professionele integratie van personen met een arbeidshandicap. Dit besluit bepaalt dat personen die medische, psychische of psychologische moeilijkheden ondervinden vrijwillig in een aangepast begeleidingstraject kunnen stappen. Om in aanmerking te komen voor bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen dient de aanvragende patiënt alle nuttige informatie over te maken aan de bevoegde diensten van de VDAB. Deze afgeleverde informatie dient door een arts bevestigd te worden door middel van het formulier “Aanvraag tot medisch/psychisch/psychologische advies, betreffende patiënt”. Verscheidende artsen vragen zich af of het invullen en overmaken van dit formulier geen schending inhoudt van het medisch beroepsgeheim.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 30 april 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren dit kwetsieve formulier en de aanwending ervan onderzocht.

Dit formulier voorziet in de schriftelijke toestemming van de patiënt omtrent het doorgeven van informatie aan de bevoegde diensten van de VDAB in het kader van bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen. De arts dient een beperkte vragenlijst in te vullen omtrent de arbeidshandicap en de te voorziene aanpassingen op de werkplaats.

De Nationale Raad is van oordeel dat de arts bij het opstellen van dit formulier en de aflevering ervan aan de patiënt geen inbreuk maakt op het medisch beroepsgeheim, omwille van de voorafgaande “bevrijdende” toestemming van de patiënt. Aan de modaliteiten noodzakelijk om als “bevrijdende toestemming” te gelden is in deze voldaan, met name de vrije en uitdrukkelijke toestemming van de geïnformeerde patiënt enerzijds en de specifieke aanwending en het relevante karakter van de gevraagde informatie anderzijds.

In de rubriek Vraag en Antwoord vindt u antwoorden van het Bureau van de Nationale Raad op bepaalde vragen.

De redactie van het Tijdschrift meent dat de in deze rubriek opgenomen antwoorden verhelderend kunnen zijn voor een aantal problemen die zich voordoen in de praktijk.

Website www.mijndroomdokter.be (05/04/2011)

TREFWOORDEN :

Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM :

a133015n

De firma Care Talents biedt aan verpleegkundigen jobs aan. Met het oog op het rekruteren van kandidaten voor de door hen aangeboden vacatures organiseerde Care Talents een actie "mijndroomdokter". Verpleegkundigen die op de gelijknamige website hun favoriete dokter nomineren, maken kans op een cheque ter waarde van 2500 euro om een teambuilding activiteit te organiseren voor de winnaar-droomdokter en zijn team van verpleegkundigen.

De Nationale Raad ontving verschillende reacties omtrent het deontologische karakter van een dergelijk initiatief.

ADVIES VAN HET BUREAU VAN DE NATIONALE RAAD :

Het Bureau van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren nam kennis van de door het bedrijf Care Talents onder de benaming "mijn dreamdokter.be" geregistreerde website.

In strijd met de blijkbare overtuiging van de website-initiatiefnemers is er geen zekerheid dat de gegevensinvulling gebeurt door een verpleegkundige, met als gevolg dat de op de website ingegeven informatie in een aantal gevallen niet-controleerbaar en aldus niet-beoordeelbaar is.

Het Bureau van de Nationale Raad kan dan ook het door Care Talents genomen initiatief slechts afkeuren.

Daarenboven is het Bureau van de Nationale Raad van mening dat een arts die akkoord gaat met de procedure beschreven bij "mijndroomdokter.be" zijn deontologische verplichtingen niet eerbiedigt (artikelen 12 tot 17 van hoofdstuk III van de Code van geneeskundige plichtenleer, publiciteit).

De World Medical Association (WMA)

Prof. dr. A. Herchuelz

In samenwerking met het BeVas, dat er het effectief lid van is, neemt de Nationale Raad van de Orde van geneesheren deel aan de werkzaamheden van de WMA. De WMA is een internationale organisatie die artsen uit alle wereldstreken bevat die een grote verscheidenheid aan taal, cultuur en gezondheidssystemen vertegenwoordigen. De WMA werd opgericht met als doel de onafhankelijkheid van de artsen te kunnen waarborgen en de best mogelijke normen te kunnen opstellen inzake medische ethiek en zorg die op elk ogenblik door de artsen wordt verstrekt. De WMA stelt voor de artsen gedragslijnen op in de vorm van verklaringen, resoluties en standpunten.

Tot op heden heeft de WMA 20 verklaringen, 40 resoluties en 60 standpuntinnamen uitgewerkt. Een van de bekendste verklaringen is de Verklaring van Helsinki betreffende experimenten op mensen. Aan de laatste herziening ervan werd een artikel gewijd in het Tijdschrift nr. 125 (<http://www.ordomedic.be/nl/nieuws/tijdschriften>).

In een reeks van artikels zullen de belangrijkste verklaringen, resoluties en standpunten worden gepubliceerd, beginnend met de meest recente.

In dit eerste artikel wordt de werking van de WMA uitgelegd in de vorm van een gids voor de nieuwe leden zodat zij een beter begrip krijgen van de beleidsvorming en de functies van de Raad van de WMA.

(Officieuze vertaling)

Inleiding

Deze gids werd tot stand gebracht om de nieuwe leden een beter inzicht te geven in de beleidsvorming van de WMA en om ze te begeleiden bij hun functie als leider binnen de organisatie.

15

VOORSTELLING VAN DE RAAD VAN DE WORLD MEDICAL ASSOCIATION

Leden van de Raad

De WMA is een unieke internationale entiteit die artsen uit alle wereldstreken bevat die een grote verscheidenheid aan taal, cultuur en gezondheidssystemen vertegenwoordigen. Deel uitmaken van de Raad van de WMA betekent ideeën en ervaringen kunnen uitwisselen, weten welke uitdagingen collega's van andere landen het hoofd dienen te bieden, duurzame vriendschapsbanden sluiten en vooral, een leidersrol vervullen bij de werkzaamheden van de WMA.

De leden van de Raad worden gekozen door de Nationale Artsenverenigingen (NAV) om zitting te hebben in de Raad. De NAV kan naar eigen goeddunken haar vertegenwoordiger vervangen. Doorgaans wordt van een lid van de Raad verwacht dat hij veeleer de mening van zijn NAV vertegenwoordigt dan zijn persoonlijke mening. Dit is evenwel een kwestie die beslecht dient te worden tussen de NAV en de door haar gekozen vertegenwoordiger.

Rol van de Raad

De Raad van de WMA is het orgaan dat de organisatie leidt. Hij is verantwoordelijk voor de uitwerking van de beleidslijnen, voor het vastleggen van de prioriteiten en doelstellingen van de organisatie alsook voor het toezicht op de administratie en de financiën. Voor een volledige beschrijving van de bijzondere verantwoordelijkheden van de Raad, verzoeken wij u kennis te nemen van rubriek E van de WMA-catalogus ('Postes et Fonctionnement') (doc. 5/110).

Hiërarchische relaties

De Raad van de WMA staat onder het gezag van de Algemene Vergadering van de WMA die jaarlijks samenkomt. De Algemene Vergadering van de WMA bestaat uit alle ledenverenigingen van de WMA. Alle belangrijke beleids- en financiële beslissingen alsook alle wijzigingen in de artikelen en statuten van de WMA dienen te worden goedgekeurd door de Algemene Vergadering.

De Vaste Comités van de Raad staan onder het gezag van de Raad in zijn geheel.

De secretaris-generaal staat onder het gezag van de Raad van de WMA.

Verantwoordelijken

Alle leden van de Raad zijn verkiesbaar voor de volgende betrekkingen :

- voorzitter van de Raad
- ondervoorzitter van de Raad
- penningmeester
- voorzitter van het Comité voor Financiën en Planning
- voorzitter van het Comité voor Medische Ethiek
- voorzitter van het Comité voor Medisch-Sociale Aangelegenheden

De verkiezingen voor deze betrekkingen vinden plaats in de eerste vergadering van elk mandaat van de Raad waarvan de duur twee jaar bedraagt. De kandidaten worden aangewezen tijdens de vergadering en er wordt overgegaan tot stemming. De verantwoordelijken van de Raad worden verkozen bij gewone meerderheid.

De voorzitter en de ondervoorzitter hebben stemrecht in de Raad. Zij maken eveneens ambtshalve deel uit van de drie vaste comités met stemrecht. De voorzitter en de ondervoorzitter kunnen niet verkozen worden tot voorzitter van een vast comité.

De voorzitters van de comités zijn verkiesbaar in twee van de drie comités net als alle andere leden van de Raad. Zij hebben geen bijzonder privilege in een van de comités, parallel met datgene waarvoor ze de functie van voorzitter vervullen.

De voorzitter, de verkozen voorzitter en de aftredende voorzitter maken ambtshalve deel uit van de Raad (en van zijn Comités) met spreekrecht maar zonder stemrecht. De voorzitter van de WMA wordt jaarlijks verkozen door de Algemene Vergadering en vervult de functie van verkozen voorzitter gedurende één jaar, die van voorzitter gedurende één jaar en die van aftredende voorzitter gedurende één jaar.

Vaste comités

De comités bestuderen als eersten de voorgestelde beleidslijnen en acties. Vervolgens doen zij aanbevelingen aan de Raad.

De Raad bevat drie vaste comités :

- . Financiën en Planning
- . Medische Ethiek
- . Medisch-sociale aangelegenheden

Samenstelling

De operationele procedures en beleidslijnen van de WMA vereisen dat alle leden van de Raad in ten minste één van de vaste comités zitten, maar niet in meer dan twee. In de praktijk gebeurt het hoogstzelden dat een lid van de Raad maar in één comité zit. Vóór de inwerkingtreding van het mandaat van de Raad zal de secretaris-generaal aan de leden van de Raad vragen te laten weten in welke comités ze zitting willen hebben.

De leden van de Raad mogen deelnemen aan de vergaderingen van een comité ook al maken ze er geen deel van uit. Normaal staat de voorzitter de niet-leden toe te spreken indien zij dit wensen. Toch worden de leden van de Raad ertoe aangezet hun actieve medewerking voor te behouden aan de comités waarvan zij deel uitmaken.

Raadgevers

De officiële raadgevers (niet-leden van de Raad) bij de vaste comités worden benoemd door de Raad voor twee jaar. In elke vergadering van de Raad kunnen nieuwe raadgevers worden benoemd. In de meeste gevallen is het de NAV van iedere kandidaat die ze aanwijst, maar ook het comité of de Raad (of zijn leden) kunnen iemand aanwijzen.

VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN DE LEDEN VAN DE RAAD

Lid zijn van de Raad van de WMA betekent verschillende belangrijke verantwoordelijkheden dragen. De Raad wordt gekozen door de leden van de WMA om de organisatie te leiden en zich in naam van de artsen over de hele wereld uit te spreken wanneer de Algemene Vergadering geen zitting heeft. De leden van de Raad vertegenwoordigen niet alleen hun eigen NAV's in de Raad maar eveneens de WMA en haar leden bij de bevolking en de media. Deelnemen aan de vergaderingen en stemmen over de kwesties van de WMA is weliswaar een belangrijke verantwoordelijkheid, maar de leden van de Raad moeten zich eveneens volledig wijden aan de opdracht van de WMA tussen de vergaderingen.

De WMA promoten

De leden van de WMA moeten van de gelegenheid gebruik maken om de opdracht van de WMA binnen hun eigen organisaties en elders te promoten. De WMA heeft geen groot budget voor public relations en beschikt over weinig personeel voor deze taak. De WMA hangt grotendeels van haar leden en vooral van haar leiders af om de bekendheid van de vereniging te stimuleren.

Ondanks het feit dat de WMA reeds 60 jaar actief is werkt ze soms nu nog in de schaduw van de traditionele internationale gezondheidsgemeenschap en wordt ze vaak verward met de Wereld Gezondheidsorganisatie - zelfs door artsen. Nochtans vertegenwoordigt de WMA het medisch beroep op wereldvlak en haar potentieel als woordvoerder van miljoenen artsen mag niet worden onderschat. Ambassadeur zijn van de WMA, alles in het werk stellen opdat de WMA meer zou worden gehoord op wereldvlak maken deel uit van de voornaamste taken van de leden van de Raad van de WMA. In dit opzicht kunnen de leden van de Raad :

- de WMA actief steunen en de standpunten en beleidslijnen van de WMA binnen hun NAV's verspreiden;
- werken aan een grotere zichtbaarheid van de WMA door :
 - . van de gelegenheid gebruik te maken om over het werk en de rol van de WMA te spreken tijdens openbare tussenkomsten, in het bijzonder bij de media;
 - . artikels te schrijven voor medische tijdschriften;
 - . de collega's ertoe aan te moedigen de WMA te beschouwen als een hulpvereniging.

. de aandacht van de WMA te vestigen op nationale of internationale kwesties of gebeurtenissen die de WMA kan beantwoorden door hetzij haar standpunt bekend te maken hetzij een nieuwe beleidslijn op te stellen.

Financiële en administratieve kwesties

Het secretariaat en de financiële verantwoordelijken werken het hele jaar hard om de meeste administratieve en financiële kwesties te beheren. De belangrijkste verantwoordelijkheid van de leden van de Raad en van het Comité Financiën en Planning bestaat erin de voorstellen en verslagen die worden voorbereid door het secretariaat en de financiële verantwoordelijken te bestuderen en goed te keuren. De leden moeten de vergaderingen bijwonen met een goede kennis van de dossiers en met de bereidheid om opmerkingen en aanbevelingen te formuleren en om te stemmen.

Tussen de vergaderingen door verzetten het secretariaat, de penningmeester en de voorzitter van het Comité Financiën en Planning echter heel wat voorafgaandelijk inhoudelijk werk.

Medische ethiek en medisch-sociale aangelegenheden – beleidsvorming

Het is grotendeels de taak van de Raad en haar Comités om de beleidslijnen van de WMA op te stellen. Wanneer een beleidslijn ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de Algemene Vergadering, zal ze (soms meermaals) ter consultatie meege-deeld zijn geweest aan de NAV's, verschillende keren bestudeerd en herzien zijn geweest door het bevoegde comité van de Raad en goedgekeurd zijn geweest door de Raad.

De beleidsvorming verloopt in de volgende stappen :

1. Een document wordt door een stichtend lid aan het secretariaat bezorgd in een van de drie officiële talen van de WMA (Frans, Engels, Spaans)

2. Het secretariaat :

- evalueert het document om zich ervan te vergewissen dat het geen bestaande beleidslijn herhaalt of tegenspreekt;
- geeft het document uit in een formaat en stijl die leesbaar en toegankelijk is voor iedereen;
- vertaalt het document in de twee andere officiële talen en
- bezorgt het document aan het betrokken comité.

Indien een voorstel een bestaande beleidslijn tegenspreekt of herhaalt, laat het secretariaat dit weten aan de auteur ervan en doet ze suggesties om het voorstel eventueel te herwerken om er een voorstel van amendement van de bestaande beleidslijn van te maken.

3. Het document wordt eerst bestudeerd door het betrokken comité. Meestal beveelt het comité aan het mee te delen aan de NAV's voor commentaar. De leden van de Raad dienen hun NAV's ertoe aan te zetten hun commentaar veeleer schriftelijk bekend te maken aan het comité dan mondeling tijdens de vergaderingen van het comité. Er dient een vergadering te worden gewijd aan de bespreking van de behoorlijk door de NAV's voorgelegde commentaar.

4. De opmerkingen worden bijeengebracht en geanalyseerd door het secretariaat en een geactualiseerd document wordt voorbereid, hetzij door het secretariaat hetzij door een aangewezen verslaggever. De leden van de Raad ontvangen het originele document, de voorgestelde herzieningen en de compilatie van de opmerkingen voor bestudering ervan voor de volgende vergadering.

5. Het comité bestudeert het herziene voorstel. In dit stadium heeft het comité verschillende opties :

- a) indien het document als dusdanig **aanvaardbaar** is voor het comité, kan het comité het goedkeuren;
- b) indien het comité vindt dat het document dient te worden **herwerkt** en denkt dat dit vlug kan gebeuren, kan het de tijd van het comité gebruiken om voort te gaan met de verbeteringen van het document (wat niet wordt aangeraden) of, bij voorkeur, het document doorgeven aan een kleine werkgroep of aan een verslaggever voor herziening. In dit geval dient de werkgroep onmiddellijk van start te gaan met dit werk en een gewijzigd document voor te leggen aan het comité of direct aan de Raad tijdens zijn zitting.
- c) indien het comité meent dat het document **grote herzieningen** vergt die niet kunnen worden uitgevoerd tijdens de zittingsperiode van de Raad, kan het comité eventueel een werkgroep of een verslaggever aanwijzen om de opmerkingen te bestuderen en het document te herzien, dat vervolgens zal worden bestudeerd op de volgende vergadering.
- d) indien **een expertise noodzakelijk wordt geacht** om een zo goed mogelijke beleidslijn te garanderen, kan het comité de hulp inroepen van een bijzondere NAV of van een raadgever van de WMA. Tevens kan het advies worden gevraagd van externe raadgevers.
- e) indien het duidelijk is dat **een consensus ondenkbaar is** of indien het comité meent dat het onderwerp zich niet leent tot het opstellen van een beleidslijn van de WMA, kan het comité aan de Raad aanbevelen het document te verwerpen en het onderwerp te laten vallen. De Raad kan ofwel deze aanbeveling aanvaarden ofwel het comité opdracht geven zijn werkzaamheden dienaangaande voort te zetten.

6) Indien het comité oordeelt dat het document klaar is, zal dit het voorgestelde document aan de Raad voorleggen met de aanbeveling het goed te keuren en het aan de Algemene Vergadering mee te delen voor goedkeuring. Vaak worden sommige van de hier beschreven stappen 3 tot 5 meermaals herhaald voordat het comité meent dat het document klaar is voor studie door de Raad.

- 7) De Raad bestudeert de aanbevelingen van het comité in verband met de goedkeuring van het document. De Raad kan :
- het document amenderen
 - het document terugsturen naar het comité voor herwerking
 - het document goedkeuren en meedelen aan de Algemene Vergadering met de aanbeveling het goed te keuren.

De bovenstaande beschrijving van de beleidsvorming van de WMA is niet exhaustief. De meeste van de voorgestelde beleidslijnen worden aldus behandeld maar soms gebeurt het dat het comité of de Raad kiest voor een andere aanpak.

Consensuele kalender

De vaste comités van de WMA maken gebruik van een “consensuele kalender” voor hun verslagen aan de Raad. Een consensuele kalender is een mechanisme dat uitgedacht werd om te vermijden dat te veel tijd verloren gaat bij de goedkeuring van de aanbevelingen in het verslag. In plaats van deze aanbevelingen één voor één te behandelen, wat inhoudt dat de paragraaf waarop de aanbeveling betrekking heeft, voorgesteld wordt, dat de aanbeveling vermeld wordt, dat de discussie op gang gebracht wordt en dat er gestemd wordt, vraagt de voorzitter aan de leden van het comité indien ze niet akkoord gaan met de aanbevelingen of ze een of meerdere aanbevelingen in het verslag wensen te bespreken of te verwerpen. De paragrafen die discussie vergen of waarover geen akkoord is, worden uit het verslag “verwijderd”. Elk verzoek in deze zin wordt ingewilligd en er hoeft niet over gestemd te worden. De paragrafen hoeven niet aangeduid te worden in chronologische volgorde.

Vervolgens vraagt de voorzitter alle andere aanbevelingen van het verslag (die er niet uit verwijderd werden) goed te keuren. Het comité stemt één keer, voor een goedkeuring in haar geheel en zonder discussie.

Dan behandelt de voorzitter de verwijderde paragrafen afzonderlijk op de klassieke wijze. Deze onderwerpen worden één voor één behandeld, op een klassieke wijze.

Zie hier de werking van een consensuele kalender :

Een verslag bevat 10 paragrafen waarover er aanbevelingen zijn. Een lid van het comité vraagt de paragrafen 3 en 7 te verwijderen. Een ander lid van het comité vraagt hetzelfde voor de paragrafen 2 en 9. Het comité stemt voor de gehele goedkeuring van de andere aanbevelingen (voor de paragrafen 1, 4, 5, 6, 8 en 10). Na deze stemming brengt de voorzitter de discussie en de stemming op gang voor paragraaf 2, vervolgens, 3, dan 7 en ten slotte 9.

ZORGEN VOOR EEN MAXIMALE PRODUCTIVITEIT TIJDENS DE VERGADERINGEN VAN DE COMITES EN DE RAAD

Aangezien het aantal uren dat de leden van de Raad zitting hebben om aan een beleidslijn te werken beperkt is, is het belangrijk dat de leden zowel de inhoud als de historiek van het document op de agenda kennen. Het misschien meest essentiële gegeven om een goed lid te zijn van de Raad, is goed voorbereid naar de vergaderingen te komen. Het secretariaat zet heel wat werk om ervoor te zorgen dat de documenten zo vlug mogelijk worden verwerkt en vertaald om te worden meegedeeld aan de leden van de Raad, verschillende weken vóór de zitting van de Raad. Bedankt om u niet voor te bereiden op het laatste moment, in het vliegtuig of bij het ontbijt op de dag van de vergadering !

Voorstellen en stemmingen

De WMA maakt gebruik van een vrij universele parlementaire procedure. Ieder lid van de Raad kan een motie indienen. Deze motie dient te worden **gesteund** door een ander lid. Indien dit het geval is, brengt de voorzitter het **debat** op gang. Wanneer het debat gesloten is of wanneer er geen debat plaatsvindt, vraagt de voorzitter de leden te **stemmen** door de kaarten op te steken die ze van het secretariaat ontvingen. De voorzitter vraagt om eerst de stemmen “**voor**” te tellen, dan de stemmen “**tegen**” en tot slot de “**onthoudingen**”. Vervolgens verklaart de voorzitter of de motie is **aanvaard** of **verworpen**.

Voor meer uitvoerige details over de parlementaire procedures van de WMA, verzoeken wij u de procedureregels te raadplegen voor alle beraadslaginginstanties van de WMA. U kunt deze regels verkrijgen op het secretariaat.

VOORSTELLEN VAN DE BELEIDSLIJNEN VAN DE WMA

De WMA stelt zijn beleidslijnen voor op verschillende wijzen.

Verklaringen en standpuntinnamen

Een verklaring of standpuntinname is een document dat “het beleid weerspiegelt van de WMA over een onderwerp dat als belangrijk wordt beschouwd, universeel van toepassing is en berust op duurzame beginselen”. De verklaringen hebben een ruimere draagwijdte dan de standpuntinnamen die over meer specifieke of doelgerichte onderwerpen handelen.

Enkele voorbeelden van verklaringen van de WMA :

- . Verklaring van Lissabon over de rechten van de patiënt
- . Verklaring van Helsinki over biomedisch onderzoek op mensen
- . Verklaring van Seoel over de beroepsautonomie en klinische onafhankelijkheid
- . Verklaring over euthanasie

Enkele standpuntinnamen van de WMA :

- . Standpuntinname over ethische vragen betreffende geesteszieke patiënten
- . Standpuntinname over de communicatie en coördinatie van gezondheidsurgenties
- . Standpuntinname over de antibioticaresistentie
- . Standpuntinname over de lichamelijke foullering van gevangenen

Tot op het einde van de jaren 1990 bestonden er geen bijzondere criteria om een verklaring te onderscheiden van een standpuntinname. Daarom werden in de loop der jaren sommige documenten ‘verklaring’ genoemd terwijl het in feite ging over een standpuntinname.

Momenteel worden alle beleidslijnen van de WMA onderworpen aan een uitgebreide analyse en bij de actualisering van bepaalde documenten zou er een herindeling dienen plaats te vinden.

Resoluties

De resoluties geven een reactie weer van de WMA op een bijzondere, doorgaans dringende situatie.

De resoluties volgen dezelfde beleidvormingsprocedure als de verklaringen en standpuntinnamen. Gezien de spoedeisendheid van het onderwerp wordt de procedure evenwel doorgaans versneld en vaak vindt er geen mededeling aan alle NAV's voor commentaar plaats. Indien de NAV's vragen of voorstellen hebben in verband met een resolutie, hebben zij de gehele vrijheid om dit te doen wanneer de documenten ter goedkeuring worden voorgelegd aan de Algemene Vergadering.

Resoluties van de Raad

De Raad kan een “Resolutie van de Raad” aannemen over een belangrijke kwestie die een onmiddellijke actie vergt die niet ten gepaste tijde door de Algemene Vergadering kan worden ondernomen. De resoluties van de Raad kunnen geen aanleiding geven tot geheel nieuwe beleidslijnen. Ze kunnen enkel :

- . een vorige verklaring/standpuntinname/resolutie bevestigen
- . een standpunt uitdrukken dat is ingegeven door de geest van een reeds bestaande beleidslijn of actie van de WMA.

De resoluties van de Raad worden niet opgenomen in de beleidslijnen van de WMA (die worden verzameld in de brochure beleidslijnen van de WMA). Wel kunnen ze worden verspreid op brede schaal. Indien nodig kan de Raad het document in laatste instantie aan de Algemene Vergadering voorleggen ter goedkeuring als “Resolutie van de WMA”.

Documentatie

Soms worden achtergronddocumenten opgesteld om nieuwe onderwerpen te onderzoeken of uiteenlopende meningen over een belangrijk onderwerp nauwkeurig te bekijken. Het doel van deze documentatie is de onderwerpen te analyseren en informatie te verstrekken om de WMA te helpen bij de behandeling van bijzondere punten.

BESLUIT

Deel uitmaken van de Raad van de WMA moet een aangename en vruchtbare ervaring vormen. Het algemeen secretariaat en het personeel van de WMA staan tot uw beschikking om u te informeren en zullen uw best doen om uw eventuele vragen met betrekking tot uw verantwoordelijkheden als lid van de Raad te beantwoorden.

Telefoon : +33 4 50 40 75 75

Fax : +33 4 50 40 59 37

E-mail : wma@wma.net

Voor een grondige analyse van de onderwerpen in deze gids, worden de leden van de Raad verzocht de WMA-catalogus ('Postes et Fonctionnement') te raadplegen die kan worden aangevraagd bij het secretariaat van de WMA.

April 2011

Verslag Vergadering CPME van 27 november 2010 te Brussel

Dr. P. Beke

Dr. R. Kerzmann

Als opening van de vergadering was er een toespraak van de Heer J. Tiedje, van de Europese Commissie, met als onderwerp:

“ The Professional Qualifications Directive- need for modernisation ?”

Hierin stelt de Heer Tiedje dat de voornaamste problemen bij migratie van artsen de problemen zijn omtrent de kwalificaties en de taalproblemen. Daarnaast eveneens de problemen met het doorgeven van informatie betreffende de kwalificaties en de disciplinaire status. De Europese Commissie zou een updating van de huidige problemen bij migratie, zowel van artsen als patiënten willen voorbereiden. Hij verwijst vooral naar “The Berlin Statement” van september 2010. (zie ook de synthese van deze voordracht in de Nota van Dr R.Kerzmann)

Het verslag van de vergadering van de CPME van juni 2010 werd goedgekeurd.

Uit de eigenlijke agenda vermelden we de voornaamste items die werden besproken.

1. De aanpassing van de statuten van de CPME was wellicht het voornaamste agenda punt. Met een ruime meerderheid van 19 tegen 5 stemmen werd de aanpassing goedgekeurd. Het betreft vooral de verlenging van de duur van het mandaat van de voorzitter van 2 jaar naar 3 jaar. Verder de aanpassing van het stemmen en de weging ervan gekaderd in een nieuwe context. Zo zal het aantal stemmen per land afhankelijk zijn van het aantal ingeschreven artsen. Boven de 200.000 artsen vijf stemmen, boven de 100.000 artsen 4 stemmen. Boven de 30.000 artsen 3 stemmen, boven de 10.000 artsen 2 stemmen en onder de 10.000 artsen 1 stem.

Er wordt gehoopt dat de aanpassing van de weging van de stemmen een nieuwe toenadering van de recent uitgetreden landen zoals Spanje, Italië en Frankrijk zou kunnen teweegbrengen.

2. De CPME verleent zijn steun aan het initiatief van de Europese Commissie om de “Tobacco Products Directive (2001/37/EC) te herzien” in het algemeen belang van de volksgezondheid. Het betreft vooral de uitbreiding van producten zoals rookvrije tabak en nicotine vervangproducten die niet veilig zijn zoals ENDS (Electronic Nicotin Delivery Systems) . Het voorstel is dat op lange termijn, alle artsen dienen te verdedigen dat alle tabak en nicotine gevaarlijk is en dat aldus al die producten onder de tabakscontrole dienen te vallen. Publiek gebruik, reclame, sponsering en promotie dienen dan ook verboden te worden.

3. De CPME en de evaluatie en erkenning van professionele kwalificaties (Zie Directive (2005/36/EC). Momenteel blijft er in Europa een duidelijke correlatie bestaan tussen migratie van dokters en de veiligheid van de patiënten. De CPME vestigt er de aandacht op dat het “Berlin Statement” van 13/09/2010 een document is dat de visie van de Europese dokters weergeeft m.b.t. de taal en de objectieven van migrerende artsen en tevens m.b.t. de uitwisseling van informatie over de disciplinaire status van de migrerende artsen. Dit “Berlin Statement” vertolkt de enige en eerste stap om de noodzakelijke veranderingen in het huidige systeem te kunnen veranderen en optimaliseren.

4. Omtrent de e-prescribing en cross-border care (CPME 2010/126) wordt de vraag gesteld wat het effect is van de “patiënt mobility” op de cross-border care, de zorg over de grenzen heen. De CPME heeft een verklaring aangenomen over e-prescribing welke de voorwaarden vastlegt om de preciese identificatie van de betrokkenen , arts en patiënt, te bepalen en ook de voorwaarden van het elektronisch voorschrift. Veilige datasystems, goede interoperabiliteit van de forensische bereidingen , alsook de authenticatie ervan in de Europese markt dienen te worden verzekerd.

5. Betreffende Task-shifting (CPME 2010/128) verdedigt de CPME dat taken moeten kunnen worden doorgegeven aan beroepsbeoefenaren niet-artsen, doch dat dit enkel kan in overleg met en met akkoord van het medisch beroep. Task-shifting kan nooit het interactieve teamwerk tussen dokters en andere beroepsbeoefenaren vervangen .

6. Omtrent de problematiek van de ouder wordende bevolking , “Healty ageing” (CPME 2010/105) roept de CPME op om de demografische veranderingen in Europa op de voet te volgen en aangepaste zorg, gecoördineerde met andere beroeps-groepen te implementeren.

7. Wat de specialiteit “Family Medecin” (CPME 2010/124) betreft herbevestigt de CPME het standpunt dat door enkele Scandinavische landen reeds is voorgesteld dat “Family Medecin” zou algemeen moeten worden erkend als een unieke medische specialiteit .

8. In verband met de Europese Werktijd Directive , de EWTD, (CPME 2010/123) is men niet tot een eensluidende goedkeuring gekomen van de voorliggende tekst, en wordt er in de werkgroep EWTD verder aan gewerkt om de nodige aanpassingen aan de directive (EWTD 2003/88/EC) voor te bereiden, rekening houdende met de vele opmerkingen die werden voorgesteld.

De European Association for Physician Health (EAPH) hield van 1 tot 3 december 2010 zijn tweede internationale conferentie in Barcelona.

S. De Maesschalck
Dr. P. Beke

Ze werd georganiseerd door de Stichting Galatea en trok 98 afgevaardigden aan onder andere uit Australië, Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Finland, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Israël, Italië, Nieuw Zeeland, Noorwegen, Polen, Spanje, Zwitserland, GB en de V.S.

De European Association for Physician Health werd opgericht in november 2008 om een netwerk te creëren voor groepen en individuen die communiceren en samenwerken aangaande de gezondheid van artsen.

Het programma liep over drie dagen, waarbij er plenaire vergaderingen plaatsgrepen waarna aansluitend werkgroepen vergaderden om nabesprekingen te houden over de behandelde thema's.

1 december: Een inleidende "Interactive Session"

- De heer Mike Peters (UK), de heer André Rochfort (Ierland) en de heer Frieder Wurst (Austria) gaven een presentatie over "**Perfectionism in Doctors-is being good enough-enough**"

In de Lancet van 2009 is een artikel gepubliceerd dat meldt dat wanneer artsen ziek zijn, hun prestaties in het gezondheidszorgsysteem suboptimaal kunnen zijn. De gezondheid van de arts komt niet alleen ten goede aan de individuele patiënt, maar ook aan de arts (Lancet 2009; 374: 1714–21). Het gezondheidssysteem meet het welzijn.

Artsen worden vaak geconfronteerd met externe druk. Het publiek wil perfecte artsen, een visie die gebaseerd is op tv-series. Deze druk kan soms leiden tot zelfmoord omdat de arts van mening is dat hij/zij zijn/haar patiënt in de kou laat staan als hij zelf niet perfect is.

Artsen streven naar perfectionisme. Er bestaan twee vormen van perfectionisme, namelijk de normale perfectionisten (stellen hoge normen voor zichzelf, maar passen hun normen aan als de situatie dit vereist) en neurotische perfectionisten (zijn van mening dat hun werk nooit goed genoeg is, waardoor ze zeer onverdraagzaam zijn en uiterst zelfkritisch voor fouten).

Neurotisch perfectionisme leidt vaak tot depressie, misbruik van alcohol en substanties, coronaire hartkwalen, obsessieve-compulsieve stoornis (OCD), zelfmoord en anorexia nervosa.

Volgende vragen stellen zich in deze context. Is goed, goed genoeg? Is perfectie nodig en noodzakelijk? Is middelmatigheid goed genoeg?

De professionalisering van de geneeskunde heeft ertoe geleid dat de arts zich individueel verantwoordelijk voelt om de perfecte zorg te leveren. Deze verantwoordelijkheid blijft bestaan gedurende heel zijn/haar carrière zonder moeheid, frustratie, woede, ziekte. Perfectionisme kan gedreven worden door de vrees voor het mislukken van het vervullen van deze verantwoordelijkheid.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_perfectionism/\\$FILE/Perfectionism+in+doctors.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_perfectionism/$FILE/Perfectionism+in+doctors.pdf)

Plenaire zittingen van 2 december

Thema: "Difficult doctors"

- Mevrouw Gwen Adshead (UK) hield een presentatie over "**Disruption and disorder: personality dysfunction in doctors**".

Het woord "persoonlijkheid" komt van 'persona' wat het masker betekent. Het is de interactie tussen onze individuele ervaring en de sociale wereld.

Een persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een star en duurzaam patroon van gedachten, gevoelens en gedragingen die binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijkt van de verwachtingen. Het start vaak reeds in de kinderjaren.

De artsen genieten sociale eerbied maar hebben ook significante sociale verantwoordelijkheden. Artsen die er niet in slagen om professionele normen te handhaven en sociale zorg te leiden, kunnen schade veroorzaken aan de gezondheidszorg en aan de patiënten.

Er zijn verschillende redenen voor het niet optimaal presteren van artsen: spanningen, verwante problemen, depressie en substantiemisbruik. Één bijzondere manifestatie van slechte prestatie is beschreven als "vernietigend" gedrag of onprofessioneel gedrag. Dit zijn situaties waar de artsen door anderen als nutteloos worden ervaren.

In het verleden werd ruw of vernietigend gedrag getolereerd door de medische diensten en werd het soms gezien als een teken van excentriciteit. Zolang de zorg niet werd gecompromitteerd, werden de artsen die moeilijk deden alleen maar naar een andere dienst overgeplaatst.

De veranderingen ten opzichte van het beroep leiden tot een verandering aangaande de tolerantie van het gedrag van artsen. Studies in de V.S. tonen aan dat vernietigend gedrag vaak met een persoonlijkheidsstoornis wordt geassocieerd of met een niet-gediagnosticeerde depressie (Summer & Ford, 1998; Roback et al 2007).

Asociale of narcistische persoonlijkheidstrekken kunnen bij een goede arts het resultaat zijn van spanningen of traumatische gebeurtenissen thuis of op het werk (Summer & Ford, 1998; Tyssen & Vaglum, 2002; Garelick et al, 2007; Myers & Gabbard, 2008).

Momenteel worden artsen met gedragsproblemen al dan niet geïdentificeerd als een persoon met een gezondheidsprobleem. Als dit het geval is, dan wordt de arts geadviseerd om hulp te zoeken en het gedrag wordt verondersteld bijkomend te zijn aan de ziekte. De arts kan onder medische supervisie worden geplaatst en een medische en soms zelf een psychologische behandeling ondergaan.

Het Engelse Ministerie van Gezondheid heeft in november 2008 het eerste Practitioner Health Programme (PHP) ontwikkeld voor artsen in en rond Londen.

Het probleem van persoonlijkheidsstoornissen is moeilijk te meten. Men schat dat in GB 4% van de artsen persoonlijkheidsstoornissen vertonen, waarvan 1% in erge mate.

Aan de artsen die een gedragsprobleem, "mental disorders" hebben, wordt zelden specifieke hulp aangeboden. Eén uitzondering is de universiteit van Cardiff Deanery die een geïndividualiseerd programma heeft voor artsen met gedragsproblemen. Dit loopt al verscheidene jaren. Hierbij werd de vraag gesteld of men preventief bij de selectie voor medische studies de studenten zou kunnen onderwerpen aan een karakteranalyse om aldus vroegtijdig gedragsproblemen op te sporen.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_disruptive/\\$FILE/Disruptive+and+distressed+doctors+-+Relevance+of+personality+disorder.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_disruptive/$FILE/Disruptive+and+distressed+doctors+-+Relevance+of+personality+disorder.pdf)

- Mevrouw Janet Ballard (UK) hield een presentatie over "**chronic embitterment**."

Chronische verbittering is volgens Linde (2003) een blijvende emotie, met een continu gevoel van teleurstelling en ontgoocheling, faalangst en hulpeloosheid. De patiënt voelt zich vaak beledigd en koestert wraakgevoelens.

Chronische verbittering komt vaak voor. Het is geassocieerd met depressie en diepe bezorgdheid en leidt tot een hoog ziekteverzuim.

Onder het NHS personeel heeft men een studie verricht betreffende chronische verbittering aan de hand van vragenlijsten die na contact met de gezondheidsadviseur of bedrijfsarts ingevuld werden.

De vragenlijst werd ingevuld door 236 personen (56% vrouwen, 66% starters, 68% met een professionele kwalificaties, (29% verpleegsters, 21% gezondheidszorgmedewerkers, 3% artsen)).

Uit deze studie kan men concluderen dat chronische verbittering een belangrijk fenomeen is onder het NHS personeel. Zij worden desgevallend verwezen naar de occupational health (beroepsgezondheid). Chronische verbittering wordt geassocieerd met mislukking van persoonlijke en/of organisatorische hulp en is overwegend aanwezig bij diegene die een toezicht houdende verantwoordelijkheid dragen.

Naar oplossingen toe wordt voorgesteld dat deze patiënten(artsen) vroegtijdig en goed dienen te communiceren, dat er heel kort op de bal dient gespeeld te worden bij vermoeden van enige verbittering.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_chronic/\\$FILE/Chronic+embitterment.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_chronic/$FILE/Chronic+embitterment.pdf)

- Mevrouw Florence Starr (UK) hield een voordracht over "**Deceptive appearances disentangling health and behaviour**".

De NCAS, vroeger de National Clinical Assessment Authority (NCAA), ontstond als speciale gezondheidsdienst in april 2001, na aanbevelingen in Supporting Doctors, Protecting Patients (November 1999), and Assuring the Quality of Medical Practice: Implementing Supporting Doctors, Protecting Patients (January 2001).

De NCAS helpt problemen met de prestaties van tandartsen, artsen en apothekers op te lossen door vertrouwelijk advies en steun aan de gezondheidszorgorganisaties en aan gezondheidszorgbeoefenaars te geven. Het doel is om met alle partijen te werken om de gezondheidszorgbeoefenaar te helpen.

De steun die NCAS verleent, varieert van raad geven over de telefoon tot een volledige beoordeling van de prestaties van de gezondheidszorgbeoefenaar. De NCAS neemt niet de rol over van de werkgever, en functioneert evenmin als regelgever.

Het doel van de beoordeling is het identificeren van de onderliggende persoonlijkheidstrekken en andere factoren die het gedrag van de gezondheidszorgbeoefenaar op het werk kunnen beïnvloeden zoals o.a. depressie, obsessieve-compulsieve stoornis, Asperger's autisme,

De beoordeling gebeurt aan de hand van gesprekken en van psychometrische testen die de bekwaamheid van de patiënt arts willen achterhalen.

Deze testen gaan volgende competenties na: empathie en gevoeligheid, persoonlijke organisatie, mededeling en beïnvloeding, het leiden van anderen, teamworking, stressbestendigheid, openheid, zelfbewustzijn, besluitvorming.

In een geschreven rapport vat NCAS zijn bevindingen, diagnose, prognose en gedragsaanbevelingen samen.

De NCAS heeft als ervaring bij het beoordelen van de gezondheidszorgbeoefenaars dat 94% van de onderzochten een significante moeilijkheid heeft die het gevolg is van hun gedragsbenaderingen, 88% problemen hebben die het gevolg zijn van hun werkomgeving.

De kenmerken van gezondheidszorgbeoefenaars die doorwezen werden, zijn vaak slechte communicatie met collega's, spanningen niet kunnen beheeren, zwakke stressbestendigheid, zwakke klinische vaardigheden, slechte besluitvorming en ongepaste/slechte communicatie met patiënten.

Deze gedragingen beïnvloeden de prestaties van de arts.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_deceptive/\\$FILE/Deceptive+apperances+-+disentangling+health+and+behaviour.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_deceptive/$FILE/Deceptive+apperances+-+disentangling+health+and+behaviour.pdf)

Plenair thema" Doctors in difficulty".

- Mevrouw Lusilla (Spain) presenteerde "**Relapse and readmission among inpatient physicians.**"

- Mevrouw Lusilla is psychiater bij het PAIMM.

Het Integral Care Program for Sick Physicians (PAIMM) werd gecreëerd in 1998 door de Medische Raad van Barcelona samen met het Ministerie van Gezondheid van de Regionale Overheid van Catalonië en de Catalaanse Gezondheidsdienst. Later trad de Catalaanse Medische Vereniging toe.

Het doel van dit programma is, op een integrale manier, aan artsen met geestelijke problemen en/of verslavingen een geschikte behandeling te bieden.

De literatuur toont aan dat sommige artsen opgenomen dienen te worden in een ziekenhuis voor de ontgiftiging van substanties of voor behandelingen bij mentale ziektes. Bekende stressoren zijn o.a. perfectionisme, organisatorische veranderingen op de werkvloer, te hoge verwachtingen, hervormingen...

Het PAIMM heeft onderzoek verricht naar de hoeveelheid patiënten die hervallen na een behandeling.

In de periode van 1999 tot 2007 werden 1024 personen heropgenomen. Daarvan waren 801 personen niet gehospitaliseerd en 493 wel gehospitaliseerd. Van die 493 waren er 335 specialisten, 47 niet specialisten, 23 in opleiding en 88 verpleegsters.

Uit hun onderzoek bleek dat 1/3 van de (arts)patiënten ooit wordt heropgenomen. De helft van de patiënten wordt meer dan eenmaal opgenomen. 1/4 van de heropnames heeft plaats tijdens de eerste drie maanden na het stopzetten van de behandeling. De leeftijd, het geslacht, de ziekte en de lengte van de opname spelen geen rol.

De heropname hield dikwijls verband met echtscheiding, afhankelijkheid van cocaïne, psychotische wanorde, zelfmoordneiging.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_relapse/\\$FILE/Relapse+and+readmission+among+inpatient+physicians.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_relapse/$FILE/Relapse+and+readmission+among+inpatient+physicians.pdf)

- Mevrouw Cohen (UK) gaf een presentatie aangaande "**Doctors and their health**".

Op vraag van de Royal Medical Benevolent Fund verrichtte het Centre for Psychosocial and Disability van de Cardiff University een onderzoek aangaande artsen die complexe gezondheidsproblemen hebben of prestatieproblemen en die uitgesloten worden van de werkplaats.

Werkloos zijn om gelijk welke reden kan een effect hebben op de fysieke en geestelijke gezondheid van een individu. Het is therapeutisch bevorderend als die persoon in een gezond en steunend werkmilieu kan terugkomen.

Hoe langer de persoon niet werkzaam is en afwezig is van de werkvloer, hoe groter de mogelijkheid dat deze persoon psychische problemen zal hebben. Het is dus soms nodig om de werkplaats aan te passen aan het individu. Dit is ook een belangrijk element in de behandeling van de fysieke of mentale problemen.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_doctorsandhealth/\\$FILE/Doctors+and+their+health.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_doctorsandhealth/$FILE/Doctors+and+their+health.pdf)

- De heer José Eduardo Montejo en de heer Miquel Bel (Spain) gaven een presentatie over **“Intensive Day Hospital Program for Substance Use Disorders in Health Care Professionals.”**

Beide zijn psychiaters in het PAIMM.

De filosofie van het PAIMM is gebaseerd op de ethische en deontologische Code van de Spaanse medische vereniging (Organización Médica Colegial). Artikel 19 bepaalt:

“A physician must abstain from all professional activity that exceeds his/her competency. Should such a situation arise, he/she will propose a referral to a colleague who is competent in the matter.

2. If a doctor should observe that because of age, illness or other causes, his/her judgment or technical ability is impaired, he/she must immediately request advice of a trusted colleague so that this latter can help him/her to decide if he/she must suspend or modify his/her professional activity temporarily or definitively.

3. If the doctor were not aware of such deficiencies and these were adverted to by a colleague, the latter has the obligation to tell him/her and, if need be, to inform the Medical Council, objectively and with all due discretion. This action is not to be construed as a lack of the loyalty owed to a fellow-physician, since the welfare of the patients must always be given priority.”

Hun filosofie is niet bestraffend, maar is gebaseerd op vrijwillige toegang, preventie en het bevorderen van rehabilitatie. Het behandelingsprogramma wordt uitgevoerd in de Klinische Eenheid van het PAIMM, een privé ziekenhuis in Barcelona. De klinische Eenheid wordt exclusief gereserveerd voor het PAIMM en bestaat uit diverse secties: een ziekenhuisopname, een dagziekenhuis en ambulante behandelingen.

Men heeft de ervaring dat behandeling in specifieke centra voor gezondheidszorgbeoefenaars positief is voor de behandeling en voor het resultaat. Het hervalcijfer is lager en er is een algemene tevredenheid van de gezondheidszorgbeoefenaars. Er wordt gesproken over specifieke doktersproblemen en vragen, over “Quality of life”, en over familiale tevredenheid.

Waarom is een eigen huis, enkel en alleen voor de behandeling van artsen met problemen zo belangrijk? Confidentialiteit, gesprekken onder artsen, anonimiteit en discretie worden hier vermeld. En de resultaten blijken zeer goed te zijn. 90% volgt het programma volledig en slecht 16% zou hervallen.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_intensive/\\$FILE/Intensive+day+hospital+programme.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_intensive/$FILE/Intensive+day+hospital+programme.pdf)

3 december

Openingsthema : Korte speciale sessie:

- Mevrouw Jenny Firth-Cozens (UK) en de heer Olaf Aasland (Noorwegen) hielden een presentatie aangaande **“Research Doctors’ Health: Looking back, Looking forward”**.

Er is al veel onderzoek verricht aangaande de gezondheid van artsen, maar er zijn diverse zaken die nog onderzocht dienen te worden.

Op het vlak van de organisatie moet nog onderzocht worden wat de kosten zijn van de geestelijke gezondheidsproblemen bij de gezondheidszorgbeoefenaars, de kosteneffectiviteit van het al dan niet behandelen van geestelijke gezondheidsproblemen, de gevolgen voor de beoefenaars/patiënten betreffende de nieuwe methode van werken (hoe zit het met de snelheid van beddenomzet...), hoe organisatorische veranderingen de persoon beïnvloeden.

Daarnaast moet op het vlak van het individu nagegaan worden wat de rol is van de emotionele intelligentie, wat de potentiële individuele risico's zijn, hoe problemen vroeg kunnen ontdekt worden.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_dohealthresearch/\\$FILE/Doctors%27+health+-+research+old+and+new.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_dohealthresearch/$FILE/Doctors%27+health+-+research+old+and+new.pdf)

Plenaire zitting “Prevention and Intervention”.

- De heer Joe Collum (UK) hield een presentatie over de **“European Working Time Directive, Work-Life Balance, and Patient Safety”**.

In 2005 had GB de langste werkweek van heel Europa.

De Europese richtlijn betreffende de arbeidsduur werd reeds in 1998 in de Engelse wetgeving omgezet. De implementatie gebeurde in 2009.

In augustus 2009 zouden de arbeidsuren voor artsen beperkt moeten zijn tot 48 uur per week.

Het NHS North West had dit al ingevoerd in augustus 2008. Zo kon men een vergelijking maken met de andere delen van GB. Men wou nagaan of dit nadelig was voor de patiënt.

Uit het onderzoek bleek dat het gemiddeld verblijf lager was in NHS North West dan in de rest van GB. Er werden niet meer patiënten heropgenomen.

De 48 uur werkweek had blijkbaar geen negatieve invloed op de patiënt en had een positieve invloed op het privéleven van de arts.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_ewtd/\\$FILE/The+European+working+time+directive.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_ewtd/$FILE/The+European+working+time+directive.pdf)

- Mevrouw Karin Isaksson Rø (Noorwegen) hield een presentatie over **“The relationships between coping, job stress and burnout: A three-year prospective study after a counseling intervention for help-seeking physicians.”**

Gezondheidszorgbeoefenaars hebben vaak depressieve symptomen (18-30%), burn-out (27-77%) en zelfmoordneigingen. Vaak zoeken ze geen hulp. Nochtans is hun functioneren belangrijk voor de patiënt, en aldus voor de volksgezondheid.

In Noorwegen, in Modum Bad, bestaat de “Villa Sana”, A Resource Centre for Health Personnel.

De doelstellingen zijn de geestelijke gezondheid en de levenskwaliteit verbeteren en burn out verhinderen.

Er zijn twee soorten van begeleiding: een individuele begeleiding en een vijf-daagse begeleiding.

De individuele begeleiding duurt 6 à 7 uur. Ze bekijken de huidige situatie van de arts (stress, contextuele factoren). Ze leggen de nadruk op strategieën, zelfrespect, onafhankelijkheid, behoeften (op korte en lange termijn: bv. behandeling, ziekteverlof, verandering in de werksituatie).

Bij de langere weekbegeleiding ligt de nadruk meer op fysieke activiteiten, groepsdiscussies, cultureel programma alsook individueel advies.

In deze Villa wordt de arts begeleid, niet behandeld. De arts komt vrijwillig naar de Villa. Er is sprake van een collega-collega, arts-artsrelatie. Er worden geen formele documenten gebruikt. Alles verloopt heel confidencieel en anoniem.

Na drie jaar bestaan van de Villa Sana heeft men onderzoek verricht naar de relatie tussen job, stress en burn-out na een therapie voor hulpbehoevende gezondheidszorgbeoefenaars.

227 artsen die deelnamen aan een interventie in de Villa Sana in de periode 2003 tot 2005 werden gevolgd met een eigen beoordeling bij de start, na één jaar en na drie jaar. 184 artsen (83 mannen, 101 vrouwen) voltooiden de driejarige beoordelingen.

Vaak voorkomende problemen waren emotionele uitputting en spanningen op het werk.

De follow-up van artsen die aan de interventie hebben deelgenomen toonde een beduidende verbetering op het niveau van emotionele uitputting, van de spanningen op het werk, en van emotionele focus na één jaar en na drie jaar in vergelijking bij de start.

De klinische implicatie van deze bevindingen is dat zowel de emotionele verandering als de vermindering van spanning op het werk belangrijk zijn voor acties met artsen om burn-out te verminderen of te verhinderen.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_relationships/\\$FILE/The+relationships+between+coping%2C+job+stress+and+burnout.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_relationships/$FILE/The+relationships+between+coping%2C+job+stress+and+burnout.pdf)

- De heer Eugeni Bruguera en mevrouw María Dolores Braquehais hielden een presentatie over **“Designing interventions for smoking reduction or cessation in Spain”**.

Roken is één van de grootste doodsoorzaken. Personen met mentale stoornissen roken vaker dan personen zonder mentale stoornissen (Coulter et al., London Stationery Office 2000; Lasser et al., JAMA 2000; Morisano et al., Can J Psychiatry 2009).

Artsen worden vaak gezien als personen met een voorbeeldfunctie. Artsen die roken gaan ander en minder krachtig advies geven over stoppen met roken dan niet rokende artsen.

In Spanje roken 1282 gezondheidszorgbeoefenaars (655 artsen en 627 verpleegsters). Bij de artsen zijn 34.5 % mannen en 35.2% vrouwen. Bij de verpleegsters 34 % mannen en 45.2% vrouwen. 35.5% van de gezondheidszorgbeoefenaars zeggen dat zij willen stoppen met roken binnen de twee jaar.

In Catalonië liggen deze cijfers iets lager.

Men kan gebruik maken van het PAIMM om te stoppen met roken. De rokers worden opgenomen om het specifieke programma te volgen.

Het PAIMM maakt gebruik van de strikte Spaanse regelgeving die van kracht is sinds 1 januari 2011. Roken mag niet meer in openbare gebouwen en evenmin op het werk; speciale ruimten voor rokers zijn niet voorzien. In feite mag enkel nog in openlucht, thuis, en mits beperkingen op café en restaurant gerookt worden.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_smoking/\\$FILE/Smoking+reduction+or+cessation.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_smoking/$FILE/Smoking+reduction+or+cessation.pdf)

Besluiten:

De conclusies van deze driedaagse conferentie zijn de volgende:

Algemeen is duidelijk dat, als dokters problemen hebben met hun gezondheid, dit naast de problemen voor zichzelf evenzeer ernstige gevolgen met zich meebrengt voor hun patiënten en dus een gevaar kan betekenen voor de volksgezondheid.

De problemen kunnen hun oorzaak vinden in :

“Mental disorders” als interne factoren.

De persoonlijkheidsstructuur van de arts zelf
Ontgoocheling en de verbittering bij het uitoefenen van zijn taak
Hij kan niet perfect genoeg zijn
Hij is te veeleisend voor zichzelf

“Doctors in difficulty” als externe factoren.
Werkomstandigheden
Slechte communicatie met collega's
Veeleisende taken en verantwoordelijkheden
Te hoge verwachtingen door derden

Hoe dit probleem aanpakken om arts en patiënt te helpen?

Preventief:

Studenten screenen op persoonlijkheidstoornissen
Goede communicatie met collega's beogen
Gezond perfectionisme nastreven is niet gelijk aan perfect zijn.
Werktijden respecteren
Verslavende middelengebruik vermijden
Evenwicht zoeken “quality of life”: op werk, in gezin, sociaal..

Vroege detectie van problemen:

Op de werkvloer door collega's : melding
In de thuissituatie door de familie, partner... melding

Begeleiden naar gezondheid en re-integratie in de werksituatie:

Zo kort mogelijk op de bal spelen
Zo kort mogelijk wegblijven van de werkplaats
Discretie en confidentialiteit nastreven
Liefst onder dokters alleen?
Hetzij beperkt informatief, hetzij intensief tijdens verblijf.

Wat is de taak van de EAPH voor de toekomst?

Optimaliseren van de huidige bestaande programma's die er zijn in:
Spanje, Noorwegen, UK; Frankrijk (begin), Ierland....
Doelstellingen van de EAPH verspreiden over heel Europa en informatie verstrekken aan artsen en instellingen over het belang van de problematiek.
Studieontwerp met Europese aanpak en steun van Europa.
Bestaande projecten analyseren en resultaten registreren
Haalbaarheid in andere landen bestuderen
Europese fondsen aantrekken ter ondersteuning
Efficiëntie van bestaande initiatieven nagaan.

Aandacht vestigen bij artsen en managers en instellingen op het belang van “Health of Doctors”
Jaarlijkse conferentie houden van de EAPH open voor alle Europese landen:
Stand van zaken te evalueren
Informatie uit te wisselen
Verbeteringen aanbrengen.

Volgende Conferentie EAPH : najaar 2011 te Salzburg.



COLOFON

ORDE VAN GENEESHEREN

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

HOOFDREDACTEURS

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

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

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

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.