

# TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

## ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT  
DECEMBER 2011

NR. 135

### INHOUDSTAFEL

#### WOORD VOORAF

1 *Prof. dr. G. Rorive*

#### ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

2 - Advies inzake wetsvoorstellen tot wijziging van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transporteren van organen  
- Uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen  
- Beroepsgeheim – Advies inzake het ontwerp tot wijziging van artikel 458bis van het Strafwetboek  
- Persbericht betreffende het internetplatform [www.verbeterjezorg.be](http://www.verbeterjezorg.be)  
- Publiciteit van artsen via de website [www.vlazoem.be](http://www.vlazoem.be)  
- Beroepsgeheim – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap

#### INTERNATIONALE KRONIEK

10 - Verslag 188<sup>ste</sup> vergadering van de Raad van de WMA – Sydney, Australië, 7 - 9 april 2011  
*Prof. dr. A. Herchuelz*

21 - Verslag CPME (Comité Permanent des Médecins Européens - Permanent Comité van Europese Artsen) Board meeting – Brussel, 29 en 30 april 2011  
*Dr. P. Beke*

In de vergaderingen van september en oktober 2011 bracht de Nationale Raad niet zoveel adviezen uit, maar de onderwerpen zijn wel allemaal uiterst interessant en zouden elk op zich stof kunnen vormen voor een volledig woord vooraf. De korte voorstelling ervan heeft dan ook alleen maar tot doel de nieuwsgierigheid te wekken en aan te zetten tot de lezing ervan.

Het eerste advies antwoordt op een vraag om advies van de voorzitters van de verenigde commissies voor de Justitie en voor de Sociale Aangelegenheden aangaande enkele wetsvoorstellen tot wijziging van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen. Deze wet bepaalt dat “organen mogen worden weggenomen bij al wie in het bevolkingsregister is ingeschreven, behalve indien vaststaat dat tegen een dergelijke wegneming verzet is geuit.”

Het verzet tegen of de uitdrukkelijke wilsuïting tot orgaandonatie kan te kennen gegeven worden bij de gemeentelijke overheid. Een van de wetsvoorstellen voorziet erin deze mogelijkheid uit te breiden tot de huisarts die het globaal medisch dossier van de betrokkene beheert en dit via het eHealth-platform. De Nationale Raad onderstreept de voordelen van dit voorstel, maar legt er de nadruk op dat het belangrijk is te werken met éénzelfde databank en dat vermeden moet worden dat dit initiatief het systeem van onuitgesproken toestemming (opting out), dat het voor België mogelijk gemaakt heeft één van de hoogste donorpercentages ter wereld te hebben, op termijn vervangen wordt door een systeem van impliciete toestemming (opting in) zoals in de buurlanden.

Een ander deel van deze wetsvoorstellen heeft tot doel de orgaanhandel en het transplantatietoerisme waarop de media regelmatig zinspelen, op meer specifieke manier strafbaar te stellen. De Nationale Raad sluit zich aan bij dit initiatief, maar stelt zich vragen over de respectieve verantwoordelijkheid van de verschillende actoren bij deze donorhandel, de donor, alle tussenpersonen en de ontvanger.

In een advies van 8 mei 2010 besloot de Nationale Raad dat hij geen rechtvaardigingsgrond zag voor een bijzondere en algemene labeling bij besmettelijke ziekten in een ziekenhuis omdat het leidt tot schending van het medisch geheim en stigmatisatie van de patiënt. Naar aanleiding van de reactie van een provinciale raad preciseert de Nationale Raad dat een labelingsysteem dat de pathologie van de patiënt kenbaar maakt ten aanzien van personen die niet bij de zorg betrokken zijn onaanvaardbaar is. Wel is het toegelaten een teken aan te brengen dat erop wijst dat de patiënt een besmettelijke aandoening heeft.

Het derde advies heeft betrekking op artikel 6 van het wetsontwerp tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, die uitgevaardigd werd ingevolge de parlementaire commissie over deze feiten. Dit voorstel strekt ertoe artikel 458*bis* van het Strafwetboek te vervangen zodat het spreekrecht - het recht om het geheim te verbreken - van de bewaarder ervan, in casu de arts, verruimd wordt. In het advies van 11 december 2010, Aangifte kindermishandeling : de arts tussen wet en Code, herinnerde de Nationale Raad eraan dat de arts de procureur des Konings kan inlichten ingeval hij kennis heeft van ernstige misdrijven gepleegd op minderjarigen, mits aan drie voorwaarden voldaan wordt :

1. dat hij zelf het slachtoffer onderzocht heeft of in vertrouwen genomen heeft;
2. dat er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische en/of fysieke integriteit van het slachtoffer ;
3. dat hij deze integriteit zelf of met hulp van anderen niet kan beschermen.

Het wetsontwerp heeft tot doel deze criteria te wijzigen door het eerste uit te breiden tot het geheim onthuld door de dader van het misdrijf of door een derde en door uitdrukkelijk aan te geven dat, om de melding te doen, het voor de bewaarder van het geheim niet langer nodig is dat hij het slachtoffer onderzocht heeft of vertrouwelijke mededelingen van deze laatste ontvangen heeft. Ofschoon deze wijziging de rechtsveiligheid van de arts verbetert, beklemtoont de Nationale Raad dat het systematisch gebruik maken van het spreekrecht de patiënten, daders maar ook slachtoffers, ervan zou kunnen weerhouden een beroep te doen op medische zorg. Volgens de Nationale Raad dient het in dit ontwerp bepaalde spreekrecht gebruikt te worden als een ultimum remedium en zou het geen verplichting mogen worden de procureur des Konings in te lichten. Het wetsontwerp voorziet bovendien in een uitbreiding van artikel 458*bis* van het Strafwetboek tot personen die kwetsbaar zijn wegens hun leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid, in navolging van wat sedert 2002 bepaald wordt in paragraaf 2 van artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer.

In een vierde advies spreekt de Nationale Raad nadrukkelijk zijn afkeuring uit over het platform [www.verbeterjezorg.be](http://www.verbeterjezorg.be), dat de mogelijkheid biedt ervaringen omtrent artsen en andere zorgverstrekkers te melden. De Nationale Raad heeft geen principieel bezwaar tegen de beoordeling van artsen, bijvoorbeeld door de tuchtraden of ombudsdiensten, maar keurt het af dat informatie gepubliceerd wordt die niet gecontroleerd kan worden, geen enkele waarborg inzake correctheid biedt, de reputatie van de arts kan aantasten en de vertrouwensverhouding arts-patiënt schade kan toebrengen.

In een ander advies meent de Nationale Raad dat de publicatie op de site [www.vlazoem.be](http://www.vlazoem.be) van een lijst van artsen die bevoegd zijn om hiv-patiënten te behandelen strijdig is met de deontologie. Hij meent dat de lijst niet noodzakelijk exhaustief is en dat het moeilijk is om de activiteit en de veranderingen in de bekwaamheden van de vermelde artsen op de voet te volgen.

In een advies van 30 april 2011 betreffende informatie die door de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling gevraagd wordt, was de Nationale Raad van oordeel dat de arts bij het opstellen van het formulier en de aflevering ervan aan de

patiënt geen inbreuk maakt op het medisch beroepsgeheim, omwille van de voorafgaande "bevrijdende" toestemming van de patiënt. Een provinciale raad vraagt verduidelijking van het begrip "bevrijdende" toestemming in het licht van artikel 64 van de Code van geneeskundige plichtenleer, dat bepaalt dat de verklaring van een zieke waarbij hij de geneesheer van zijn zwijgplicht ontheft, niet volstaat om de geneesheer van zijn verplichting te ontslaan.

In een recent advies preciseert de Nationale Raad zijn standpunt en wijst hij op de summiere vraagstelling en het belang ervan om gehandicapte patiënten weer aan het werk te zetten. De Nationale Raad is momenteel bezig met een herwerking van de Code waarbij rekening gehouden zal worden met de maatschappelijke evolutie en met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Ik hoop dat deze korte samenvattingen u ertoe zullen aanzetten deze belangrijke adviezen aandachtig door te nemen.

*Prof. dr. Georges RORIVE,  
Hoofdredacteur*

## VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 17 SEPTEMBER EN 29 OKTOBER 2011

Advies inzake wetsvoorstellen tot wijziging van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transporteren van organen (17/09/2011)  
Uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen (17/09/2011)  
Beroepsgeheim – Advies inzake ontwerp tot wijziging van artikel 458bis van het Strafwetboek (17/09/2011)  
Persbericht betreffende het internetplatform [www.verbeterjezorg.be](http://www.verbeterjezorg.be) (29/10/2011)  
Publiciteit van artsen via de website [www.vlazoem.be](http://www.vlazoem.be) (29/10/2011)  
Beroepsgeheim – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap (29/10/2011)

Voor de wetteksten zie : [www.juridat.be](http://www.juridat.be) / [www.just.fgov.be](http://www.just.fgov.be)

3

### **Advies inzake wetsvoorstellen tot wijziging van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen** (17/09/2011)

TREFWOORDEN :  
Orgaandonatie – Transplantatie  
DOCUMENTNAAM :  
a135001n

*Brief aan de verenigde commissies voor de Justitie en voor de Sociale Aangelegenheden van de Belgische Senaat.*

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

In zijn vergadering van 17 september 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 5 juli 2011 en ook de verschillende wetsvoorstellen tot wijziging van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen bestudeerd. Hij analyseerde eveneens de verslagen van de hoorzittingen naar aanleiding hiervan voor de commissie van Sociale Zaken en ook het advies nr. 50 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 9 mei 2011 betreffende bepaalde ethische aspecten van de wijzigingen door de wet van 25 februari 2007 aangebracht aan de wet van 13 juni 1986. Hij vond het niet opportuun elk van de wetsvoorstellen, die soms over hetzelfde onderwerp gaan, in detail te bespreken en beperkt zich in dit advies tot het geven van commentaar en aanbevelingen over de verschillende aspecten behandeld in deze teksten.

#### **1. Gebruik van het eHealthplatform voor het registreren van orgaandonatie**

De hierboven genoemde wet van 13 juni 1986 bepaalt in artikel 10 betreffende de wegneming na overlijden :  
“Organen, bestemd voor transplantatie, alsmede voor de bereiding, (...) van therapeutische bestanddelen, mogen worden weggenomen bij al wie in het bevolkingsregister of sedert meer dan zes maanden in het vreemdelingenregister is ingeschreven, behalve indien vaststaat dat tegen een dergelijke wegneming verzet is geuit”.

Deze procedure van onuitgesproken toestemming (opting out) heeft het voor België mogelijk gemaakt één van de hoogste donorpercentages te hebben : 25 per miljoen inwoners per jaar. De wachtlijsten blijven echter lang en een niet te verwaarlozen percentage patiënten overlijdt alvorens toegang te hebben tot een transplantatie.

Het verzet tegen of de uitdrukkelijke wilsuïting tot orgaandonatie kan te kennen gegeven worden bij de gemeentelijke overheid en kan genoteerd worden door de diensten van het Rijksregister. Het wetsvoorstel tot het gebruik van het eHealth-platform voor het registreren van orgaandonatie (Parlementaire Stukken, Sen., nr. 5.666/1, art. 2) breidt deze mogelijkheid uit tot de huisarts die het globaal medisch dossier van de betrokkene beheert en dit via het eHealth-platform.

De Nationale Raad heeft geen principiële bezwaar tegen dit voorstel dat verschillende voordelen biedt. De kennis die de huisarts van zijn patiënt heeft laat hem toe aan deze laatste raad te geven over het belang en de betekenis van zijn standpuntinname. De huisarts is competentere dan de gemeentebestuurder om vragen afdoende te beantwoorden. We kunnen hopen op die manier het aantal uitdrukkelijke wilsuïtingen tot donatie te verhogen, bepaalde weigeringen gemotiveerd door onwetendheid, misverstanden of vooroordelen te vermijden en de bevolking bewust te maken van het belang en het altruïstische karakter van de orgaandonatie. Bepaalde punten van het voorstel dienen echter verduidelijkt te worden.

a.

De verklaringen verzameld door de gemeentelijke overheden en door de huisartsen moeten opgeslagen worden in eenzelfde databank bijvoorbeeld deze beheerd door het Rijksregister, en waarvan de toegang beperkt moet worden tot de bevoegde personen.

b.

Zal de tussenkomst van de huisarts zich beperken tot het antwoorden op de spontane vragen van de patiënt of moet ze systematisch zijn zoals dit het geval is in Nederland? In deze tweede eventualiteit is het risico groot het aantal verzetgevallen te zien toenemen en het huidige systeem van onuitgesproken toestemming (opting out), dat zijn doeltreffendheid bewezen heeft, progressief te vervangen door een systeem van impliciete toestemming (opting in) zoals in de buurlanden, wat een daling van het aantal donors zou kunnen meebrengen. De Nationale Raad sluit zich aan bij de vertegenwoordigers van de transplantatieteams om te vragen dat het principe van de onuitgesproken toestemming het basisprincipe blijft van de wetgeving betreffende het wegnemen van organen na het overlijden.

c.

De procedure moet eenvoudig zijn om de administratieve last van de huisartsen niet te verzwaren.

d.

Tot slot, hoewel de huisarts een betere kennis en een grotere ervaring heeft van de transplantatie en van de psychologie van zijn patiënt dan de gemeenteambtenaar, lijkt het toch nuttig dat er een bijkomende opleiding verzorgd wordt.

## 2. Schrappen van artikel 6, §2 toegevoegd in de wet van 13 juni 1986 door de wet van 25 februari 2007

Artikel 6, §2, uit hoofdstuk II gewijd aan de wegneming bij levenden stelt :

*“Indien een persoon die de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, wegens zijn geestestoestand niet bij machte is zijn wil te uiten, is voor het wegnemen (...) de instemming vereist van de wettelijke (...) vertegenwoordiger (...)”*  
en is het voorwerp van controverse.

Deze bepaling negeert inderdaad het recht op zelfbeschikking dat elke persoon bezit en schendt verschillende internationale conventies die bepalen dat *een ingreep in het domein van de gezondheid op een persoon die niet bekwaam is zijn toestemming te geven slechts kan uitgevoerd worden indien deze in zijn rechtstreeks voordeel is* (Verklaring van Oviedo over de rechten van de mens en de biogeneeskunde van 1997, artikel 6).

Zoals het advies nr. 50 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek het in detail bespreekt, zou het zonder meer weglaten van dit artikel echter moeilijkheden kunnen veroorzaken doordat het afnemen van regeneratieve weefsels, zoals hematopoëtisch merg en circulerende stamcellen, niet meer toegelaten zal zijn. Deze verwijderingen houden slechts kleine risico's in voor de levende donor en, in sommige omstandigheden, bijvoorbeeld transplantatie bij een broer of een zus, kunnen ze voordelen bieden ten opzichte van weefsel afgenomen bij andere donors. Deze situatie dient voorafgaand te worden voorgelegd aan het oordeel van een multidisciplinaire commissie onafhankelijk van het transplantatieteam. De onbekwame patiënt dient altijd betrokken te worden bij de beslissing rekening houdend met zijn begrips- en beoordelingsvermogen.

## 3. Oprichten van een transplantatienetwerk in België

Een analyse van de activiteit van de intensieve zorgeenheden, gerealiseerd door de FOD Volksgezondheid, toont aan dat de verhouding wegnemingen van organen ten opzichte van het totaal aantal sterfgevallen sterk varieert naargelang de ziekenhuizen. We kunnen hieruit besluiten dat bepaalde ziekenhuizen meer inspanningen doen dan andere om organen weg te nemen met het oog op een transplantatie. Het advies van de Nationale Raad van 14 december 1991 (TNR nr. 55, p. 31) illustreert de moeilijkheden die soms voorkomen. Het wetsvoorstel tot oprichting van een transplantatienetwerk in België (Parlementaire Stukken, Sen., nr. 5.667/1) bestaat uit het creëren van een transplantatienetwerk om de ziekenhuizen te helpen bij het opsporen van potentiële donors en bij hun begeleiding. Het voorziet dat een samenwerkingsakkoord met een transplantatiecentrum in de toekomst een erkenningscriterium van de ziekenhuizen zou kunnen zijn.

Naar aanleiding van de Europese Richtlijn 2010/53/EU van het Europees Parlement en de Raad van 7 juli 2010 inzake kwaliteits- en veiligheidsnormen voor menselijke organen, bestemd voor transplantatie, heeft de FOD Volksgezondheid aan alle ziekenhuizen met een donorpotentieel reeds een brief gestuurd om de financiering voor te stellen van een coördinatienetwerk voor de transplantatie. De Nationale Raad stelt voor de impact van dit initiatief, de voordelen en de toepassingsmoeilijkheden ervan te meten alvorens de deelname van de ziekenhuizen aan een transplantatienetwerk, waarvan het nut niettemin wel degelijk bewezen is, dwingend te maken. Het is ook aangeraden de agressiviteit van het systeem aangenomen in Spanje te vermijden, waar de plaatselijke coördinatoren zich in een ware jacht op donors storten omwille van het financiële voordeel dat ze eruit kunnen halen, wat strijdig is met artikel 10 van de Code van de geneeskundige plichtenleer en met artikel 4, §1, van de hierboven geciteerde wet van 13 juni 1986.

## 4. Voorstellen om de orgaanhandel en het transplantatietoerisme af te keuren

De orgaanhandel en het transplantatietoerisme zijn in België strafbaar met toepassing van de artikels 17 tot 19 van de wet van 13 juni 1986 en van artikel 433 *quinquies*, §1, 4°, van het Strafwetboek dat deel uitmaakt van het hoofdstuk over de mensenhandel. Het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen, teneinde de transplantatie van onrechtmatig weggenomen organen strafbaar te stellen (Parlementaire Stukken, Sen., nr. 5.922/1), streeft ernaar ieder die een orgaan afstaat of een transplantatie uitvoert met commerciële doeleinden of die er voordeel uit haalt op meer specifieke manier te kunnen bestraffen.

De Nationale Raad sluit zich aan bij dit initiatief dat de wetgeving inzake het voorkomen en bestraffen van deze praktijken die onwettig zijn en in strijd met de deontologie en de ethiek versterkt. Deze praktijken die vaak veroordeeld worden in de media en door de Verklaring van Istanbul van 2 mei 2008 betreffende orgaanhandel en orgaantoerisme, kunnen de goede faam van de transplantatie schaden, de motivering van de vrijwillige donors doen afnemen en hierdoor de therapeutische mogelijkheden

aantasten.

De Nationale Raad stelt zich echter vragen over de respectieve verantwoordelijkheden van de verschillende actoren betrokken in deze praktijken. De verantwoordelijkheid van de personen die de donors ronselen en die er vaak winst uit halen, en ook die van de artsen die een orgaan transplanteren waarvan ze de illegale oorsprong kennen lijdt geen twijfel en moet gestraft worden. Moet er daarentegen geen rekening gehouden worden met het feit dat de donor zeer vaak dwang onderging of in de orgaandonatie een middel zag om aan een moeilijke socio-economische situatie te ontsnappen ?

In hoeverre is een Indische boer die een nier verkoopt om zijn familie te voeden of de studies van zijn kinderen te betalen schuldig ?

Evenzo, kunnen er geen verzachtende omstandigheden ingeroepen worden voor de ontvanger wiens gezondheidstoestand achteruitgaat terwijl hij sinds lange tijd op een transplantatiewachtlIJst staat ?

Een repressieve wetgeving waarvan de Nationale Raad het belang erkent zou met deze nuances moeten rekening houden.

## **Uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen** (17/09/2011)

TREFWOORDEN :

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

DOCUMENTNAAM :

a135004n

*Een provinciale raad vraagt de Nationale Raad enige verduidelijking bij het advies “uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen” van 8 mei 2010 (TNR nr 130) gezien deze provinciale raad van mening is dat het verbieden van labeling in alle omstandigheden moeilijk te verdedigen is.*

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

De Nationale Raad onderzocht in zijn vergadering van 17 september 2011 opnieuw zijn advies van 8 mei 2010 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 130) betreffende de problematiek van de uniforme publieke labeling bij besmettelijke aandoeningen in de ziekenhuizen.

Hij besloot de tweede alinea van dit advies als volgt te verduidelijken :

De Nationale Raad is van mening dat een labelingsysteem **dat de pathologie van de patiënt kenbaar maakt ten aanzien van personen die niet bij de zorg betrokken zijn** onaanvaardbaar is : het betekent een schending van het medisch geheim, een aantasting van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en een stigmatisatie van de patiënt. De bezoekers en de personen die niet deelnemen aan de verzorging mogen geen toegang hebben tot dergelijke informatie.

## **Beroepsgeheim – Advies inzake ontwerp tot wijziging van artikel 458bis van het Strafwetboek** (17/09/2011)

TREFWOORDEN :

*Beroepsgeheim - Mishandeling van een kind, een zieke, een gehandicapte, een bejaarde – Onbekwame personen – Pedofilie -*

*Seksueel misbruik*

DOCUMENTNAAM :

a135005n

*Brief aan meerdere Belgische senatoren m.b.t. artikel 6 van het wetsontwerp tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, (tekst aangenomen door de Kamer van Vertegenwoordigers op 20 juli 2011 - Parlementair document 53 K1639/005).*

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

In zijn vergadering van 17 september 2011 onderzocht de Nationale Raad van de Orde van geneesheren artikel 6 van het wetsontwerp tot wijziging van de wetgeving wat de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie betreft, (tekst aangenomen door de Kamer van Vertegenwoordigers op 20 juli 2011 - Parlementair document 53 K1639/005).

Dit artikel 6 strekt ertoe het artikel 458bis van het Strafwetboek te vervangen zodat het spreekrecht (het recht om het geheim te verbreken) van de bewaarder ervan verruimd wordt.

1° Momenteel stelt artikel 458bis van het Strafwetboek :

*Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en die hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, op voorwaarde dat hij het slachtoffer heeft onderzocht of door het slachtoffer in vertrouwen werd genomen, er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokkene en hij deze integriteit zelf of met*

*hulp van anderen niet kan beschermen.*

Het artikel 458*bis* voorgesteld door het voornoemde wetsontwerp bepaalt :

*Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen, hetzij wanneer er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.*

De verschillen tussen het huidige artikel 458*bis* van het Strafwetboek en het artikel in ontwerp zijn de volgende :

- Het toepassingsgebied van artikel 458*bis* wordt uitgebreid tot de misdrijven gepleegd op een kwetsbare meerderjarige persoon, terwijl de huidige tekst enkel gaat over de misdrijven gepleegd op minderjarigen.

- Het toepassingsgebied van artikel 458*bis* wordt uitgebreid tot het geheim onthuld door de dader van het misdrijf of door een derde, en is niet langer beperkt tot het geheim dat aan de bewaarnemer van het geheim bekend is door het onderzoek of door de vertrouwelijke mededelingen van het slachtoffer.

- Tot slot, het recht van de bewaarder van het geheim de procureur des Konings in te lichten wordt uitgebreid tot de situatie waarin er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of kwetsbare personen het slachtoffer worden van misdrijven bedoeld in artikel 458*bis*.

Artikel 422*bis* van het Strafwetboek waarnaar artikel 458*bis* van hetzelfde wetboek verwijst, bepaalt dat

*Met gevangenisstraf (...) wordt gestraft hij die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, hetzij hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, hetzij die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen.*  
(...)

Het doel van artikel 422*bis* is het bestraffen van het feit geen hulp te verlenen aan iemand die in groot gevaar verkeert. Naargelang van het geval kan deze hulp erin bestaan de openbare overheid in te lichten, maar ze kan ook van een totaal andere aard zijn.

Dit artikel laat de geneesheer die vaststelt dat een persoon blootgesteld is aan ernstig gevaar toe de procureur des Konings daarvan in kennis te stellen voordat het gevaar werkelijkheid wordt.

Het doel van het ontwerpartikel 458*bis* is aan de bewaarder van het geheim spreekrecht te geven, d.i. het recht de procureur des Konings in te lichten wanneer een bepaald misdrijf gepleegd werd en het slachtoffer blootgesteld is aan een groot gevaar of er ernstige aanwijzingen zijn dat andere personen het slachtoffer zouden worden van het strafbare gedrag.

2° De Code van geneeskundige plichtenleer stelt in dit verband in artikel 61, §§ 1 en 2 :

**§1.** *Als een geneesheer vermoedt dat een kind wordt mishandeld, seksueel wordt misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd dient hij te opteren voor een multidisciplinaire benadering zoals bijvoorbeeld de inschakeling van een voor die problematiek opgerichte specifieke voorziening.*

*Indien een geneesheer vaststelt dat een kind in ernstig gevaar verkeert dient hij onmiddellijk het nodige te doen om het kind te beschermen. Indien het gevaar dreigend is en er geen andere middelen zijn om het kind te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen.*

*De ouders of de voogd van het kind zullen door de geneesheer geïnformeerd worden over zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen tenzij dit de belangen van het kind kan schaden.*

*Alvorens om het even welk initiatief te nemen, dient de geneesheer voorafgaandelijk met het kind te overleggen in de mate dat zijn onderscheidingsvermogen dit toelaat.*

**§2.** *Als een geneesheer vermoedt dat een door ziekte, handicap of leeftijd weerloze patiënt wordt mishandeld, misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd zal hij, indien de verstandelijke mogelijkheden van de patiënt dit toelaten, zijn bevindingen met de patiënt bespreken. De geneesheer zal de patiënt ertoe aansporen zelf de nodige initiatieven te nemen, zoals onder meer het informeren van zijn naaste verwanten.*

*Indien deze bespreking met de patiënt niet mogelijk is, kan de behandelend geneesheer met een terzake bevoegde collega overleggen aangaande diagnostiek en benadering van de problematiek.*

*Indien de patiënt in ernstig gevaar verkeert en er geen andere middelen zijn om hem te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen.*

*De geneesheer zal de naaste verwanten in kennis stellen van zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen om de patiënt te beschermen indien dit de belangen van deze laatste niet schaadt.*

De Code van geneeskundige plichtenleer overweegt twee hypothesen: deze van de mishandeling van een minderjarige en deze van de mishandeling van andere weerloze personen.

Hij onderscheidt trouwens verschillende houdingen naargelang de arts de mishandeling vermoedt of het ernstige gevaar vaststelt.

Het ontwerp van artikel 458*bis* behoudt als voorwaarde voor het opheffen van het beroepsgeheim dat een misdrijf reeds werd

gepleegd. Het preventief kennisgeven van elk misdrijf is dus niet mogelijk op basis van het huidige en het ontwerpartikel 458bis van het Strafwetboek.

Artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer is dus ruimer en beoogt eveneens de hypothese waarbij een misdrijf nog niet gepleegd werd. Artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer baseert zich op de artikels 422bis en 458bis van het Strafwetboek maar ook op het begrip van de noodtoestand. De noodtoestand wordt gedefinieerd als een uitzonderlijke situatie waarin het schenden van strafrechtelijke bepalingen (in casu artikel 458 van het Strafwetboek) en van juridische waarden en belangen die strafrechtelijk beschermd zijn het enige middel is om andere, hogere juridische waarden en belangen te behoeden.

De Nationale Raad verwijst naar zijn advies van 11 december 2010 (TNR nr. 132) met als titel "Aangifte kindermishandeling : de arts tussen wet en Code" waarin hij de toepassing van artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer in detail beschrijft.

3° De Nationale Raad stelt vast dat het wetsontwerp, naar het voorbeeld van de Code van geneeskundige plichtenleer, het toepassingsgebied van artikel 458bis van het Strafwetboek, en dus het spreekrecht van de bewaarder van het geheim, veruimt tot de misdrijven gepleegd op een weerloos persoon.

Het wetsontwerp geeft uitdrukkelijk aan dat, om de melding te doen, het voor de bewaarder van het geheim niet langer nodig is dat hij het slachtoffer onderzocht heeft of vertrouwelijke mededelingen van deze laatste ontvangen heeft.

Hierdoor verbetert het wetsontwerp de rechtsveiligheid van de arts die, in de uitoefening van zijn beroep, van een patiënt of van een derde verneemt dat er een misdrijf is gepleegd op een minderjarige of kwetsbare persoon en die van mening is dat hij de procureur des Konings hiervan moet inlichten.

De Nationale Raad benadrukt dat een spreekrecht zoals bepaald in het ontwerpartikel 458bis slechts uitgeoefend mag worden binnen de strikt vastgelegde grenzen.

Net zoals de betuigeling van misdrijven is de medische aanpak van bepaalde seksuele aandoeningen van aard om de maatschappij te beschermen. Om die reden bevatten de probatievoorwaarden opgelegd bijvoorbeeld aan de seksueel delinquenten meestal een medische begeleiding.

Het onrechtmatig verbreken van het beroepsgeheim, ongeacht of de feiten toevertrouwd werden door het slachtoffer of door de dader van het misdrijf, is potentieel schadelijk voor de vertrouwensrelatie die moet bestaan tussen een arts en zijn patiënt en bijgevolg voor de latere behandeling van de patiënt.

Systematisch gebruik maken van het spreekrecht zonder rekening te houden met de strikte voorwaarden van de wet zou de patiënten, daders maar ook slachtoffers, ervan kunnen weerhouden een beroep te doen op medische zorg.

Het spreekrecht bepaald in het ontwerp, en dat toelaat de procureur des Konings in te lichten, dient gebruikt te worden als een ultimum remedium. Artikel 458bis van het Strafwetboek verduidelijkt dat het spreekrecht slechts van toepassing is wanneer de bewaarder van het geheim, zelf of met hulp van anderen, de integriteit van de minderjarige of van de kwetsbare persoon niet kan beschermen.

Bovendien verwijst artikel 458bis uitdrukkelijk naar artikel 422bis van het Strafwetboek dat de verplichting inhoudt hulp te verlenen aan iemand die in groot gevaar verkeert.

Uit de parlementaire documenten, onder meer het verslag van 15 juli 2011 namens de commissie voor de Justitie (Doc. 53 K 1639/003), blijkt duidelijk dat, het doel nagestreefd door de wijziging van artikel 458bis, nooit geweest is een meldingsplicht in te stellen.

\*\*\*

Het wetsontwerp roept echter vragen op.

Ten eerste, het verschil tussen de begrippen "een ernstig en dreigend gevaar" en "aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar" en de rechtvaardiging om verschillende begrippen te gebruiken naargelang het slachtoffer al dan niet potentieel is, worden niet duidelijk gepreciseerd in de parlementaire voorbereiding van de wet.

Ten tweede, wanneer de arts handelt op basis van een beschrijving gegeven door een derde, heeft hij vaak weinig middelen om het gevaar in te schatten en de ernstige situatie te doen ophouden. Er valt dan ook te vrezen dat de arts, nu zijn spreekrecht uitgebreid wordt, sneller geneigd zal zijn om melding te doen en dat het wetsontwerp in de praktijk minder zal uitmonden op een uitgebreid spreekrecht dan op een meldingsplicht.

Tot slot is de Nationale Raad van mening dat de kwalificatie "reële" van het begrip "aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar" zeer belangrijk is. Het gerecht legt aan daders van seksuele agressie een behandeling op juist omdat ze potentieel gevaarlijk zijn voor anderen. De artsen krijgen ook patiënten over de vloer die spontaan op consult komen en die tekenen van potentiële gevaarlijkheid vertonen. Zoals hierboven reeds gezegd zou de wet niet als gevolg mogen hebben de patiënten ervan af te brengen een behandeling te starten.

De draagwijdte van het wetsontwerp is voor de artsen onduidelijk bij gebrek aan klaarheid met betrekking tot het beoogde evenwicht tussen het beroepsgeheim en de bepalingen van de artikelen 422bis en 458bis van het Strafwetboek.

De arts die ingelicht is over het gevaar heeft de moeilijke opdracht de omstandigheden van het geval te beoordelen alvorens een beslissing te nemen waarover hij zich later zou kunnen moeten verantwoorden voor een rechter.



## **Persbericht betreffende het internetplatform www.verbeterjezorg.be** (29/10/2011)

TREFWOORDEN :

Internet – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM :

a135009n

*Diverse journalisten vragen het advies van de Nationale Raad omtrent het internetplatform www.verbeterjezorg.be, dat de mogelijkheid biedt ervaringen omtrent artsen en andere zorgverstrekkers te melden. Tevens bestaat de mogelijkheid de artsen en andere zorgverstrekkers te beoordelen, zowel in positieve als in negatieve zin.*

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

In zijn vergadering van 29 oktober 2011 nam de Nationale Raad van de Orde van geneesheren kennis van het bestaan van het door het innovatiebureau "i12 social innovation" gecreëerde internetplatform www.verbeterjezorg.be, dat de mogelijkheid biedt ervaringen omtrent artsen en andere zorgverstrekkers te melden. Tevens bestaat de mogelijkheid de artsen en andere zorgverstrekkers te beoordelen, zowel in positieve als in negatieve zin.

Om volgende redenen keurt de Nationale Raad van de Orde van geneesheren het internetplatform www.verbeterjezorg.be nadrukkelijk af.

De niet-controleerbare en aldus niet-beoordeelbare op de website ingegeven informatie kan niet alleen de betrokken arts, maar ook zijn patiënten en de noodzakelijke vertrouwensverhouding arts-patiënt ernstige schade toebrengen.

In strijd met de blijkbare overtuiging van de website-initiatiefnemer is er geen zekerheid dat de gegevensinvoering gebeurt door een patiënt van de vermelde arts: zij kan immers uitgaan van een al dan niet aan een patiënt gerelateerde derde. Ingeval de patiënt zelf de informatie heeft gegeven vertoont zij geen waarborg inzake correctheid en goede trouw, om niet te spreken van de loyaliteit van de bedoeling. In bepaalde gevallen kan dit initiatief zelfs een concurrentieel oogmerk hebben, wat geen objectiviteit garandeert. Subjectief ingegeven kan zij, in voorkomend geval, lasterlijk en eerrovend zijn.

De verspreide informatie kan van die aard zijn dat de arts ten onrechte in een slecht daglicht wordt gesteld met als gevolg een onterechte aantasting van zijn reputatie en op zijn minst een betreurenswaardige weerslag op de vertrouwensrelatie van die arts met zijn andere patiënten, die van een voor hen heilzaam medisch contact zouden kunnen afzien. Deze toestand zal niet alleen zeer nadelig zijn voor de betrokken arts maar ook, zelfs vooral, voor die patiënten.

Daarenboven is de Nationale Raad van mening dat een arts die zich op deze internetsite laat registreren tekort komt aan zijn deontologische verplichtingen (artikelen 12 tot 17 van hoofdstuk III, betreffende publiciteit, van de Code van geneeskundige plichtenleer).

De Nationale Raad heeft geen principiële bezwaar tegen de beoordeling van artsen, wat door het tuchtrechtelijke optreden tegen niet correct handelende artsen in de praktijk wordt gestaafd.

Daarbij verwijst de Nationale Raad naar het artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, die deze laatste de mogelijkheid biedt een klacht in te dienen bij de bevoegde ombudsdienst. Naast de bemiddeling betreffende de klacht, heeft de ombudsfunctie onder meer tot opdracht de communicatie te bevorderen tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar, alsook aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen.

## **Publiciteit van artsen via de website www.vlazoem.be** (29/10/2011)

TREFWOORDEN :

Internet – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM :

a135012n

*Een provinciale raad vraagt het advies van de Nationale Raad in verband met publiciteit van artsen via de website www.vlazoem.be.*

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

In zijn vergadering van 29 oktober 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de vraag van de firma X in verband met publiciteit van artsen via de website www.vlazoem.be onderzocht.

De Nationale Raad is van oordeel dat het niet opnemen van alle artsen op deze website het principe van de vrije artskeuze in de weg staat. Bovendien is het voor particuliere bronnen niet mogelijk de veranderingen in de praktijkvoering van een arts op de voet te volgen waardoor de consulteerbare gegevens voor de bevolking weinig bruikbaar en zelfs misleidend kunnen zijn.

## **Beroepsgeheim – Informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap (29/10/2011)**

TREFWOORDEN :

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

DOCUMENTNAAM :

*a135013n*

*Door een provinciale raad wordt nadere informatie gevraagd nopens het advies van 30 april 2011 van de Nationale Raad aangaande de informatie aan de VDAB betreffende de arbeidshandicap.*

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

In zijn vergadering van 29 oktober 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 19 mei 2011 besproken.

De term "bevrijdende toestemming" als factor die belet dat het misdrijf, met name de schending van het beroepsgeheim, tot stand komt, werd reeds verscheidene malen aangehaald door verschillende gezaghebbende instanties en auteurs<sup>1,2,3</sup>.

De interpretatie van de bevrijdende toestemming ten opzichte van het artikel 64 van de Code van geneeskundige plichtenleer is tweeledig. Enerzijds bestendigen de voorwaarden gekoppeld aan de bevrijdende toestemming het artikel 64 van de Code van geneeskundige plichtenleer, meer bepaald dat een verklaring van de patiënt op zich onvoldoende is om de arts van zijn zwijgplicht te ontslaan. Anderzijds werkt de Nationale Raad aan een herwerking van de Code van geneeskundige plichtenleer, waarbij hij rekening zal houden met de weerslag van de maatschappelijk evolutie betreffende de invulling van het zelfbeschikingsrecht van de patiënt omtrent zijn informatiele privacy.

De summiere vraagstelling ter toetsing van de stukken die reeds door de patiënt aan de bevoegde diensten van de VDAB geleverd werden onderstrepen de centrale en begeleidende rol van de behandelende arts eerder dan deze een rol van deskundige toe te meten.

---

1. R. v. St. 27 november 1992, nr. 41.211, R.A.C.E.1992.

2. Verklaring van Amsterdam. A declaration on the promotion of patient's rights in Europe, 28-29 march 1994, WHO, Regional Office of Europe.

3. Van der Straete I., Put J., Beroepsgeheim en hulpverlening (2005), Brugge, Die Keure, p. 190.

## ***Verslag 188ste Vergadering van de Raad van de WMA, Sydney, Australië, 7-9 april 2011***

*Prof. dr. A. Herchuelz*

### ***Vergadering van de Raad***

De 188ste zitting van de Raad van de WMA werd geopend door de secretaris-generaal, dr. Otmar Kloiber. Hij verwelkomde de nieuwe leden van de Raad en verontschuldigde de afwezige Japanse leden artsen die sterk betrokken zijn bij de gevolgen van de aardbeving in Japan.

Het eerste punt was de verkiezing van de voorzitter, de ondervoorzitter en de penningmeester van de Raad. Dr. Mukesch Haikerwal (Australië) werd verkozen tot voorzitter en vervangt zo dr. Edward Hill (USA) die de Raad de laatste vier jaar heeft voorgezeten. Dr. Masami Ishii (Japan) werd herverkozen als ondervoorzitter en dr. Frank Ulrich Montgomery (Duitsland) werd tot penningmeester verkozen.

Dr. Wonchat Subhachaturas, Voorzitter van de WMA (mandaat van 1 jaar), bracht verslag uit over zijn activiteiten en bezoeken sinds oktober laatstleden. Hij verwees naar verschillende natuurrampen die zich recent voordeden (Nieuw-Zeeland en Japan) en het werk dat de beroepsbeoefenaars van de geneeskunde verzet hebben om hulp te bieden aan de slachtoffers. Hij vroeg aan de leden een minuut stilte in acht te houden ter ere van de slachtoffers van deze natuurrampen. Hij sprak ook over de agressies op artsen in conflictzones en benadrukte dat de gezondheidswerkers op elk moment beschermd moeten worden, hoewel het beroep noch partij moet trekken noch aan deze conflicten moet deelnemen.

De WMA nodigde vervolgens mevrouw Nicola Roxon, Australische federale minister van Volksgezondheid en van de Veroudering, uit de zitting te openen. Tijdens haar tussenkomst sprak ze over de uitdagingen inzake gezondheid die zich aan de wereld aanbieden en over de huidige hervormingen die door Australië ondernomen worden –verplaatsen van het zwaartepunt naar de primaire medische zorg, financiële en aansprakelijkheidsproblemen en het moderniseren van de gezondheidsdiensten dankzij de nieuwe technologieën. Dan kondigde ze een nieuw beleid aan voor de tabakscontrole met een voorstel van wetgeving voor de verpakkingen van gewone sigaretten. Dit vormt de laatste etappe in de strijd om het aantal sterfgevallen veroorzaakt door de sigaret in Australië te verminderen. Dit aantal bedraagt momenteel in totaal 15.000 sterfgevallen per jaar. Ze zei dat deze ontwikkeling een wereldprimeur was en dat de gewone voorgestelde pakjes ontworpen werden om een afstotend effect te hebben op de rokers. Ze deed beroep op de leden van de WMA opdat ze hun regering zouden aanzetten dezelfde stappen te ondernemen.

Dr. Kloiber stelde dan het verslag van het secretariaat over de activiteiten van de WMA sedert de laatste vergadering voor.

### ***Antibacteriële resistentie***

Toen hij het had over de Wereldgezondheidsdag, met als thema de antibacteriële resistentie, zei dr. Kloiber dat het beleid van de WMA ter zake erg voor was op zijn tijd en dat alles wat bepaald werd in de Verklaring van de WMA van 15 jaar terug werkelijkheid geworden was. De wereld staat momenteel tegenover een ramp, gekenmerkt door de resistenties tegen antibiotica op grote schaal, die vele personen in de wereld doodt. Hij kondigde aan dat met het “Center for the Study of International Medical Policy and Practices” van de Universiteit George Mason in de VS, en de “International Society for Microbial Resistance”, een online cursus over de resistentie tegen antibacteriële geneesmiddelen werd opgezet die geraadpleegd kan worden op de internetsite van de Universiteit George Mason.

### ***Niet-overdraagbare ziektes***

Deel uitmakend van het Globaal Actieplan voor de niet-overdraagbare ziektes van de WHO, heeft de WMA, in samenwerking met de leden van de World Health Professions Alliance (WHPA), een campagne ontwikkeld voor preventie van de niet-overdraagbare ziektes gericht op de gebruikelijke risicofactoren en de sociale gezondheidsdeterminanten. In het licht van de Topconferentie van de Verenigde Naties over de niet-overdraagbare ziektes van september 2011, zal de WHPA beginnen met een pleidooi- en sensibiliseringscampagne bij de gezondheidswerkers, de patiënten en de regeringen.

### ***Project betreffende de multiresistente tuberculose***

In het kader van het partnership Lilly MDR-TB (Multi-Drug Resistant Tuberculose) heeft de WMA een versie afgedrukt van een kennisopfrissing over tuberculose voor de artsen en heeft deze online gezet onder de vorm van een interactieve cursus die gratis toegankelijk is op haar website. De cursus werd uitgewerkt door de Amerikaanse Centra voor controle van de ziektes (CDC Centers for Disease Control and Prevention) als pedagogisch sleutelinstrument en heeft een prijs gekregen. Om de online-instrumenten te vervolledigen werden twee virtuele gevallen van patiënten met tuberculose die resistent zijn tegen de behandeling gecreëerd met INMEDIA. De WMA is ook lid geworden van het partnership “Stop tuberculosis” van de werkgroep van de rechten van de mens.

## **Alcohol**

In overeenstemming met de Verklaring van de WMA over de vermindering van de globale impact van alcohol op de gezondheid en op de maatschappij, volgde het secretariaat de procedure voor het uitwerken van de Wereldstrategie van de WHO ter zake.

## **Namaakgeneesmiddelen**

De WMA en de leden van de WHPA hebben hun activiteit over de kwesties van namaak van geneesmiddelen uitgebreid en een anti-namaakcampagne ontwikkeld die een Pfizer Inc en Eli Lilly prijs kreeg. De basis van de campagne was de gereedschapskist "Wees waakzaam" voor de gezondheidswerkers en de patiënten om waakzaamheid in deze materie te verhogen en praktische raad en te nemen maatregelen te geven in geval er een vermoeden is dat een geneesmiddel nagemaakt is. Er werden twee ateliers over dit onderwerp georganiseerd in Costa Rica en in Nigeria.

## **Gezondheid en leefmilieu**

Wat betreft klimaatverandering werden na de Top van Cancun in 2010 lobby-activiteiten uitgevoerd door de medische verenigingen uit te nodigen aan hun regeringen te schrijven om te vragen dat de gezondheid op de voorgrond van het debat over de klimaatverandering van de planeet zou gebracht worden. Er werd ook een gemeenschappelijke actie bestudeerd om de gezondheid van de mens en het volledige leefmilieu te beschermen tegen de blootstelling aan kwikzilver (overvloedig gebruikt door de goudzoekers).

## **De sociale gezondheidsdeterminanten**

In toepassing van de beslissing genomen tijdens de laatste vergadering van de WMA te Vancouver in 2010, werd een werkgroep opgericht teneinde een voorontwerp van beleid op te stellen op initiatief van de British Medical Association (BMA). De groep volgde eveneens de voorbereiding van de Wereldconferentie over de Sociale Gezondheidsdeterminanten, van 19 tot 21 oktober 2011 door de WHO te Rio de Janeiro georganiseerd, van dichtbij.

## **De gezondheidssystemen**

In september 2010 vond er te Riga, Letland, een internationale conferentie plaats om het effect van de globale economische crisis te onderzoeken. Met als titel "Financiële crisis – implicaties voor de gezondheidszorg – Lessen voor de toekomst" toonde de conferentie de ongelofelijke broosheid aan van bepaalde gezondheidszorgsystemen ten opzichte van de economische situatie en illustreerde ze het feit dat het de zwakste leden van de maatschappij zijn die het meest lijden wanneer dergelijke crisis het gezondheidszorgsysteem treft en dat gezondheidszorgsystemen die adequaat beschermd zijn, inderdaad de globale economie ondersteunen.

De WMA heeft meegewerkt aan de actie van de WHO om de regeringen te helpen toezicht te houden op het gezondheidseffectief en er verslag over uit te brengen en was vertegenwoordigd op de "World Economic Forum's Industry Partnership Strategic Meeting for Health" te New York in september 2010. Voor de vergadering van de OECD Health Ministerial in oktober had het "OECD Forum on Quality of Care" plaats waar de WMA werd uitgenodigd het standpunt van de arts over deze kwestie voor te stellen.

## **Campagne voor een omgeving die gunstig is voor de klinische praktijk (PPE)**

De WMA zette zijn betrokkenheid bij de "Positive Practice Environment Campaign" verder, dit is een globale campagne van vijf jaar gevoerd door de leden van de WHPA (World Health Professional Alliance) in samenwerking met de International Hospital Federation, teneinde kwaliteitsvolle plaatsen voor gezondheidszorg te verzekeren. De partners van de PPE en het secretariaat werkten samen met nationale instellingen van gezondheidswerkers en met ziekenhuisorganisaties in Oeganda, Marokko en Zambia om nationale projecten te ontwikkelen en hun werkomgeving te verbeteren. De campagne organiseerde een atelier tijdens het tweede wereldforum over de human resources in de gezondheidszorg (Global Forum on Human Resources for Health) te Bangkok in januari 2011 met deelnemers uit meer dan 25 landen.

## **Migratie en fidelisatie van de gezondheidswerkers**

De WMA nam deel aan de uitwerking van de richtlijnen van de WHO over strategieën om gezondheidswerkers in rurale zones te fideliseren met het oog de gezondheidswerkers naar deze zones te trekken en ze daar te houden. In januari 2011 organiseerde de Global Health Workforce Alliance in Thailand het "Second Global Forum on Human Resources for Health", waar de WMA meewerkte om een zeer geslaagd atelier te organiseren voor het versterken van de capaciteiten van individuele weerstand voor het voortbestaan van het gezondheidszorgpersoneel.

### **Geweld op de werkplek in de gezondheidssector**

De WMA nam deel aan de organisatie van de “International Conference on Workplace Violence in the Health Sector” die plaatsvond van 27 tot 29 oktober in Amsterdam. Mevrouw Leah Wapner, secretaris-generaal van de Medische Vereniging van Israël stelde een document voor over deze problematiek.

### **Opleiding en onderzoek**

De “World Federation for Medical Education” begon een discussie over de toekomstige rol van de arts met een panel deskundigen waaronder leden van de academies, de WHO, de WMA en internationale en regionale medische organisaties.

### **De veiligheid van de patiënt**

De WMA nam deel aan het lectorencomité van de WHO met als doel een multiprofessionele “Curriculum Guide” voor de veiligheid van de patiënt uit te werken. De WHO definieerde de veiligheid van de patiënt immers als voornaamste wereldprioriteit in de gezondheidszorg. Om veilige zorg te verstrekken vroegen de medici een opleiding in het domein van de patiëntveiligheid, die het begrip van de aard van de medische fout en de methodes om ze te verminderen omvat om de patiëntveiligheid te verbeteren op het niveau van hun eigen organisaties.

### **Caring Physicians of the World Initiative Leadership Course**

Er zullen naar de Nationale Medische Verenigingen (NMV) die lid zijn, uitnodigingen gestuurd worden voor de vierde cursus leidinggeven die zal plaatsvinden te Singapore van 20 tot 25 november 2011. Het programma zal een opleiding omvatten voor het nemen van beslissingen, voor het uitwerken van beleidsvormen van onderhandelingen en van coalitievorming en voor het tot stand brengen van interculturele relaties en relaties met de media. De cursussen werden mogelijk gemaakt dankzij een toelage van Pfizer Inc.. Dit werk werd gesteund door het coöperatiecentrum van de WMA –van het “Center for Global Health and Medical Diplomacy” van de universiteit van Noord-Florida.

### **Audioboek**

Tijdens zijn Algemene vergadering te Seoel in 2008 bracht de WMA, in samenwerking met de Zuid-Afrikaanse Medische Vereniging, de SADAG (South African Depression & Anxiety Group) het Centrum voor bio-ethiek Steve Biko van Johannesburg en de uitgever “Books of Hope” een audioboek uit over de klinische proeven. Het audioboek in het Engels, Hindi en Telugua werd in 2008 gelanceerd tijdens de Algemene Vergadering in India. Dit project werd mogelijk gemaakt dankzij een onbeperkte pedagogische beurs geschonken door Pfizer Inc.. In maart 2010 stelden de “Books of Hope” een audioboek over de gevaren van het roken voor met als doelgroep een weinig geleterde bevolking. De 5000 eerste boeken hebben als potentieel doel het bereiken van 50 tot 100 000 personen, elk boek zou dus 27 personen moeten bereiken.

### **Rechten van de mens**

Op 1-2 november 2010 vond er een seminarie plaats in Turkije met als doel de implementatie van het recht op gezondheid en op versterking van de onafhankelijkheid van het medische beroep in de landen van het Midden-Oosten. Het seminarie was georganiseerd door de Noorse Medische Vereniging, de Stichting Mensenrechten van Turkije, de Turkse Medische Vereniging, de WMA en de Internationale Federatie van de Gezondheids- en Mensenrechtenorganisaties. De deelnemers bestonden uit leden van gezondheidsorganisaties van Egypte, Irak, Israël en Palestina en ook de organisatoren van de gebeurtenis. De kwesties behandeld tijdens het seminarie betroffen de toegang tot de gezondheidszorg voor de illegalen en voor de inwoners van de bezette gebieden, het gebrek aan middelen en de migratie van het gezondheidspersoneel omwille van het geweld.

De WMA schreef ook aan de Iraanse overheid in verband met het geval van dokter Arash Alaei en dokter Kamiar Alaei die veroordeeld werden tot respectievelijk 6 en 3 jaar gevangenis om “samengewerkt te hebben met een vijand van de regering”.

In februari 2011 stuurde de WMA brieven aan de ministers van Volksgezondheid en van Binnenlandse Zaken van Bahrein waarin ze haar grote ongerustheid uit aangaande hun aanvallen tegen de gezondheidswerkers, aanvallen die in strijd waren met de internationale normen van toepassing op dat gebied.

### **Vrouwen, kinderen en gezondheid**

De WMA werd uitgenodigd deel te nemen aan een initiatief van de WHO om “richtlijnen voor gezondheidszorg aan een intieme partner slachtoffer van seksueel geweld” uit te werken.

Het algemeen doel van dit initiatief is een kaderbeleid uit te stippelen om de antwoorden van de gezondheidssector op het seksueel geweld te verbeteren door de beslissers in het domein van de gezondheidszorg bij te staan.

## **Medische ethiek**

Tijdens de Algemene Vergadering van 2008 werd de Verklaring van Helsinki (DoH) herzien en was er een lang debat aangaande het gebruik van placebo's in het medische onderzoek. Wanneer een bewezen interventie (doeltreffende behandeling) bestaat, laat de DoH het gebruik toe van controlegroepen die een placebo krijgen in zeer beperkte omstandigheden. Dit voorstel veroorzaakte negatieve reacties van de FDA. Teneinde het gebruik van placebo's in het domein van het medische onderzoek beter te analyseren werd een werkgroep van de WMA opgericht. Dezelfde ethische vragen kunnen gesteld worden voor om het even welke controlegroep die een minder doeltreffende behandeling zou krijgen dan "the best current proven intervention" (de beste interventie die momenteel bewezen is). De fundamentele vraag van de controverse inzake de placebo is : in welke mate en in welke omstandigheden is het ethisch een controlegroep te aanvaarden die een minder doeltreffende interventie (behandeling) krijgt dan de beste behandeling die momenteel in een klinische proef bewezen werd ? Het probleem is des te ingewikkelder daar in vele gevallen "de beste bewezen behandeling" niet zeker gekend is. Bovendien stelt zich ook de vraag of er in de Verklaring rekening moet gehouden worden met de economische omstandigheden in de verschillende delen van de wereld. Met andere woorden, *moet het gebruik van placebo's, of van interventies die minder doeltreffend zijn dan de beste bewezen behandeling, anders waargenomen worden in het geval van verschillende economische contexten ? en wat zijn de eisen wat betreft de toegang tot een behandeling na het einde van de klinische studie ?* De werkgroep zal deze vragen bespreken tijdens een volgende conferentie te Sao Paulo, Brazilië, in juli 2011.

## **Ontwikkelen van een medisch en gezondheidsbeleid**

Het "Center for the Study of International medical Policies and Practices" van de universiteit George Mason, één van de centra die samenwerkt met de WMA, nodigde deze laatste uit deel te nemen aan de oprichting van een wetenschappelijk platform voor een internationale uitwisseling inzake het ontwikkelen van een medisch en gezondheidsbeleid en aan de publicatie van het eerste nummer van een wetenschappelijk blad, de "World Medical & Health Policy" (Berkeley Electronic Press) te lezen op internet (<http://www.psocommons.org/wmhp>).

## **World Health Professions Alliance (WHPA)**

Na tien jaar succesvolle samenwerking toonden de vier voornaamste gezondheidsberoepen (artsen, verpleegkundigen, apothekers en tandartsen) aan dat samenwerken, eerder dan naast elkaar werken, in het voordeel is van de patiënt en van het gezondheidssysteem. De WHPA zoekt momenteel de beste praktijkmodellen voor interprofessionele samenwerking op nationaal of lokaal vlak. Een werkgroep moet het beste praktijkmodel van samenwerking definiëren en voorbeelden in de hele wereld vinden.

## **De medische organisaties in de Arabische landen**

De WMA reikt nog steeds de hand aan de medische verenigingen van de Arabische landen en was tevreden de deelname te bekomen van Egypte, Irak en Palestina aan haar conferentie "Recht op gezondheid als brug naar de vrede in het Midden-Oosten". Dokter Ramin Parsa-Parsi (Duitsland) maakte een verslag van de discussies die gevoerd werden in Bahrein, discussies die momenteel uitgesteld zijn sinds de onrust in dat land.

## **Natuurrampen**

De Raad luisterde vervolgens naar twee mondelinge verslagen over de natuurrampen die zich recent voordeden in Japan en in Nieuw-Zeeland. De heer Hisahi Tsuruoka, personeelslid van de Japanse Medische Vereniging bracht verslag uit over de aardbeving, de tsunami en de kernramp in Japan. Hij zei dat het zeer moeilijk was nauwkeurige informatie te verkrijgen over de catastrofe en over de slachtoffers, want 240.000 geëvacueerde personen zouden in 2.600 onderdakplaatsen verblijven en dit in een uitgestrekte zone. Niemand weet hoeveel personen als vermist opgegeven werden. Het aantal sterfgevallen wordt geschat op meer dan 30.000. Hij sprak over het werk van de medische urgentieteams (bij rampen) en de hulp aangebracht door de Japanse Medische Vereniging en door teams van vele andere landen.

Het ongeval in de kerncentrale van Fukushima maakt de situatie nog erger en de inspanningen om het probleem in bedwang te houden en op te lossen zullen nog gedurende vele maanden en jaren moeten verder gezet worden. De heer Tsuruoka zei evenwel dat hij meent dat Japan zich veel sneller van de ramp zal herstellen dan men nu denkt.

Dokter Peter Foley (Nieuw-Zeeland) bracht verslag uit over de aardbeving die het centrum van Christchurch in Nieuw-Zeeland weggeveegd heeft en bedankte de internationale collega's voor hun hulp.

## **Comité voor Medische Ethiek**

Dokter Torunn Jabu (Noorwegen) werd verkozen tot voorzitter van het Comité.

### **Ethiek en orgaandonatie**

Dokter Vivienne Nathanson (GB), voorzitter van de werkgroep, bracht mondeling verslag uit over de werkzaamheden die aan de gang zijn. Ze zei dat de groep een eerste ontwerp van mogelijke principes in aanmerking genomen had en beslist had dat de BMA de beleidslijnen op een rijtje zou zetten om te zien of ze up to date en aangepast zijn. Ze hoopt tijdens de volgende vergadering een geheel van ethische principes voor te stellen in verband met de orgaandonatie en een basisdocument die de grondslagen ervan uitlegt. Andere vragen die moeten behandeld worden zijn het commercialiseren en de verkoop van organen, het betalen van de donors, het internationale transport van de organen en het illegaal overbrengen van patiënten naar het buitenland voor behandeling.

### **Zorg bij het levenseinde**

Na een lang debat bestudeerde het Comité het **Voorstel van Verklaring over de zorg bij het levenseinde** en wijzigde het. Dokter William Silvester (Australië), een specialist intensieve zorg en nationaal directeur van het Programma Respect voor de keuzes van de patiënt in Australië, leidde het debat in en sprak over het belang van een voorafgaande zorgplanning. Hij zei dat het geen euthanasie was maar aan de patiënten inspraak geven over hun zorg. Het Comité besloot in de inleiding van het document de zin “de palliatieve zorg bij het levenseinde maakt deel uit van de good medical practice” toe te voegen. Betreffende de pijn en het beheer van de symptomen werd er beslist de volgende woorden in te lassen : “het hoofddoel is de waardigheid van de patiënten waarborgen en hen een maximum aan ernstige symptomen besparen”.

Na een diepgaand debat over het ontwikkelen van zorgplanning voor patiënten die het levenseinde naderen en over de manier waarop deze patiënten moeten geïnitieerd en verzorgd worden, werd er besloten andere wijzigingen aan te brengen.

**Het Comité heeft de gewijzigde Verklaring goedgekeurd voor onderzoek door de Raad. Deze heeft vervolgens beslist ze door te geven aan de Algemene Vergadering voor bekrachtiging.**

### **Ethiek inzake palliatieve sedatie**

Een **Voorstel van Verklaring over de ethiek in de palliatieve sedatie** werd voorgelegd door de Spaanse Medische Vereniging (Algemene Raad van de medische Colleges van Spanje). Het verkent de grens tussen de palliatieve sedatie en de actieve euthanasie. Na een kort debat werd er beslist het document door te sturen naar de NMV voor commentaar.

### **De ethische aspecten van placebo in de klinische proeven**

Dokter Ramin Parsa-Parsi (Duitsland), voorzitter van de werkgroep over placebo in het medisch onderzoek, bracht het verslag van de werkgroep en zei dat de geplande deskundigenconferentie (13-15 juli) behouden wordt maar overgeplaatst wordt van Tokyo in Japan naar Sao Paulo in Brazilië omwille van de recente tsunami en zijn gevolgen. De conferentie zal debatteren over de algemene formulering van de DoH, over het gebruik van placebo in landen met weinig middelen, over de standpunten van de internationale organisaties en over een “redelijke aanpak ter zake”.

### **De Verklaring van Tokyo**

Er werd een voorstel gedaan om **de verklaring van Tokyo betreffende de regels voor de artsen i.v.m. de foltering** te herzien, met als doel de ontwikkeling van een toezicht- en rapportenmechanisme in te voegen om de adhesie van de staten met de regels na te gaan. Bepaalde leden hebben voorgesteld dat de NMV hun steun zouden geven aan de artsen die zich in moeilijke situaties bevinden en hen zouden helpen de schendingen van het recht op gezondheid van de patiënt en van de ethische beroepsregels van de artsen in het gevangenis milieu te melden.

**Het Comité heeft het document goedgekeurd. De Raad heeft vervolgens beslist het door te geven aan de Algemene Vergadering voor bekrachtiging.**

### **De kinderen**

Er werd een **voorstel van Verklaring over de ethische principes voor het medisch onderzoek op kinderen**, opgesteld door dokter James Appleyard (GB), besproken en na een kort debat werd er beslist het document te klasseren.

## **Sociale media**

Er werd een voorstel van **Verklaring over een ethisch en professioneel gebruik van de sociale media** (Facebook, Twitter, enz...), voorbereid door dokter Marianne Maman, buitengewoon lid, bekeken.

Dokter Kloiber zei dat de WMA momenteel geen enkel beleid heeft in deze materie. De artsen gebruiken soms de sociale netwerken om met hun patiënten te communiceren. Hoewel iedereen vóór het gebruik van de technologie is om de gezondheidszorg en de communicatie te verbeteren, doen de sociale netwerken een aantal problemen rijzen. De uitgewisselde informatie kan bijvoorbeeld gebruikt worden voor commerciële doeleinden zodat de artsen bijzonder waakzaam dienen te zijn. Vele NMV gebruiken momenteel deze sociale netwerken om met hun leden te communiceren. De WMA zou deze kwesties dus nader moeten bekijken. Ze neemt zich voor de expertise van het nieuwe netwerk van jonge artsen te gebruiken (junior doctors) om zich over de kwestie te buigen. Dr. Michael Bonning, een jonge arts uit Australië heeft gezegd dat indien ze, als artsen, hun patiënten wilden bereiken en efficiënter met hen wilden werken, ze de sociale netwerken moesten gebruiken. Hij zei dat het voor het netwerk van de "jonge artsen" een plezier zou zijn de WMA te helpen maatregelen ter zake te nemen. Dr. Peteris Apinis (Letland) zei dat in zijn land de farmaceutische firma's deze sociale netwerken gebruiken om de artsen te contacteren in verband met hun producten.

Er werd beslist het voorstel van Verklaring door te geven en een werkgroep samen te stellen met leden van het comité en van het netwerk van jonge artsen om een nieuw beleid uit te stippelen. De Raad heeft vervolgens deze aanbeveling goedgekeurd.

## **Biobanken**

Er werd een voorstel van **Resolutie over de ethische verantwoordelijkheden van de artsen betreffende de biobanken** kort ter sprake gebracht en er werd beslist de kwestie uit te stellen tot de herziening van het beleid van de WMA i.v.m. de gezondheidsdatabanken.

## **Ongeschikt gebruik van geneesmiddelen voor terechtstellingen**

Dr. Ulrich Montgomery (Duitsland) legde een spoedresolutie voor waarin een sterke ongerustheid geuit wordt over het slechte gebruik van geneesmiddelen in het kader van terechtstellingen. Verschillende landen werden inderdaad gecontacteerd om thiopental uit te voeren naar de USA voor het voltrekken van doodvonnis. Dr. Peter Carmel (USA) zei dat de Amerikaanse Medische Vereniging een duidelijk beleid voert om te vermijden dat artsen deelnemen aan terechtstellingen. Na debat werd er beslist een werkgroep op te richten om te bestuderen of de WMA een beleid zou moeten uitstippelen tegen de doodstraf.

## **Comité voor Financiën en Planning**

Nadat het Comité het verslag van de laatste vergadering goedgekeurd had, werd er een voorzitter verkozen om de post die vacant gelaten werd door dr. Haikerwal, verkozen tot voorzitter van de Raad, in te vullen. Er stelden zich twee kandidaten voor : dr. Leonid Eidelman (Israël) en dr. Robert Ouellet (Canada). Na stemming werd dr. Eidelman verkozen. Aangezien deze laatste niet aanwezig kon zijn omwille van een stakingsactie van de artsen in Israël, werd de vergadering dus voorgezeten door dr. Haikerwal.

## **Bijdragen**

Een verslag over de betaling van de bijdragen van 2011 werd voorgelegd en goedgekeurd. Dr. Kloiber stelde een nieuwe basis voor de bijdragen voor om een situatie van stabiele inkomsten te scheppen en te beschikken over concrete middelen om te bepalen of een constituerend lid in orde is. Het Comité aanvaardde het voorstel en beval het aan aan de Raad die het vervolgens doorgaf aan de Algemene Vergadering voor bekrachtiging.

## **Financiële aangifte**

M.A. Hällmeyer, de financiële raadgever, gaf een gedetailleerde voorstelling over de pre-audit van de financiële situatie van 2010, waarbij hij verklaart dat de positieve tendens van de laatste jaren zich doorzet. De audit van de financiële situatie werd aanbevolen voor goedkeuring door de Raad, die hem aannam.

## **Strategisch plan**

Het Comité heeft een mondeling verslag gehoord van dr. Ouellet, die een werkgroep leidde over het formaat van een strategisch plan voor 2011-2015. Hij drong aan op het belang voor de leden de enquête die hen gestuurd werd te beantwoorden en verwees ook naar enquêtes die naar externe organisaties gestuurd werden.



## **De vergaderingen van de WMA**

Het Comité heeft de toekomstige vergaderingen en de data overlopen : Praag, Tsjechische Republiek, voor de vergadering van de Raad in april 2012 en Bangkok, Thailand, voor de Algemene Vergadering in oktober 2012. Er werd beslist dat het thema van de wetenschappelijke zitting voor de Algemene Vergadering te Bangkok "Megapolis – Megagezondheid" zal zijn. Dit werd vervolgens goedgekeurd door de Raad.

## **Netwerk Rampengeneeskunde en Volksgezondheid**

Er werd een ontwerp van **nieuwe Verklaring over de voorbereiding op rampen en op medische interventies** bestudeerd. Tijdens het debat dat volgde werd er aanvaard dat de rol van de WMA er niet in bestaat praktische hulp te leveren of te coördineren bij rampen, wat een moeilijke taak is vervuld door gespecialiseerde hulporganisaties, maar eerder steun en mogelijkheden voor het uitwisselen van informatie en opleiding te bieden aan de nationale medische verenigingen en een pleidooi houden voor de voorbereiding op rampen op nationaal niveau. Dr. Ardis Hoven (USA) zei dat de WMA zou moeten steunen op de platformen die reeds bestaan in de wereld en misschien zijn website gebruiken om de bestaande middelen op wereldniveau te coördineren. Dr. Nathanson (UK) stelde voor dat de WMA een document online zou zetten dat de artsen toelaat de bekwaamheden en kwalificaties vereist om in rampgebieden te werken te kennen. Vaak vragen de artsen zich af of hun bekwaamheden van nut kunnen zijn. Er werd beslist dat het mandaat van de werkgroep uitgebreid wordt om deze kwesties te kunnen bespreken en dat de verklaring doorgestuurd wordt naar de NMV voor commentaar.

## **De vergaderingen van de WMA ecologischer maken**

Dr. Mads Koch Hansen (Denemarken), aan het hoofd van een werkgroep over het ecologischer maken van de WMA-vergaderingen, bracht mondeling verslag uit over de noodzaak voor de WMA haar koolstofafdruk te verlagen om besparingen te doen op financieel en human resources vlak. Hij stelde voor het papierverbruik te verminderen door het gebruik van de website van de WMA om de documenten te bekomen, vaker gedeelde bussen en taxi's te gebruiken om naar de vergaderplaatsen te komen en tot slot het gebouw van de WMA ecologischer te maken om energie te besparen. Zijn verslag werd gesteund door talrijke sprekers en dr. Nathanson (UK) zei dat de Britse Medische Vereniging een bedrag van 6 cijfers bespaard had door de fotokopieën te verminderen.

Dr. Kloiber zei dat het ogenblik gekomen is om het papiergebruik af te schaffen. Er werd beslist aan de Raad te vragen maatregelen ter zake te treffen.

## **Aanvraag tot toetreding**

De WMA ontving een aanvraag tot toetreding van de Medische Vereniging van Trinidad en Tobago. De aanvraag werd gunstig onthaald en er werd beslist ze aan te bevelen aan de Raad, die besliste ze door te sturen naar de Algemene Vergadering voor bekrachtiging.

## **Bestuur**

Het Comité onderzocht een nieuwe consolidatie van de statuten, met inbegrip van vragen zoals het stemrecht voor de voorzitter, de verkozen voorzitter en de uittreedende voorzitter en de opheffing van de functies van een voorzitter.

## **Netwerk van jonge artsen**

Dr. Kloiber berichtte dat een eerste project opgesteld werd in referentietermen voor het aannemen van een netwerk van jonge artsen als buitengewoon lid. Vervolgens zei hij dat er een bijkomend werk in referentietermen vereist is, maar dat hij tevreden is over de vooruitgang die geboekt werd. Dr. Bonning zei dat er geen enkel formeel procedé is dat de jonge artsen toelaat globaal te interageren. Hij en zijn collega's menen dat de WMA de beste vector is om dit te verwezenlijken.

## **World Medical Journal (WMJ)**

De uitgever van het blad, dr. Apinis, stelde zijn verslag voor en zei dat hij drie voorstellen had om het WMJ te promoten en het bekendheid te geven bij de leden van de NMV, actiever te zijn in het schrijven van artikels over de activiteiten van de NMV en de leden van de Raad aan te moedigen artikels te schrijven.

## **Het Comité voor socio-medische zaken**

Het Comité keurde het verslag van de vorige vergadering goed en verkoos vervolgens zonder oppositie dr. Michaël Marmot (UK) tot nieuwe voorzitter.

## **Gezondheid en leefmilieu**

Het Comité luisterde naar een mondeling verslag van dr. Ouellet (Canada), voorzitter van de werkgroep over de gezondheid en het leefmilieu die dr. Larry Frank, een Canadese deskundige in het domein van de “built environment (gebouwde omgeving)” raadpleegde. De groep besliste dat voor het ogenblik de WMA niet in staat is een beleid uit te stippelen in dit specifieke domein door gebrek aan deskundigheid. De groep besliste het document naar de werkgroep over de sociale determinanten te sturen voor onderzoek en integratie in een bredere sociale context. Het document zou dan doorgegeven en op de website geplaatst worden. Vervolgens werd er beslist dat de groep zijn taak vervuld heeft en ontbonden moest worden.

## **Verklaring van Edinburgh**

Er werd een voorstel tot herziening van de Verklaring over de gevangenisomstandigheden en de overdracht van tuberculose en andere besmettelijke ziektes bestudeerd.

Dr. Janbu (Noorwegen) vroeg of de zin “de artsen die in gevangenissen werken hebben de plicht de nationale richtlijnen voor volksgezondheid te volgen, in het bijzonder de verplichte aangifte van besmettelijke ziektes” een probleem kan opleveren daar waar de nationale richtlijnen niet in overeenstemming zijn met het beleid van de WMA. Dr. Nathanson zei dat de werkgroep dacht dat alle NMV die menen dat hun nationale richtlijnen onaanvaardbaar zijn druk uitoefenen op hun regering om deze te wijzigen. Het Comité kwam overeen dat het document herzien moet worden en naar de Raad moet gestuurd worden voor doorgifte en bekrachtiging door de Algemene Vergadering.

## **De chronische ziektes**

Het Comité heeft een ontwerp van Verklaring over de mondiale chronische ziektenlast. Dit ontwerp staat op de agenda van de WHO en zijn Algemene Vergadering zal later op het jaar over deze kwestie debatteren. Dr. Cecil Wilson (USA), voorzitter van de werkgroep, verklaarde dat het document snel zou moeten goedgekeurd worden. Het document werd verspreid en bevat oplossingen in verband met het versterken van de preventie, de primaire zorg, de medische zorg en de gezondheidsinfrastructuur, met aanbevelingen voor de regeringen, de nationale medische verenigingen, de faculteiten geneeskunde en de individuele artsen.

**Er werd beslist het document naar de Raad te sturen die het vervolgens zal doorgeven aan de Algemene Vergadering voor bekrachtiging.**

## **Geweld in de gezondheidssector**

Dr. Yoram Blachar (Israël) legde een ontwerp van Verklaring over het geweld in de gezondheidssector voor dat signaleert dat geweld tegen artsen een echt probleem wordt. Dit geweld is deels het resultaat van medische onderbezetting en van onrealistische verwachtingen vanwege de patiënten. Daarbij komt dat het fenomeen opgeklopt wordt door de media en de televisie. Hij zei dat het van levensbelang is een multolerantiebeleid aan te nemen gekoppeld aan een aangepaste wetgeving. Dr. Nathanson zei dat het geweld in de gezondheidssector een probleem is dat zich in alle delen van de wereld voordoet en ze stelde voor het document uit te breiden, met name naar de minst ontwikkelde landen.

Dr. Janbu stelde een voorstel van het document opnieuw in vraag volgens hetwelk de artsen het recht zouden moeten hebben te weigeren patiënten die vroeger gewelddadig waren te verzorgen, behalve in noodsituatie. Ze vindt deze verklaring zeer gevoelig. Dr. Nathanson zei dat het Verenigd Koninkrijk geen enkel beleid heeft ter zake maar dat het belangrijk is dat er alternatieven beschikbaar zijn vooraleer de artsen het zich veroorloven te weigeren een gewelddadige patiënt te verzorgen. Er werd beslist het document naar de Raad te sturen.

## **De sociale gezondheidsdeterminanten**

Er werd een debat gehouden over het Voorstel van Verklaring over de sociale determinanten, beschreven als de omstandigheden waarin de mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en oud worden en de maatschappelijke invloeden op deze omstandigheden. Dr. Marmot, voorzitter van de werkgroep over deze kwestie, zei dat de Wereldconferentie over de sociale determinanten georganiseerd door de WHO plaatsvindt in oktober te Rio de Janeiro, Brazilië. Hij maakt deel uit van het organiserend comité en de WMA neemt deel aan de conferentie.

**Er werd beslist het document naar de Raad te sturen, die vervolgens besliste het door te geven aan de Algemene Vergadering voor bekrachtiging.**

## **De gewapende conflicten**

De Noorse Medische Vereniging stelde een Voorstel van Verklaring over de bescherming en de integriteit van het medische personeel bij gewapende conflicten voor. Dr. Janbu zei dat het voorgestelde document de nadruk legt op het gebrek aan systematische aangifte van gewelddadige incidenten waarbij artsen verwikkeld zijn. Als deze informatie ontbreekt, is het moeilijk een preventieve strategie te ontwikkelen. Ze zei verbaasd te zijn dat geen enkel internationaal organisme deze verantwoordelijkheid heeft. Er werd beslist het document te verspreiden voor discussie.

### **Afgeleide producten van tabak**

De Amerikaanse Medische Vereniging (AMA) bracht naar de vergadering een voorstel mee van herziening van de Verklaring van de WMA over de risico's voor de gezondheid van tabaksproducten en zijn derivaten. Dr. Ardis Hoven (USA) meldde dat de tabaksindustrie nieuwe vormen van afgeleide producten van tabak commercialiseert met stokjes, munt en andere schadelijke dingen om hun producten aantrekkelijker en aanvaardbaarder te maken. Er wordt ook tabak zonder rook verhandeld en die heeft de jongeren als doelgroep. In de buurtwinkels en op internet zijn er elektronische sigaretten beschikbaar. De WMA heeft het probleem van deze nieuwe tabaksvormen moeten aanpakken door zijn beleid te herzien. Er zou een krachtigere Verklaring moeten zijn die het verbod van de productie, de verspreiding en de verkoop van afgeleide producten van tabak die op snoepjes lijken aanbeveelt. Ze zei dat de WMA een apart beleid zal opzetten voor de elektronische sigaretten overeenkomstig een grondige studie van hun statuut. Dr. Nathanson stelde voor de gebruikelijke verpakking te veranderen naar het voorstel gedaan door de Australische regering (zie uiteenzetting mevr. Roxon). Dr. Apinis (Letland) deed een ander voorstel om de verklaring te herzien en om het feit te roken in aanwezigheid van kinderen en zwangere vrouwen te categoriseren als geweld tegen kinderen in het besef dat roken in belangrijke mate de levensverwachting vermindert en de kwaliteit van het leven van deze laatste verslechtert.

Dr. Rosanna Capoligua (Australië) zei dat in haar geboortestaats van West-Australië het verboden is te roken in de auto in aanwezigheid van kinderen en dat de politie dit controleert; Toch waren verschillende sprekers bezorgd over het gebruik van de term "geweld tegen kinderen" in het document en de Letlandse Medische Vereniging werd gevraagd terug te komen met een ander voorstel. Er werd beslist de documenten naar de Raad te sturen die vervolgens besliste ze door te spelen naar de Algemene Vergadering voor bekrachtiging.

### **Pijnverlichting**

Dr. Nathanson deed **een Voorstel van Resolutie over de toegang tot een passende pijnbehandeling**. Ze zei dat in de wereld de toegang tot gepaste pijnstillers geweigerd wordt aan veel pijnlijdende patiënten omwille van regeringsmaatregelen en van het gebrek aan pijnstillers. Ze vroeg dat het document geschreven door de Britse Medische Vereniging en door anderen voor bespreking verstuurd wordt. Dit werd aangenomen.

### **Ivoorkust**

Er werd een spoedresolutie over de situatie in Ivoorkust voorgesteld door dr. Kloiber op aanvraag van de Medische Vereniging van Ivoorkust. Hij signaleerde dat ten gevolge van de burgeroorlog in het land, de Europese Unie beslist had sancties toe te passen die een invloed hebben op de invoer van geneesmiddelen met een penurie als gevolg. De resolutie spoort de EU aan onmiddellijk maatregelen te treffen om de levering van medisch toebehoren in Ivoorkust te verzekeren en dit om het leven en de gezondheid van de bevolking te beschermen. Het Comité besliste de Resolutie door te geven aan de Raad voor bekrachtiging.

### **Samenvatting van de vergadering van de Raad**

De Raad bestudeerde het verslag van het Comité voor Medische Ethiek.

### **Sociale media**

Er werd beslist dat het voorstel van Verklaring over het ethische en professionele gebruik van sociale media toevertrouwd wordt aan een werkgroep samengesteld uit leden van het netwerk van de "Jonge artsen" en uit twee afgevaardigden van het Comité voor Medische Ethiek.

### **Doodstraf**

De Raad besliste een werkgroep op te richten om te bestuderen of de WMA een beleidsverklaring moet opstellen waarin hij zich verzet tegen het toepassen van de doodstraf. Dokters Haikerwal, Dana Hanson, Yoram Blachar, Cecil Wilson, Otmar Kloiber zullen zich bij de werkgroep voegen met de afgevaardigden van Denemarken, van het Verenigd Koninkrijk en van Uruguay.

Dr. Wilson (USA) verwees naar een vroeger debat in het Comité voor Medische Ethiek waaruit bleek dat de Amerikaanse regering probeerde thiopental te bekomen. Na vooronderzoek was zijn conclusie dat de kwestie van de gebruikte thiopental in het licht gebracht werd omdat de agent van het departement "strijd tegen drugs" van de Amerikaanse regering de stocks thiopental van de staten Tennessee en Kentucky in beslag genomen had omdat er een verdenking was dat ze onwettelijk bekomen waren.

De Raad keurde het verslag van het Comité voor Medische Ethiek goed.

De Raad bestudeerde het verslag van het Comité Financiën en Planning.

### **Rampengeneeskunde en Volksgezondheid**

De Raad kwam overeen het mandaat van de werkgroep te verlengen.

### **Conferentie over de eerstelijnszorg**

Dr. Rosanna Capolingua sprak over de organisatie van een conferentie over de eerstelijnszorg om de arts van de eerste lijn goed tot zijn recht te doen komen en te benadrukken dat de huisarts het hoofd is van het zorgteam, en dat dit rendabel en doeltreffend is voor de patiënt. Dr. Hanson verklaarde dat de term “eerstelijnszorg” ruimer moet zijn dan alleen de familiale praktijk. De Raad noteerde zijn commentaar.

### **Russische Conferentie**

De Raad behandelde een voorstel van de Russische Medische Vereniging om in 2012 een conferentie van de WMA te organiseren te Moskou over de relatie tussen de artsen en de farmaceutische industrie. Verschillende sprekers vroegen wie deze conferentie zal betalen, terwijl anderen reserves uitten over het onderwerp en hun eigen ideeën voorstelden. De Raad besliste dat het Secretariaat het voorstel nog moest bespreken met de Russische Medische Vereniging en dat hij in oktober eerstkomend verslag zou uitbrengen aan de Algemene Vergadering.

### **Prijs van de Medische Vereniging van Georgië**

De Raad besprak een voorstel van de Georgische Medische Vereniging om jaarlijks met de hulp van de WMA een prijs te sponsoren voor buitengewone artsen op internationaal niveau. Aangezien verschillende sprekers hun twijfels uitten over dit voorstel, besliste de Raad het voorstel niet verder te zetten. De Raad keurde het verslag van het Comité Financiën goed.

De Raad besprak het verslag van het Comité voor socio-medische zaken.

### **De Verklaring van Edinburgh**

De Raad kwam overeen het voorstel van herziening van de Verklaring over de gevangenisomstandigheden en de overdracht van tuberculose en andere besmettelijke ziektes als volgt te wijzigen “de artsen die in gevangenis werken hebben de plicht de nationale richtlijnen voor volksgezondheid te volgen als deze vanuit ethisch standpunt geschikt zijn”. Er werd overeengekomen het document door te geven aan de Algemene Vergadering met de aanbeveling het te bekrachtigen.

### **Geweld in de gezondheidssector**

Er vond een ander debat plaats over het voorstel van document volgens hetwelk de artsen het recht zouden moeten hebben te weigeren patiënten die gewelddadig waren te behandelen, behalve in noodsituaties. Verschillende sprekers vroegen zich af of dit wel de goede aanpak was en de Raad besloot uiteindelijk het dossier terug te sturen naar het comité voor verder onderzoek.

### **Global Health Data Charter**

Dr. Haikerwald deed opmerken dat vele groepen betrokken werden in het domein van de gezondheid met zeer weinig kennis van het onderwerp en dat ze de kwestie duur vonden. Het Wereld Economisch Forum vroeg aan de WMA mee te werken aan het opstellen van een Wereldhandvest over de gezondheidsgegevens en het Handvest mee te ondertekenen. Maar er waren een aantal bezorgdheden over het Handvest dat niet in dezelfde lijn ligt als de maatregelen van de WMA en niet gebaseerd is op een patiëntgerichte aanpak van de problemen. Na het commentaar gehoord te hebben besloot de Raad het Handvest niet te ondertekenen, maar de dialoog met het Wereld Economisch Forum verder te zetten en te pleiten voor een verbetering van het Handvest en verslag uit brengen aan de Raad indien er veranderingen optreden.

### **Afgeleide producten van tabak**

Dr. Apinis (Letland) herhaalde zijn voorstel aan het comité om tabagisme in aanwezigheid van kinderen en van zwangere vrouwen als “geweld” te betitelen. Dr. Ardis Hoven (USA) zei dat ze bezorgd is over het gebruik van het woord “geweld”. Het doel zou niet moeten zijn de bevolking te straffen maar ze op te voeden. De omgeving moet veranderd worden door de ouders te informeren en door andere middelen en deze gelegenheid zou beter gediend zijn door te vermijden een term zoals “geweld” te gebruiken.

Na discussie beslist de Raad het voorstel van herziening van de Verklaring over de “Health Hazard of Tobacco and Tobacco-derived products” te amenderen en toe te voegen dat de WMA zou moeten pleiten voor het aannemen en het toepassen van wetten om “de kinderen te beschermen tegen passief tabagisme”.

### **Ivoorkust**

De Raad stemde dat de spoedresolutie die het beleid van de WMA over de economische embargo's en over de gezondheid zou goedgekeurd worden.

### ***Pleidooi 2011/2012***

Dr. Hanson bracht verslag uit over het pleidooi 2011/2012 met zijn 5 titels : human resources voor de gezondheid, gezondheid en leefmilieu, individuele gezondheid, mensenrechten en veiligheid van de patiënt. De Raad keurde het verslag goed van het Comité voor socio-medische zaken.

### ***Vergadering van de wereldgezondheid 2011***

Juffrouw Clarisse Delorme en dr. Julie Seyer stelden een verslag voor over de volgende Vergadering van de Wereldgezondheid en sneden verschillende onderwerpen aan zoals de klimaatverandering, de bescherming van het medische personeel in gewapende conflicten, de namaakgeneesmiddelen en de niet-overdraagbare aandoeningen.

## **Verslag CPME (Comité Permanent des Médecins Européens - Permanent Comité van Europese Artsen) Board meeting, Brussel, 29 en 30 april 2011**

Dr. P. Beke

Deze Board meeting wordt geopend met een toespraak door een mandataris van de Europese Commissie, de Heer Timmers, met als thema “e-health in de Europese Unie”, meer bepaald de individuele strategie van de Lidstaten versus de Europese e-health verwachtingen.

Hij heeft het over de vernieuwing van de hulpverlening zoals de telemedicine die reeds in diverse landen wordt toegepast in de cardiologie, over de inoperabiliteit en de moeilijkheden van de “Cross border e-health” en het voorschrift over de landsgrenzen heen.

Verder onderstreept hij het belang van de elektronische identiteitskaart (EID) vooral om de internationale toegang tot overheidsinstellingen te vergemakkelijken voor de migrerende artsen, maar evenzo voor de migrerende burgers. Hij vestigt de aandacht op een aantal mogelijke initiatieven in Europa zoals een research framework en een digitale Europese agenda.

Hij houdt een pleidooi om de internationale samenwerking te bevorderen en te organiseren in het kader van een Europees innovatieplan. Tevens betreurt hij dat er nog heel wat problemen zijn met de EID, met de professionele EID-kaart van artsen, twee basisvoorwaarden voor een Europees e-Health programma.

De agenda begint traditioneel met **het rapport van de voorzitter**.

Hij dankt zijn medewerkers en vestigt de aandacht op de vele elektronische vergaderingen via internet waardoor heel veel geld wordt bespaard. Er is hard gewerkt aan de kwaliteitsdirectie en aan de herziening van de Europese Working Time Directive (EWTD). Hij drukt er zijn spijt over uit dat, niettegenstaande de diverse contacten, er nog geen nieuws is van Frankrijk, Spanje en Italië i.v.m. een eventuele nieuwe toenadering tot het CPME. Toch blijft de deur open...

De **statuten** worden aangepast en goedgekeurd, waardoor de president en de vicepresidenten nu een mandaat krijgen van drie i.p.v. twee jaar. Het mandaat van de huidige board wordt verlengd met één jaar om de continuïteit van bestuur te verzekeren.

Een probleem met **de erkenning van de diploma's** in de diverse lidstaten wordt aangeraakt door Noorwegen. Elk land heeft een ander systeem van erkenning van diploma's wat soms problemen met zich brengt bij een automatische erkenning. Voorstel tot oprichting van een werkgroep hierover. Een groot probleem is : wie is de autoriteit die het juiste aantal artsen kan bezorgen. In Noorwegen zijn artsen deels ingeschreven in Zweden en deels in Noorwegen, naargelang van het seizoen van het jaar. Welk is dan het juiste aantal van een lidstaat ?? Het voorstel tot een werkgroep wordt niet aanvaard.

In de werkgroep **Mental Health** stelt men voor een tekst te maken over problemen bij jonge artsen zoals depressie, drugverslaving en burn-out....”Doctors for doctors” wordt op de agenda van deze werkgroep geplaatst. Er wordt aan herinnerd dat er in december 2010 in Barcelona een vergadering van de EAPH (European Association for Physician Health) was omtrent dit thema. Ook de CPME- voorzitter was hierop aanwezig en was vol lof over dit initiatief.

Betreffende **E-health** wordt verwezen naar de inleidende spreker, de Heer Timmers. De EID-kaart en de professionele ID-kaart, type HPRO-card, zouden moeten kunnen ter bevordering van de veiligheid van de patiënt. De Europese commissie blijft blijkbaar toch voorstander van een dergelijke professionele identiteitskaart. Probleem is dat een elektronische identiteitskaart, een EID, zelf nog niet zo evident is vermits deze momenteel slechts in enkele lidstaten wordt gebruikt. Dus eerst een persoonlijke EID-kaart Europees invoeren en nadien een professionele identiteitskaart.

Omtrent **Healthy ageing**. Actief en gezond ouder worden is de boodschap. Duidelijke accenten in de richting van onafhankelijkheid, zelfredzaamheid en vertrouwen in “self management” en minder isolering van de ouder wordende bevolking zijn de betrachtingen.

Omtrent **Health inequalities**. Het CPME steunt de oproep tot “Solidarity in Health” opdat de ongelijkheid in sommige gebieden zou aangepakt worden. Belangrijk is de zorg voor drinkbaar water, de betere zorg voor het kind en voor de moeders. De nadruk wordt erop gelegd dat de Nationale Medische Associaties meer aandacht zouden hebben voor het ratificeren van internationale verdragen, die het recht op goede gezondheid en zorg benadrukken, vooral bij de minderbedeelden.

In verband met **Pharmaceutics** werd goedkeuring verleend aan de “Pharmaceutical European Directive for Clinical Trial” en aan een tekst betreffende “Corporate Responsibility” die stelt dat biosimilaire producten zouden moeten verboden worden. Dit zijn geen generische medicijnen en ook geen substitutiemedicaties. Standpunten van het CPME betreffende het “Off Label” voorschrijven, de “Orphan drugs” dienen verder uitgewerkt te worden.

Betreffende **Climat changes** benadrukt het CPME dat er verder actie dient te worden gevoerd om groene energie te promoten ten behoeve van veiligheid en gezondheid, zoals reeds benadrukt op de klimaatbijeenkomst te Kopenhagen, en dat de

volgende klimaatbijeenkomst te Durban in Zuid-Afrika dient te worden voorbereid.

Ten slotte omtrent **Task shifting of young doctors** pleit het CPME voor adequate training van jonge artsen. Verder dient de patiënt steeds de zorg te ontvangen van de meest bekwame gezondheidszorgbeoefenaar. Task shifting, het delegeren van taken die normalerwijze door een arts worden uitgevoerd aan gezondheidswerkers niet-artsen, kan enkel als er onvoldoende artsen aanwezig zijn en, indien dit het geval is, zo mogelijk onder de supervisie van een arts.



## COLOFON

---

### ORDE VAN GENEESHEREN

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

### HOOFDREDACTEURS

Dr. P. Beke, 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.