

TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT
JUNI 2012

NR. 137

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

1 *Dr. P. Beke*

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

- 2 - Klachten over ongeschikte behandeling met homeopathie
- Vestiging van een arts na een stage
 - Verpleegkundige besmet met HIV en HCV – Beroepsgeheim
 - Vestiging van een arts na beëindiging van overeenkomst met ziekenhuis
 - Territoriaal niet-concurrentiebeding in een associatieovereenkomst tussen artsen
 - Professionele artsenvennootschappen – Bestuurders
 - Titel 'sportarts'
 - Verkoop van medische verstrekkingen via internet, meer bepaald via de website www.groupon.be
 - Opvorderen van artsen voor het verrichten van een bloedproef
 - Inzage in het medisch dossier door wetsdokter
 - Verdwijning van een persoon die als onrustwekkend wordt beschouwd
 - De arts en de « direct-to-consumer »-testen in het algemeen en zeker in het genetische domein

INTERNATIONALE KRONIEK

10 - Verslag van het congres van "The European Association for Physician Health" (EAPH), 26 en 27 september 2011, Salzburg

Dr. P. Beke, S. De Maesschalck

- Standing Committee of European Doctors (Comité van Europese artsen). Verslag van de Raad (Board) en van de Algemene Vergadering (General Assemblée), 26 november 2011, Warschau

Dr. P. Beke

In de loop van het eerste trimester van 2012 bracht de Nationale Raad een aantal adviezen uit over verschillende onderwerpen. Het is niet makkelijk ze te becommentariëren zonder te vervallen in een gewone opsomming. In dit “Woord vooraf” zullen dan ook enkel deze besproken worden die het meest interessant lijken.

Naar aanleiding van een vraag van het Kenniscentrum (KCE) heeft de Nationale Raad de provinciale raden om informatie verzocht met betrekking tot het aantal klachten dat ze de laatste jaren behandeld hebben aangaande ongeschikte behandelingen met alternatieve therapieën en de sancties die uitgesproken werden. Zonder zeker te zijn van de exhaustiviteit van de gegevens, bevat het rapport een twintigtal tuchtrechtelijke veroordelingen waarvan een derde betrekking heeft op ten onrechte gebruikte homeopathie bij de behandeling van ernstige aandoeningen.

Een arts vraagt advies aan de Nationale Raad in verband met de deontologische regels die gevolgd dienen te worden wanneer hij/zij bij een patiënt, ziekenhuisverpleegkundige, een positieve serologie voor HIV en HCV ontdekt. Dit probleem wordt beïnvloed door de ontwikkeling van doeltreffende behandelingen die de virale belasting kunnen verminderen en dus ook het besmettingsgevaar voor HIV en kansen op genezing voor HCV bieden. De Nationale Raad verwijst naar zijn advies van 21 maart 2009, met als titel : “Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner”. De krachtlijnen ervan zijn in de eerste plaats dat iedere patiënt recht heeft op eerbiediging van het medisch beroepsgeheim en dat een positieve serologie voor HIV of hier HCV geen uitzonderingscriterium vormt en, ten tweede, dat de arts een informatieplicht heeft met betrekking tot de behandelings- en preventie maatregelen die genomen dienen te worden om besmetting van de behandelde patiënten te vermijden. Voorts heeft hij een omkaderings- en opvolgingstaak. Pas wanneer blijkt, wat hopelijk uitzonderlijk is, dat de patiënt weigert de noodzakelijke voorzorgen te nemen, kan de arts, door zich te beroepen op de noodtoestand en na het advies ingewonnen te hebben van ter zake bevoegde collega’s, de arbeidsgeneesheer van de instelling waar de verpleegkundige werkzaam is inlichten.

De Nationale Raad heeft verschillende adviesaanvragen gekregen in verband met het zogeheten “territoriaal niet-concurrentiebeding” dat van toepassing is na het beëindigen van een opleidingsstage of van een overeenkomst met een ziekenhuisinstelling of artsenassociatie. Dergelijk beding is bijvoorbeeld opgenomen in de opleidingsovereenkomsten van de kandidaten in de huisartsgeneeskunde. Uit de zeer levendige discussie is gebleken dat het probleem zich anders voordoet in de stadscentra dan op het platteland. De Nationale Raad herinnert aan de deontologische regel in artikel 19, § 2, van de Code van geneeskundige plichtenleer : “Een geneesheer zijn cliënteel onttrekken of pogen te onttrekken is verboden.” De praktische toepassing en de vastlegging van een eventuele perimeter tussen de stageplaats of de vroegere activiteit en de nieuwe praktijk vallen onder de bevoegdheid van de provinciale raden, die daarbij rekening houden met de specifieke geografische situatie en de uitgeoefende discipline.

Een advies van 3 maart bevestigt en preciseert de mogelijkheid voor een natuurlijke persoon om zaakvoerder/bestuurder van een artsenvereniging te zijn zonder de hoedanigheid van vennoot van deze vereniging te hebben, maar enkel om beheershandelingen te verrichten die geen invloed hebben op de geneeskundige activiteit van de vennoten.

In een lang advies worden de voorwaarden vastgelegd waaronder een arts zich kan beroepen op de titel van “sportarts”. Deze activiteit is momenteel niet erkend, noch door de FOD Volksgezondheid, noch door het Riziv. De titel dient voorbehouden te worden aan artsen die in het bezit zijn van een diploma dat behaald werd na afloop van een bijzondere, door verschillende universitaire centra georganiseerde opleiding of die het bewijs kunnen leveren van bijzondere erkende bekwaamheden. Deze regels zijn gewoon een toepassing van het algemene beginsel betreffende de toekenning van de titels.

Naar aanleiding van een actie die door de FOD Volksgezondheid ondernomen werd bij verschillende ziekenhuizen, achtte de Nationale Raad het zinvol zich nogmaals uit te spreken over de eventuele inlichtingen die verstrekt dienen te worden aan de politie in geval van een onrustwekkende verdwijning. Dit debat confronteert het belang van de gerust te stellen families en de voortzetting van overbodig geworden onderzoek, enerzijds, met het recht van de patiënt op eerbiediging van het medisch beroepsgeheim, anderzijds. Sommige patiënten wensen dat hun opname geheim gehouden wordt, ook ten overstaan van hun familiale omgeving. De Nationale Raad is van oordeel dat dit recht van de patiënt op geheimhouding geëerbiedigd dient te worden, maar, om verder nutteloos onderzoek te vermijden, kan de arts overleg plegen met de procureur des Konings, waarbij hij eventueel de tussenkomst inroept van de voorzitter van de provinciale raad waarbij hij ingeschreven is.

Tot slot maakt de Nationale Raad zich zorgen over de toename van allerhande genetische testen die rechtstreeks beschikbaar zijn via internet. Bij gebrek aan een goede begeleiding kunnen de uitvoering en de resultaten van deze testen aanleiding geven tot ernstige juridische, sociale, medische, economische en existentiële problemen. Wanneer artsen betrokken zijn bij het voorschrijven en uitvoeren van deze testen, dienen zij de patiënten voorafgaandelijk te informeren over de zin en de waarde van de voorgenomen test, over de eventuele gevolgen van de verkregen resultaten, in het bijzonder wanneer de test overwogen wordt buiten elk diagnostisch of therapeutisch belang, alsook over de mogelijkheid om een beroep te doen op de centra voor medische genetica, die de nodige expertise en ervaring bezitten.

In dezelfde gedachtengang maakt de Nationale Raad ernstig bezwaar tegen de verkoop van medische verstrekingen tegen een zogezegd voordeeltarief via internet, meer bepaald via de site www.groupon.be, zonder voorafgaandelijk contact tussen de patiënt en de beoefenaar.

Prof. dr. Georges RORIVE
Hoofdredacteur

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 21 JANUARI, 4 EN 18 FEBRUARI, 3 EN 24 MAART 2012

- Klachten over ongeschikte behandeling met homeopathie (21/01/2012)
- Vestiging van een arts na een stage (04/02/2012)
- Verpleegkundige besmet met HIV en HCV – Beroepsgeheim (04/02/2012)
- Vestiging van een arts na beëindiging van overeenkomst met ziekenhuis (04/02/2012)
- Territoriaal niet-concurrentiebeding in een associatieovereenkomst tussen artsen (18/02/2012)
- Professionele artsenverenigingen – Bestuurders (03/03/2012)
- Titel 'sportarts' (03/03/2012)
- Verkoop van medische verstrekkingen via internet, meer bepaald via de website www.groupon.be (03/03/2012)
- Opvorderen van artsen voor het verrichten van een bloedproef (03/03/2012)
- Inzage in het medisch dossier door wetsdokter (24/03/2012)
- Verdwijning van een persoon die als onrustwekkend wordt beschouwd (24/03/2012)
- De arts en de « direct-to-consumer »-testen in het algemeen en zeker in het genetische domein (24/03/2012)

2

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

Klachten over ongeschikte behandeling met homeopathie (21/01/2012)

TREFWOORDEN :
Discipline – Homeopathie
DOCUMENTNAAM :
a137003n

In juni laatstleden publiceerde het KCE (Kennis Centrum, Centre d'expertise), zijnde het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, een negatief rapport over homeopathie. Hierin werd gesteld dat "er geen enkel wetenschappelijk bewijs is dat homeopathie werkt." Bij gebruik ervan loopt men het risico een klassieke en noodzakelijke behandeling niet of te laat te starten. Voor meer details, zie : <http://kce.fgov.be/nl/press-release/homeopathie-geen-bewijs-dat-het-werkt-en-toch-veel-gebruikt>

Alvorens zijn rapport te publiceren heeft het KCE de Nationale Raad gecontacteerd met de vraag of er de laatste jaren klachten waren over ongeschikte behandelingen met alternatieve therapieën die ernstige gevolgen voor de patiënt met zich meebrachten. Hieronder vindt u het antwoord van de Nationale Raad.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Naar aanleiding van uw vraag heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de provinciale raden geraadpleegd om te weten of er de laatste jaren klachten waren over ongeschikte behandelingen met alternatieve therapieën die ernstige gevolgen voor de patiënt met zich meebrachten.

De laatste jaren werden er klachten van die aard ingediend waarvan een twintigtal aanleiding hebben gegeven tot een disciplinaire veroordeling uit hoofde van het feit geen verzorging gegeven te hebben die overeenstemt met de huidige wetenschappelijke kennis en misbruik gemaakt te hebben van de diagnostische en therapeutische vrijheid. Een derde van deze gevallen betrof ten onrechte gebruikte homeopathie in de behandeling van ernstige aandoeningen zoals kanker en bronchopneumopathie dikwijls zonder bijkomende onderzoeken.

Vestiging van een arts na een stage (04/02/2012)

TREFWOORDEN :
Clïenteel – Kabinet – Stage
DOCUMENTNAAM :
a137004n

Een provinciale raad vraagt de Nationale Raad advies betreffende de vestiging van een arts, die bij een collega als huisarts in opleiding of als specialist in opleiding een stage heeft volbracht.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 4 februari 2012 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 6 mei 2011 betreffende de stagecontracten.

De Nationale Raad bevestigt het principe dat een arts zich niet mag vestigen in omstandigheden die indruisen tegen de medische deontologie.

Het komt de provinciale raad toe ieder concreet geval te beoordelen, rekening houdend met de plaatselijke omstandigheden.

Verpleegkundige besmet met HIV en HCV - Beroepsgeheim (04/02/2012)

TREFWOORDEN :
Aids – Beroepsgeheim – Geneeskunde (Arbeids-) – HIV – HCV – Verpleegkundige prestaties – Ziekten (Overdraagbare-)
DOCUMENTNAAM :
a137007n

Een arts vraagt de Nationale Raad advies betreffende de houding die aangenomen dient te worden wanneer hij/zij bij een patiënt, ziekenhuisverpleegkundige, een positieve serologie voor HIV en HCV, ontdekt.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 4 februari 2012 besprak de Nationale Raad uw mail van 7 oktober 2011 waarin u hem om advies verzoekt betreffende de houding die aangenomen dient te worden nadat bij een patiënt, ziekenhuisverpleegkundige, een positieve serologie voor HIV en HCV, ontdekt werd.

Als bijlage vindt u het advies van de Nationale Raad van 21 maart 2009, met als titel “*Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner*”, dat gepubliceerd werd in het Tijdschrift van de Nationale Raad nr. 125. Hoewel dit advies handelt over het risico op besmetting door de patiënt in het kader van zijn persoonlijke levenssfeer, gelden de beginselen die er in uiteengezet worden tevens voor het risico op besmetting door de patiënt in het kader van zijn beroepsactiviteiten.

Ter aanvulling van dit advies en rekening houdend met het door de patiënt uitgeoefende beroep van verpleegkundige dat het besmettingsrisico kan verhogen, verstrekt de Nationale Raad u volgende aanbevelingen.

Naast de informatie aan deze patiënt over zijn gezondheidstoestand moet u hem eveneens wijzen op de noodzakelijke en concrete maatregelen die dienen getroffen te worden om tegemoet te komen aan het risico door hem verzorgde patiënten te besmetten en de nadruk leggen op het feit dat niet-naleving van deze maatregelen zijn burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid kan meebrengen.

Indien het risico enkel kan vermeden worden door het wijzigen van zijn activiteiten binnen de ziekenhuisinstelling zal de arbeidsgeneesheer hem kunnen helpen om een oplossing te vinden.

Indien deze verpleegkundige besmet werd ten gevolge van een arbeidsongeval zal de tussenkomst van de arbeidsgeneesheer ook als doel hebben de herhaling van dergelijk ongeval te voorkomen.

In het kader van de zorgverstrekking door u (of een collega naar wie u hem hebt verwezen) is het van belang de patiënt binnen een korte tijdsperiode, bv. twee weken, terug te zien en te ondervragen over de concrete door hem getroffen maatregelen om besmetting te vermijden, om u ervan te vergewissen dat alle aanbevelingen werden begrepen en nageleefd, en hem desgevallend alle nodige hulp voor te stellen om dit doel te bereiken.

Het is pas wanneer blijkt dat deze verpleegkundige spontaan geen maatregelen heeft getroffen ter bescherming van de patiënten dat u hem er zult op attent maken dat zijn houding u er zou kunnen toe verplichten uw beroepsgeheim te doorbreken, bv. door de arbeidsgeneesheer te verwittigen ingeval u van mening bent dat u met een noodtoestand wordt geconfronteerd.

Bovendien, indien de verpleegkundige zich niet meer op uw raadpleging aanmeldt of indien u oordeelt dat ondanks zijn beweringen hij de nodige beschermingsmaatregelen niet heeft getroffen, zult u in geweten moeten beslissen over de aanwezigheid of niet van een noodsituatie die een doorbreking van het medisch geheim kan rechtvaardigen.

Voor het begrip "noodtoestand" en de omstandigheden waarin u zich op deze noodtoestand kunt beroepen verwijst de Nationale Raad opnieuw naar zijn voormelde advies.

Vestiging van een arts na beëindiging van overeenkomst met ziekenhuis (04/02/2012)

TREFWOORDEN :
Contracten – Cliënteel – Kabinet
DOCUMENTNAAM :
a137009n

Een provinciale raad stelt de Nationale Raad een vraag betreffende de vestiging van een arts na het beëindigen van een overeenkomst met een ziekenhuis.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 4 februari 2012 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 14 februari 2011 betreffende de individuele overeenkomst ... en meer in het bijzonder aangaande het uitoefenen van een nieuwe geneeskundige praktijk na het beëindigen van een overeenkomst met het ziekenhuis.

De Nationale Raad verwijst naar zijn adviezen van 18 september 1993 (TNR nr. 62, p. 25) en van 20 mei 1995 (TNR nr. 69, p. 19).

De Nationale Raad bevestigt het principe dat een arts zich niet mag vestigen in omstandigheden die indruisen tegen de medische deontologie, meer bepaald in omstandigheden die aanleiding zouden kunnen geven tot het onrechtmatig onttrekken van cliënteel aan een collega.

Het komt de provinciale raad toe ieder specifiek geval te beoordelen, rekening houdend met de concrete omstandigheden.

De Nationale Raad acht het dan ook niet opportuun in deze materie algemene en uniforme richtlijnen voorop te stellen.

Territoriaal niet-concurrentiebeding in een associatieovereenkomst tussen artsen (18/02/2012)

TREFWOORDEN :
Associaties en contracten tussen geneesheren – Contracten
DOCUMENTNAAM :
a137012n

Een advocaat vraagt de Nationale Raad een advies over de geldigheid van een territoriaal niet-concurrentiebeding bepaald in een associatieovereenkomst tussen artsen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 18 februari 2012 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 19 december 2011. U vraagt hierin wat de juridische geldigheid is van een territoriaal niet-concurrentiebeding in geval van contractbeëindiging, opgenomen in een associatieovereenkomst tussen artsen.

Het behoort niet tot de bevoegdheid van de Nationale Raad te oordelen over de juridische aspecten van uw vraag.

Op deontologisch vlak is het standpunt van de Nationale Raad dat een arts zich niet mag vestigen in omstandigheden die indruisen tegen de medische deontologie, meer bepaald in omstandigheden die aanleiding zouden kunnen geven tot het onrechtmatig onttrekken van patiënten aan een collega.

Het komt de provinciale raad toe ieder specifiek geval te beoordelen, rekening houdend met de concrete omstandigheden.

De Nationale Raad herinnert aan de vrije keuze van de patiënt.

Professionele artsenvennootschappen - Bestuurders (03/03/2012)

TREFWOORDEN :
Bestuurders van vennootschappen – Vennootschappen (Professionele-)
DOCUMENTNAAM :
a137018n

In zijn vergadering van 3 maart 2012 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren besproken of een persoon, natuurlijke persoon of rechtspersoon, zaakvoerder/bestuurder van een artsenvennootschap (in de zin van het artikel 162, § 5, d van de Code van geneeskundige plichtenleer) kan zijn zonder de hoedanigheid van vennoot van deze vennootschap te hebben. Dit vervangt, het advies van 21 mei 2005, TNR nr. 109, p.6.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 3 maart 2012 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren besproken of een persoon, natuurlijke persoon of rechtspersoon, zaakvoerder/bestuurder van een artsvennootschap (in de zin van het artikel 162, § 5, d) kan zijn zonder de hoedanigheid van vennoot van deze vennootschap te hebben.

A.

Het advies van 21 mei 2005 van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren met als titel "Professionele artsvennootschappen – Bestuurders niet-vennoten dienen natuurlijke personen te zijn", TNR nr. 109. P. 6, wordt vervangen door het advies dat volgt waarin de term bestuurder zowel verwijst naar de bestuurder als naar de zaakvoerder van een vennootschap.

Voor beheershandelingen die invloed hebben op de medische activiteit van de vennoten moet de bestuurder een vennoot zijn.

Voor beheershandelingen die geen invloed hebben op de medische activiteit van de vennoten kan de bestuurder een niet-vennoot zijn.

De bestuurder die de hoedanigheid van vennoot heeft en de bestuurder die niet deze hoedanigheid heeft, fungeren als een college waarbij de stem van de bestuurder die de hoedanigheid van vennoot heeft beslissend is. Alle beslissingen worden genomen onder de verantwoordelijkheid van deze laatste.

De bestuurder moet bekend zijn en wanneer het gaat om een rechtspersoon dan moet uit de statuten blijken dat er geen strijdigheid is met de bepalingen van de Code van geneeskundige plichtenleer. Bovendien moet een natuurlijke persoon aangewezen zijn die de bestuurder rechtspersoon vertegenwoordigt.

Het wordt, behalve voor een eenpersoonsvennootschap, aanbevolen dat het mandaat van de bestuurder vennoot een beperkte duur heeft van maximal zes jaar en hernieuwbaar is. Het mandaat van de bestuurder die niet de hoedanigheid van vennoot bezit heeft een beperkte duur van maximaal zes jaar en de benoeming is hernieuwbaar.

De vergoeding moet evenredig zijn met de werkelijk uitgevoerde beheersactiviteit.

B.

Dit advies vervolledigt het advies van 18 oktober 2003 van de Nationale Raad met als titel "Vennootschappen – bestuurders niet-geneesheren", TNR nr. 103, p. 5, dat toelaat dat de bestuursfunctie door een niet-vennoot wordt waargenomen, en brengt een nuance aan naargelang de beheershandeling al dan niet een invloed heeft op de medische activiteit.

Titel 'sportarts' (03/03/2012)

TREFWOORDEN :

Naamborden – Geneeskunde (Sport-) – Praktijk

DOCUMENTNAAM :

a137021n

Een provinciale raad legt aan de Nationale Raad een vraag van een arts voor aangaande de titel 'sportarts'.

Kan een arts deze titel dragen zonder een specifieke opleiding te hebben gevolgd en zijn de adviezen van de Nationale Raad van 18 januari 1986 en van 19 april 1986 nog toepasselijk?

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn zitting van 3 maart 2012 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven aangaande het dragen van de titel 'sportarts' onderzocht.

Met de diploma's, getuigschriften of andere attesten in de sportgeneeskunde vermeld in artikel 6 van het besluit van de Vlaamse Regering van 20 juni 2008 houdende uitvoering van het decreet van 13 juli 2007 inzake medisch [en ethisch] verantwoorde sportbeoefening, kan men de functie van sportarts in sportorganisaties en sportfederaties bekleden. Deze stukken bewijzen dat een arts, huisarts of geneesheer-specialist, beschikt over een bijzondere bekwaamheid aangaande de sportmedische problematiek.

Het hierboven vermelde besluit van de Vlaamse Regering definieert tevens de voorwaarden voor een erkenning als keuringsarts van een sportmedisch centrum, als controlearts of als toezichhoudende arts bij sportclubs.

De functie van keuringsarts is voorbehouden voor houders van het diploma van arts die een van de volgende opleidingen hebben gevolgd: aan de VUB en de KULeuven wordt een master na master sportgeneeskunde georganiseerd gedurende één jaar. In de opleiding aan de VUB wordt samengewerkt met de UGent en de UAntwerpen. Aan de UGent kan men een "getuigschrift van aanvullend onderwijs in de sportgeneeskunde" behalen, ook met een duurtijd van één jaar. In de opleiding van de UGent wordt eveneens samengewerkt met de UAntwerpen. Met deze bijkomende master of dit getuigschrift kan men een erkenning aanvragen van keuringsarts bij het Vlaams ministerie voor sport.

Een door de Vlaamse Gemeenschap erkend keuringscentrum moet minstens één keuringsarts in dienst hebben.

De sportgeneeskunde is in België geen erkend medisch specialisme. Het Riziv erkent geen specifieke nomenclatuur toegankelijk voor sportartsen.

Een arts mag zich slechts beroepen op de titel van sportarts in zoverre hij bijzondere bekwaamheden kan laten gelden die door o.a. de hierboven vermelde opleidingen worden bewezen.

De Nationale Raad merkt op dat op deontologisch gebied de adviezen van de Nationale Raad van 18 januari 1986 (TNR nr. 34, p. 34) en van de Nationale Raad van 19 april 1986 (TNR nr. 34, p. 36) nog toepasselijk zijn.

Verkoop van medische verstrekkingen via internet, meer bepaald via de website

www.groupon.be

(03/03/2012)

TREFWOORDEN :

Honoraria – Publiciteit en reclame

DOCUMENTNAAM :

a137022n

Aan de Nationale Raad wordt het standpunt gevraagd nopens de verkoop van medische verstrekking via internet, meer bepaald via de website www.groupon.be.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Perscommuniqué

In zijn vergadering van 3 maart 2012 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de verkoop van medische verstrekkingen via internet, meer bepaald via de website *www.groupon.be*, onderzocht.

De televerkoop waarbij artsen medische verstrekkingen, desgevallend aan “voordeeltarief”, aanbieden is strijdig met de regels van geneeskundige plichtenleer betreffende reclame en het vaststellen van de erelonen. Artsen die gelinkt zijn aan deze praktijken kunnen tuchtrechtelijk worden vervolgd.

Bovendien is de door een arts gemaakte reclame onderworpen aan de wet van 2 augustus 2002 betreffende de misleidende en vergelijkende reclame, de onrechtmatige bedingen en de op afstand gesloten overeenkomsten inzake de vrije beroepen en aan de wet van 6 juli 2011 tot instelling van een verbod op reclame voor ingrepen van medische esthetiek en tot regeling van de informatie over dergelijke ingrepen, die de aanwending van financiële argumenten uitdrukkelijk verbiedt.

De verkoop van medische verstrekkingen via internet, zonder rechtstreeks voorafgaand contact met de patiënt, biedt deze laatste niet de mogelijkheid tot een optimale uitoefening van zijn rechten zoals ze zijn vastgelegd in de Patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002, die hem in het bijzonder het recht toekent op duidelijke informatie, met name over zijn gezondheidstoestand, op basis waarvan hij kan instemmen met de ingreep van de beoefenaar.

De Orde van geneesheren ziet erop toe dat de bovenstaande regels worden nageleefd door zijn leden. Feiten betreffende artsen die niet zijn ingeschreven op zijn Lijst worden systematisch ter kennis gebracht van de bevoegde instanties.

Opvorderen van artsen voor het verrichten van een bloedproef

(03/03/2012)

TREFWOORDEN :

Bloedafname – Wachtdiensten

DOCUMENTNAAM :

a137024n

De Nationale Raad onderzoekt de procedure bij het opvorderen van artsen voor het verrichten van een bloedproef in het bijzonder tijdens de wachtdienst.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Betreft: Vordering van een arts met het oog op het verrichten van een bloedproef.

Als gevolg van uw brief van 18 oktober 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren in zijn zitting van 3 maart 2012 het volgende advies uitgebracht.

De door een bevoegde overheid voor onder andere het verrichten van een bloedproef opgevorderde arts is op straffe van sanctie wettelijk verplicht aan die opvordering gevolg te geven, behoudens in uitzonderlijke gevallen (zie het artikel 131 van de Code van geneeskundige plichtenleer en het advies van de Nationale Raad van 19 februari 1994, TNR nr. 64, p. 29).

In verband daarmee ontstaan problemen, in het bijzonder bij de opvordering van **een arts met wachtdienst** (zowel huisartsen van wacht als artsen op spoedgevallendiensten), wat met het correct functioneren van de wachtdienst zou kunnen interfereren (zie o.m. de artikelen 8 en 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en het advies van de Nationale Raad van 6 december 2008 omtrent *Wachtdienst in huisartsgeneeskunde*).

Onderzoek door de Nationale Raad naar aanvaardbare oplossingen heeft aangetoond dat deze in ruime mate worden beïnvloed door lokale en regionale omstandigheden. In het licht van dit onderzoek is de Nationale Raad van mening dat een eenvormige oplossing voor deze problematiek niet opportuun en realiseerbaar is. De aanbeveling is dat per regio door de organiserende beroepsorganisaties dient gestreefd te worden naar lokale oplossingen, wat best gebeurt in overleg met de procureur des Konings bij de rechtbank van eerste aanleg van het betreffende gerechtelijk arrondissement, de provinciale raad en de Provinciale Geneeskundige Commissie.

Inzage in het medisch dossier door wetsdokter (24/03/2012)

TREFWOORDEN :

Dossier (Medisch) – Geneeskunde (Gerechtelijke-)

DOCUMENTNAAM :

a137026n

Een provinciale raad vraagt bijkomende uitleg betreffende het advies van de Nationale Raad van 28 mei 2011 met de titel 'Inzage in het medisch dossier door wetsdokter'.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 24 maart 2012 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brief van 19 oktober 2011 bestudeerd waarin u bijkomende uitleg vraagt aangaande het advies van de Nationale Raad van 28 mei 2011 met als titel "Inzage in het medisch dossier door wetsdokter" TNR nr. 134.

Meer in het bijzonder ondervraagt u hem over de eventuele wijziging van artikel 62b van de Code van geneeskundige plichtenleer in die zin dat dit de toestemming van de patiënt vereist terwijl dit niet altijd het geval is in strafzaken.

1. In het kader van een strafrechtelijk onderzoek kunnen het parket of de onderzoeksrechter, volgens de uitvoeringsbepalingen gedefinieerd door de wet, gebruik maken van het dwangbevel om beslag te leggen op een medisch dossier. In dat geval is de toestemming van de patiënt niet nodig.

De onderzoeksrechter heeft de macht beslag te laten leggen op een medisch dossier of een arts-deskundige op te vorderen om het te raadplegen, zonder het akkoord van de patiënt.

De procureur des Konings beschikt slechts over deze macht in geval van heterdaad. Buiten dit geval kan hij geen arts-deskundige opvorderen om een medisch dossier te raadplegen zonder vooraf de toestemming van de betrokken patiënt, van zijn vertegenwoordiger of van zijn mandataris verkregen te hebben.

Hieruit volgt dat het de gerechtelijke overheid is die beslist beslag te leggen of de medische gegevens te raadplegen, en niet de aangewezen deskundige.

2. In het kader van een burgerlijke procedure kan de feitenrechter beslissen dat een arts-deskundige kennis neemt van het medisch dossier van de patiënt.

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen :

- de patiënt heeft een gerechtelijke procedure aanhangig gemaakt om schadevergoeding te verkrijgen. De wet verplicht hem het bewijs van de fout, van de schade en van het oorzakelijk verband tussen de twee te leveren. Indien hij aan de wetsdokter de toegang tot zijn medisch dossier weigert, zou hem kunnen verweten worden dit bewijs niet aan te brengen en zou zijn vraag tot schadevergoeding verworpen kunnen worden.
- de patiënt heeft een gerechtelijke procedure aanhangig gemaakt om vergoeding te verkrijgen voor schade die hij toeschrijft aan een fout van zijn arts, wiens aansprakelijkheid hij in het geding brengt. In dat geval kan de feitenrechter de overlegging van het dossier of de raadpleging ervan door de arts-deskundige bevelen (art. 877 van het Gerechtelijk Wetboek).

Er zijn twee situaties denkbaar :

- indien de patiënt, eisende partij, zich ertegen verzet zal de rechtbank vaststellen dat de expertise niet kan plaatshebben, wat gevolgen zal hebben voor het bewijs van de fout ;
- indien de patiënt, verwerende partij, zich ertegen verzet is het de taak van de rechtbank na te gaan of redenen voor het verzet al dan niet geldig zijn, of de arts nu het medisch geheim of om het even welke ander reden inroept.

3. In zijn huidige vorm bedoelt artikel 62b niet de mededeling van medische gegevens onder de vorm van een gerechtelijke dwang.

Deze bepaling zou trouwens in elk geval de toepassing van de wettelijke regels van openbare orde (Wetboek van strafverordening) niet kunnen tegenhouden.

Met deze verduidelijking is de Nationale Raad de mening toegedaan dat een wijziging van artikel 62b van de Code van geneeskundige plichtenleer niet noodzakelijk is.

Verdwijning van een persoon die als onrustwekkend wordt beschouwd (24/03/2012)

TREFWOORDEN :

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

DOCUMENTNAAM :

a137028n

De Nationale Raad besprak nogmaals de problematiek van de eerbiediging van het medisch geheim in het kader van de onderzoeken die de politie uitvoert in ziekenhuizen naar aanleiding van de verdwijning van een persoon die als onrustwekkend wordt beschouwd.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 24 maart 2012 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren nogmaals de problematiek van de eerbiediging van het medisch geheim in het kader van de onderzoeken die de politie uitvoert in ziekenhuizen naar aanleiding van de verdwijning van een persoon die als onrustwekkend wordt beschouwd.

De Nationale Raad bevestigt zijn adviezen van 24 april 1999 over "Opname in een psychiatrisch ziekenhuis - Mededeling aan politie of procureur des Konings" (TNR nr. 85, p. 10) en van 8 mei 2010 over "Onderzoek door de politie in ziekenhuizen – Beroepsgeheim" (TNR nr. 130, p. 4).

Voor alle duidelijkheid voegt de Nationale Raad aan de laatste alinea van het advies van 8 mei 2010 een zin toe, zodat deze alinea wordt : "Op grond van deze uitvoerige discussie en rekening houdend met de wettelijke regels terzake, bevestigt de Nationale Raad zijn advies van 24 april 1999 over "Opname in een psychiatrisch ziekenhuis - Mededeling aan politie of procureur des Konings" "(TNR nr. 85, p. 10) en preciseert hij dat de erin uiteengezette principes van toepassing zijn voor elk ziekenhuis."

De arts en de « direct-to-consumer »-testen in het algemeen en zeker in het genetische domein (24/03/2012)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Bloedafname – Persoonlijke levenssfeer – Ziekenhuizen

DOCUMENTNAAM :

a137031n

Aan de Nationale Raad wordt een vraag gesteld betreffende vaderschapstesten via het internet en de verantwoordelijkheid van de artsen die de bloedafname uitvoeren.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

Tegenwoordig kan door de burger een toenemend aantal genetische testen rechtstreeks via het internet worden besteld. Het betreft zowel vaderschapstesten, moederschapstesten, zygositeitstesten, broer-zusterrelatietestesten, Y-chromosoomonderzoek, prenatale testen, farmacogenetische testen, als testen die het risico van de aanvrager voor talrijke aandoeningen vergelijken met het algemene risico in de bevolking. Sinds 2011 is zelfs een totale genoomanalyse via het web beschikbaar.

Het spreekt voor zich dat, zo niet goed begeleid, de uitvoering en resultaten van deze testen aanleiding kunnen geven tot ernstige juridische, sociale, medische, economische en existentiële problemen. Men categoriseert nochtans deze testen gemakkelijk als "lifestyle-testen" en motiveert de vrije beschikbaarheid ervan vanuit het zelfbeschikkingsrecht: burgers kunnen zelf wel oordelen of een test al dan niet nuttig is.

Is voor sommige testen nog een bloedafname en een zorgverstrekker die deze akte kan en mag uitvoeren noodzakelijk, dan vergt de verzameling van ander onderzoekmateriaal nauwelijks of geen professionele hulp. Hierdoor kunnen deze onderzoeken aan quasi iedere professionele controle ontsnappen.

Indien artsen toch bij een dergelijke vraag betrokken worden, dienen ze zich te laten leiden door de deontologische principes die bepalen dat geen testen gebruikt worden zonder medisch-therapeutisch doel en die als regel stellen zich niet te mengen in familiale aangelegenheden. Artsen zijn in deze materie bij uitstek geplaatst om de patiënten te informeren niet alleen over de waarde van de testen, maar ook over bijvoorbeeld de complexiteit van het informed consent. Wat met onverwachte positieve of negatieve gegevens? Wat is de weerslag op ons gezondheidssysteem? Welke zijn de consequenties van medisch-wetenschappelijk niet onderbouwde preventieve maatregelen als gevolg van medisch niet verantwoorde genetische onderzoeken. Wat met de niet gewilde informatie over derden? Is er veiligheid ingebouwd om deze gegevens niet toegankelijk te moeten of mogen maken voor verzekeringsmaatschappijen of werkgevers, zoals de huidige wetgeving trouwens bepaalt? Wat met de privacy? Wat met de problematiek van het gebruik van dit type testen bij minderjarigen?...

Idealiter zouden we kunnen hopen dat de bestelling van genetische testen via internet bij wet verboden wordt en dat het uitvoeren ervan bij wet alleen kan op medisch voorschrift in een speciaal erkend laboratorium, maar of dit in een open wereld nog realistisch is, is een andere vraag.

Politiek en maatschappelijk lijkt daarom minstens een zeer brede informatiecampagne noodzakelijk om "direct-to-consumer"-testen in het algemeen en zeker in het genetisch domein, voor het brede publiek in een voorbehoedend en breed-evenwichtig

kader te plaatsen.

Hierbij kan beroep gedaan worden op de al erkende centra voor medische genetica, die hierin een bijzondere expertise en ervaring bezitten.

Verslag van het congres van “The European Association for Physician Health” (EAPH), 26 en 27 september 2011, Salzburg

Dr. P. Beke
S. De Maesschalck

Samenvattend wordt in diverse studies bevestigd dat artsen zowel psychisch als fysiek vrij vatbaar zijn voor ziekten en voor sommige ziekten zelf meer vatbaar dan de doorsneebevolking.

Eveneens wordt bevestigd dat artsen vaak te laat advies vragen voor hun ziekte, dat ze vaak te weinig worden behandeld en ook dat ze vaak zichzelf behandelen.

Tevens wordt benadrukt dat een zieke arts problemen kan opleveren voor de kwaliteit van de zorg die hij zijn patiënten levert. Het is en blijft zijn verantwoordelijkheid als daar iets misloopt en dat is vaak ook de oorzaak van de klachten die gemeld worden aan de overheid of aan de regulerende instanties of tuchtorganen.

De trend is internationaal dat er in deze problematiek bij artsen minder wordt bestraft en vooral wordt getracht de zieke arts aan te zetten om een behandeling te volgen, hem hierbij advies te verlenen en te begeleiden in zijn probleem.

Er wordt ook naar gestreefd een ondersteuning, een eventuele plaatsvervangende te vinden voor de praktijk en zo mogelijk worden er oplossingen gezocht om de werkomstandigheden te verbeteren.

In de diverse landen zijn het dikwijls de regulerende instanties die de problematiek van de zieke arts naar zich toe trekken of althans actief meehelpen om oplossingen te zoeken.

De nadruk wordt vooral gelegd op preventie, op het voorkomen van problemen als burn-out, middenmisbruik en verslaving, door reeds bij de opleiding van jonge artsen goede informatie te geven over de niet te onderschatten zware taken die jonge artsen te wachten staan.

Verder dienen werkvoorwaarden en samenwerking geoptimaliseerd te worden en de jobstress geminimaliseerd.

De instroom, de toegang tot het zorgcircuit dient ook voor artsen heel laagdrempelig te zijn via bijv. een online netwerk met een telefoonmeldpunt waar ter zake opgeleide arts-experten onmiddellijk richting en advies kunnen geven om een opvang of een behandeling te starten.

De aandacht werd ook getrokken op het belang van goed opgeleide artsen therapeuten o.a. huisartsen die specifiek opgeleid zijn om een zieke collega als arts-patiënt te behandelen: Doctors for doctors.

Ten slotte zijn er diverse landen waar een “Fitness to practice” systeem bestaat waarbij geoordeeld wordt of een arts al dan niet terug geschikt is om zijn praktijk uit te oefenen. Hierbij zijn diverse tussenoplossingen mogelijk, gaande van volledig verbod op praktijkvoering, tot waarschuwing, of tot het werken onder supervisie en onder strikte voorwaarden.

Sessies van 26 september 2011

“Meeting the challenges of change – my story so far” door Julia Whiteman (UK)

Mevrouw Whiteman neemt deel aan de congressen van EAPH sinds 2008 en het valt haar op dat de andere landen steeds meer open staan voor problemen aangaande gezondheidsproblemen bij artsen (zie Noorwegen, Spanje, ...).

Momenteel is men in Engeland, meer bepaald in Londen, bezig aan een project om de kwaliteit van patiëntenzorg te verzekeren die artsen en tandartsen verschaffen door middel van onder andere gespecialiseerde case studies, coaching en mentoring.

Het voorbeeld wordt aangehaald van een arts in opleiding die lijdt aan een chronische ziekte nl. spierdystrofie. Hij heeft de fysieke onmogelijkheid training te volgen en toch wil hij arts worden maar kan niet. Wat dan ?? Moet de kandidaat arts toegelaten worden tot de studie en de training? Wat kan hiervoor gedaan worden?

Men wil een ‘medical performance support unit’ oprichten en professionele steun verlenen aan artsen in alle stadia van hun medische carrière. Er zijn aanzienlijke professionele uitdagingen die inherent zijn aan hun klinische verantwoordelijkheid.

Artsen in opleiding kunnen extra druk ondervinden zoals werken in een deel van het land waar zij weinig of geen persoonlijke band mee hebben. Ze moeten vrij frequente veranderingen doorstaan en zich aanpassen aan elke nieuwe situatie.

Ook artsen kunnen geraakt worden door gebeurtenissen die zich afspelen buiten het werkgebied.

Om al deze redenen en andere hebben artsen soms behoefte aan professionele steun. Eén enkele benadering is niet aangegeven, wegens de diversiteit van behoeften. Daarom heeft Londen Deanery verschillende diensten opgericht zodat de artsen in Londen voldoende worden gesteund.

Ze hoopt dat dit congres haar nieuwe inspiratie en ideeën geeft voor de verdere ontwikkeling van steun aan artsen.

“Shifting landscapes: cultures and services. Developing an integrated model of support” door Debbie Cohen (UK)

Ze meldt dat meer dan 90% van de zaken van GMC betrekking hebben op mentale problemen en middenmisbruik. Zelfmoord en zelfmoordneigingen zijn aanzienlijk groter bij artsen, tandartsen, verpleegkundigen. Vaak werken artsen terwijl zij ziek zijn en zij hun patiënten met dezelfde symptomen terzelfdertijd zouden aanraden thuis te blijven. Artsen zoeken vaak te laat en te weinig hulp of ze behandelen zichzelf.

De gezondheidszorgbeoefenaars zijn verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid aangezien dit de kwaliteit en de veiligheid van de zorg beïnvloedt die aan patiënten wordt gegeven. Good doctor = better patient. Dit omvat dat elke dokter:

- dient geregistreerd te zijn bij een huisarts;
- voordeel kan halen uit inenting voor besmettelijke ziekten;

- moet kunnen vragen naar professioneel advies aangaande zijn slechte gezondheid, het beheren van zijn ziekte en de toegang tot de aangewezen behandeling en de follow-up ervan;
- onmiddellijk moet kunnen vragen om advies omtrent de geschiktheid om te werken wanneer ziektesymptomen optreden;
- niet zou mogen werken wanneer hij werkelijk ziek is.

Zieke gezondheidsbeoefenaars moeten toegang hebben tot geschikte lokale diensten. Het mag zeker niet de kwaliteit van de zorg compromitteren. Er is nood aan snelle toegang tot een huisarts en artsen met bepaalde vaardigheden. Er moet vertrouwelijke specialistenbeoordeling en behandeling zijn door geschikte, opgeleide en geaccrediteerde gezondheidsbeoefenaars. Om dit te kunnen realiseren is het vereist dat

- opleiding wordt voorzien van een groep gezondheidsbeoefenaars met vaardigheden in het behandelen van gezondheidsbeoefenaars, “doctors for doctors”;
- er praktische regels ontwikkeld worden inzake financiering, supervisie en steun van de zieke arts;
- er twee tot vier specialistendiensten in Engeland voor gezondheidsbeoefenaars zouden opgericht worden, in het bijzonder voor de artsen met complexe geestelijke gezondheidsproblemen of verslaving.

‘A model for health services for health professionals’ toont aan hoe de gezondheidsdiensten voor gezondheidsbeoefenaars bereikt zouden moeten kunnen worden. Een combinatie van huisartsen en beroepsartsen met specifieke vaardigheden zouden de zieke gezondheidsbeoefenaars dienen te beoordelen en te begeleiden.

Level 4 Secondary care inpatient and outpatient care (psychiatrists, psychologists and nurses with enhanced skills)

Level 3 Specialist Services

Level 2 General practitioners and occupational health

Level 1 All health professionals and health service managers

Level 0 Staff responsibility for health and wellbeing (trained and skilled in recognising possible health problems, providing early support and advising on access to GPs and occupational health)

Een sterke interprofessionele interactie en communicatie is cruciaal, vooral aangaande rehabilitatie en het organiseren van de terugkeer naar de werkplaats van de zieke beroepsbeoefenaar.

In Engeland bestaan er al diverse initiatieven om gezondheidsbeoefenaars met problemen te helpen, maar het is sterk verschillend van gebied tot gebied.

Er is een website www.h4hp.co.uk opgericht om artsen met gezondheidsproblemen en hun families te steunen en te betrekken bij hun behandeling. Men wil wegwijzers voorzien die artsen met gezondheidsproblemen kunnen bijstaan bij het vinden van de informatie en de steun die zij nodig hebben.

“Regulations across Europe” door Richard Brennan (Ierland), Anna Rowland (Engeland), Olaf Aasland (Noorwegen) en Wilfried Kunstmann (Duitsland)

Ierland door Richard Brennan

Er bestaat een Medical Practitioners Act. Deze akte hervormde radicaal de verordening van het medische beroep in Ierland. Ze voorziet in de registratie en de controle van artsen, wijzigt het lidmaatschap en de functies van de Ierse Medische Raad (IMC) en verplicht de IMC om diverse commissies op te zetten om klachten te overwegen die tegen artsen worden gemaakt.

Op 16 Maart 2009 werd de registratie van artsen, de rol van de IMC en de Uitvoerende macht van de Gezondheidsdienst (HSE) met betrekking tot medisch onderwijs, opleiding en de erkenning van kwalificaties effectief.

Daarnaast bestaat er ook de ‘Guide to professional conduct and ethics for registered medical practitioners’ van 2009. De medische Raad heeft daarin een aantal specifieke onderwerpen, met inbegrip van toestemming, vertrouwelijkheid, zorg op het levenseinde, en het verstrekken van informatie aan het publiek willen verduidelijken. De gids wordt sinds 1979 jaarlijks door de Raad (IMC) bijgewerkt.

Engeland door Anna Rowland

Handelt vooral over “The procedure of the fitness to practice”

De GMC behandelt slechts de ernstigste klachten, bijvoorbeeld situaties waar een arts een reëel risico is voor patiënten.

Ze bekijken alle klachten zorgvuldig om te zien of er kwesties zijn die moeten onderzocht worden. In sommige gevallen zal het vanaf het begin duidelijk zijn dat het niet aangewezen is te onderzoeken bijvoorbeeld omdat het niet over een arts gaat, of omdat het geval duidelijk buiten hun criteria valt voor het voeren van een actie tegen een arts. Als men besluit dat de kwestie die in de klacht wordt besproken geen ernstig bezwaar inhoudt over de geschiktheid van een arts, zal men naar de werkgever van de arts schrijven om hem op de hoogte te brengen. Als de arts binnen de NHS (National Health Service) tewerkgesteld is, laat men de werkgever beslissen welke actie hij als aangewezen beschouwt. Hij moet melden aan de GMC wanneer er kwesties zijn waar de GMC actie dient te ondernemen om patiënten te beschermen.

Als de GMC beslist de klacht te onderzoeken, zullen zij de arts inzage verlenen in de klacht waarop hij dan opmerkingen kan maken. Daarop kan door de klager geantwoord worden. Zodra de GMC de informatie heeft verzameld die nodig is, zal het geval door twee gevaluexaminators (de ene is medisch, de andere niet-medisch) worden bekeken.

De gevaluexaminators zullen nagaan of de bezwaren al dan niet ernstig genoeg zijn opdat de arts de hoorzitting kan bijwonen.

Volgende resultaten of uitspraken zijn mogelijk:

-het sluiten van de zaak zonder verdere actie;

-de arts een waarschuwing geven: “warning”;

-‘undertakings’, voorstellen: de arts kan voorgesteld worden om onder supervisie bij te scholen

In om het even welk stadium in het proces kan de GMC de arts naar het ‘Interim Orders Panel’ (IOP) doorverwijzen. Het IOP heeft de bevoegdheid om voorwaarden op te schorten of op te leggen aan de registratie van de arts terwijl het onderzoek loopt.

‘The Fitness to Practise Panel’ bekijkt het bewijsmateriaal en besluit of de arts geschikt is om zijn praktijk uit te oefenen. Als het comité besluit dat de arts niet geschikt is, kan men volgende beslissingen nemen:

- ofwel geen actie ondernemen;
- ofwel ‘undertakings’ aanvaarden die door de arts worden aangeboden op voorwaarde dat het comité van oordeel is dat de veiligheid van de patiënt en het openbare belang worden gerespecteerd;
- ofwel werkplaatsvoorwaarden bepalen (bijvoorbeeld arts kan enkel medisch werk verrichten onder supervisie);
- ofwel schorsen;
- ofwel schrappen.

Ter info: www.gmc-uk.org

Noorwegen door Olaf Aasland

In Noorwegen bestaat een ‘Board of Health Supervision’. Dit is een onafhankelijk supervisiegezag, verantwoordelijk voor de algemene supervisie van gezondheid en sociale voorzieningen in het land en sinds 1 januari 2010 ook voor kinderbescherming.

De Raad ontvangt informatie over mogelijke schendingen van bijvoorbeeld patiënten, verwanten, werkgevers, politie en media. Ongeveer 2000 gevallen worden elk jaar onderzocht om te bepalen of er een inbreuk op wetten of verordeningen is geweest.

Als zich een inbreuk heeft voorgedaan, kan de Noorse Raad administratief reageren door aan een instelling bijvoorbeeld instructies te geven om de werkvoorwaarden te verbeteren, of hij kan een waarschuwing geven of de vergunning intrekken. Van 2002 tot 2010 heeft de Raad 40 waarschuwingen gegeven, 6 schorsingen of beperkingen in de uitvoering.

Daarnaast bestaat ook ‘registration authority for health personnel’. Zij verlenen professionele vergunningen die nodig zijn voor een beroep binnen de juridisch geregelde categorieën van het gezondheidszorgpersoneel (27 categorieën). De vergunning vertegenwoordigt de volledige en de permanente goedkeuring of kan één of meerdere beperkingen opleggen met betrekking tot de duur van de maatregel, in de onafhankelijke of begeleide praktijk.

Daarvoor bestaat een register dat wekelijks wordt bijgewerkt.

Duitsland door Wilfried Kunstmann

De Bundesärztekammer is de gezamenlijke vereniging van de Artsenkamers van de Staten (Landesärztekammern). Ze vertegenwoordigt de belangen van ongeveer 440.000 artsen in kwesties met betrekking tot het professioneel beleid. Ze speelt een actieve rol bij het verlenen van advies met betrekking tot de gezondheid en de sociale politiek en in wetgevende procedures.

De rol van de Bundesärztekammer is :

- het verzekeren van goede medische behandeling van de bevolking;
- een gevoel van eenheid onder alle artsen in Duitsland ontwikkelen door hen te adviseren en hen te informeren over processen en activiteiten die van belang zijn en relevant voor het medische beroep, de gezondheidszorg en de maatschappij;
- eenvormige plichten en principes voor de medische praktijk ontwikkelen;
- de professionele belangen van het medische beroep beschermen in kwesties die verder gaan dan de jurisdictie van één enkele staat (Land). Contact onderhouden met de Federale Overheid, de Bundestag en de Bundesrat (de twee huizen van het parlement) en politieke partijen;
- meedelen van de standpunten van het medische beroep inzake gezondheidsbeleid en geneeskunde;
- het bevorderen van de permanente vorming;
- het bevorderen van een kwaliteitsverzekering;
- goede relaties met medische verenigingen onderhouden in het buitenland ;
- toezicht houden op de Professionele code (Berufsordnung) die de ethische en professionele verplichtingen van artsen onder elkaar en ten opzichte van de patiënten regelt.

“Health, lifestyles and academic conditions of medical students in Catalonia” door Manuel Salamero

Deze studie toont aan dat de studententijd de ideale tijd is om voorlichting te geven betreffende het belang van het zorgen voor de eigen gezondheid en hen voor te bereiden om hun professionele praktijk op een gezonde manier uit te voeren.

Uit onderzoek is gebleken dat studenten geneeskunde zichzelf goed kunnen inschatten. Ze hebben een probleem met alcohol, met kalmeringsmiddelen, maar het roken van tabak en cannabis is bij hen lager dan bij studenten uit andere richtingen.

Toch is er nood aan verandering bijvoorbeeld om stress te verminderen, een gezonde levensstijl te promoten en vooral emotionele gedragsstoornissen tijdig aan te pakken.

“A comparison of job satisfaction and effort-reward imbalance between Germany and Norwegian physicians in private practice” door Edgar Voltmer

Deze studie onderzocht de tevredenheid en de spanning van jobs van Duitse en Noorse artsen in privépraktijk. Er werd een representatieve steekproef van artsen in privépraktijk in Sleeswijk-Holstein, Duitsland en een nationale steekproef van Noorse huisartsen en privépraktijkspecialisten onderzocht. Men maakte gebruik van een vragenlijst.

De Noorse artsen noteerden beduidend hoger op alle punten van de schaal van de baantevredenheid in vergelijking met Duitse artsen. Er was geen significant verschil in het gemiddelde van de algemene inspanningsschaal tussen de Duitse en de Noorse artsen, toch noteerden de Noorse artsen beduidend hoger op de beloningsschaal.

De werkuren, de inspanningen, de beloning en de landverschillen vertegenwoordigden 37.4% van het verklaarde verschil

van baantevredenheid.

Deze bevindingen vragen dan ook actieve preventie en gezondheidsbevordering onder de praktiserende artsen, met een speciale nadruk op betere werkvoorwaarden.

“Sick leave after a counseling intervention prevents later burnout: a three year follow up study of Norwegian doctors” door Karin Isaksson Ro

De kennis over belangrijke factoren bij burn-out is nodig, maar er is een gebrek aan studies aangaande burn-out en hun gevolgen onder artsen. Deze driejarige opvolgstudie wilde de strategieën, de baanspanning en de persoonlijkheidstrekken bij burn-out na een adviesinterventie onderzoeken.

Er werden 227 artsen gevolgd die de interventie aangaande burn-out bijwoonden in de Villa Sana met zelfrapportbeoordelingen bij basislijn, bij éénjarige, en bij driejarige follow-up. Emotionele uitputting, jobstress, het hoofd bieden aan strategieën en neuroticisme werden onderzocht. Veranderingen werden geanalyseerd.

184 artsen (81%, waarvan 83 mannen, 101 vrouwen) voltooiden de driejarige opvolgbeoordeling. Er was een beduidende vermindering van emotionele uitputting en van de jobstress na één jaar na de interventie. Dit bleef zo gedurende de driejarige follow-up.

Uit de studie kan men afleiden dat het hoofd kunnen bieden aan problemen en de jobstress belangrijk zijn in interventieprogramma's.

Sessies van 27 september 2011

“Training doctors to treat colleagues” door Rhona Knight (UK)

Veel van de problemen ontstaan omdat de artsen het moeilijk vinden om patiënt te zijn. Artsen zijn opgeleid tot artsen en om patiënten te behandelen. Wanneer een arts ziek is moet hij leren patiënt te zijn.

Het 'ICGP Health Programma' heeft een proefproject opgesteld dat artsen traint om artsen te behandelen en de leiding te nemen in het overleg. Bijvoorbeeld, ze overleggen met de arts-patiënt over de aard van het recept en schrijven het recept voor hem voor. Ze vragen niet 'Wilt u het voor uzelf voorschrijven?'. De arts wordt behandeld als een patiënt.

Het doel van het proefproject is tweeledig. Ten eerste is het een trainingsprogramma om kennis, vaardigheden en expertise aan alle huisartsen aan te bieden die een rol spelen in de zorg voor gezondheidswerkers met gezondheidsproblemen (Certificate in Practitioner Health (CPH) deel 1). Ten tweede is het de bedoeling om een lijst van huisartsen te maken die specifieke interesse hebben in dit domein (CPH deel 2).

CPH deel 1 maakt gebruik van verschillende leermethoden en stijlen, met inbegrip van e-learning en facetofacedag. Een cursus "health for health practitioners" wordt verstrekt.

De cursus onderzoekt de problemen rond de gezondheid van artsen en wat kan gedaan worden in een huisartsenpraktijk om de verzorging van de arts-patiënt te verbeteren. De beroepsbeoefenaars worden, net als hun patiënten, ziek.. Een slechte gezondheid van de arts heeft een negatief effect op de zorg voor zijn patiënten, het leven van zijn familie, zijn vrienden, van de arts zelf, en van zijn collega's-artsen.

Deel 2 omvat facetofaceonderwijs; veldwerk, het werk ter plaatse leren, multidisciplinair leren en reflectief leren. Elke deelnemer heeft een onderwijsbegeleider. De evaluatie zal gebeuren op basis van het behalen van de vereiste competenties.

“Teaching quality improvement and safety in healthcare for doctors” door André Rochfort (Ireland)

Het programma van de ICGP heet 'Gezondheid in de praktijk (HIP)' en heeft als doel de goede gezondheid van beroepsbeoefenaars en hun psychologische gezondheid te bevorderen en te handhaven.

Het programma van de Gezondheid bestaat in de praktijk uit gezondheidszorgnetwerken en een informatiedienst. De HIP verstrekt vertrouwelijke gezondheidszorg door drie netwerken:

- een huisartsennetwerk;
- een netwerk voor Occupational Physicians ;
- een netwerk van psychiaters.

Het wil helpen bij het hoofd bieden aan problemen en adviseert artsen "niet zelf te behandelen" en dat "elke arts een GP (huisarts) dient te hebben."

De HIP verleent de informatie telefonisch, per fax, per e-mail of per post.

“Psychiatrists treating doctors” door Pilar Lusilla (Spanje)

Artsen ondervinden moeilijkheden om patiënt te zijn. Ook een arts die een collega behandelt, vindt dit moeilijk. Een arts-patiënt moet anders benaderd worden dan een "gewone" patiënt. Er is over dit onderwerp weinig gepubliceerd, zeker wanneer het gaat om psychische problemen.

In Catalonië is een speciaal programma opgericht, namelijk PAIMM (the Integral Care Programme for Sick Physicians/ het integrale Programma van de Zorg voor Zieke Artsen). Het werd in 1998 gezamenlijk gecreëerd door de medische vereniging van Catalonië en het Ministerie van de Gezondheid (van de Autonome Overheid van Catalonië).

Hun filosofie is niet bestraffend, er is vrijwillige toegang, preventie en het bevorderen van rehabilitatie.

Het behandelingsprogramma wordt uitgevoerd in de Klinische Eenheid van PAIMM, een privéziekenhuis in Barcelona.

De klinische eenheid wordt exclusief gereserveerd voor PAIMM en bestaat uit diverse secties: een ziekenhuisopname, een dagziekenhuis en ambulante behandelingen.

Het professioneel team bestaat uit zeven psychiaters, één arts interne geneeskunde, vier psychologen, vijf verpleegsters en

drie medewerkers.

Het project wordt gefinancierd door fondsen.

Bij de psychiaters die werkzaam zijn in PAIMM is een studie verricht. Aan 57 psychiaters werd gevraagd om mee te werken aan de studie. Ze moesten een vragenlijst invullen aan de hand van een 5-puntenschaal. 41 psychiaters namen effectief deel. De resultaten van de studie zijn:

- het is moeilijk om een collega te behandelen;
- een arts-patiënt behandelen is moeilijker dan een "gewone" patiënt;
- een arts-patiënt wacht langer om hulp te zoeken;
- ze ondervinden problemen om artsen met psychische problemen terug aan het werk te laten;
- de vertrouwelijkheid speelt een grote rol;
- een arts-patiënt heeft nood aan private behandeling;
- een arts-patiënt behandelen geeft hen meer arbeidsvreugde ;
- er is nood aan training om een arts-patiënt te behandelen;
- een arts-patiënt wordt meer beschermd dan een "gewone" patiënt;
- een arts-patiënt behandelen heeft invloed op de arts zelf;
- een arts-patiënt behandelen vereist meer communicatievaardigheden;
- artsen zijn meer op de hoogte van hun eigen ziekte;
- een arts-patiënt apprecieert het dat hij wordt behandeld door een arts die gespecialiseerd is in behandelen van collega's;
- een arts-patiënt wil snel terug aan het werk;
- een arts-patiënt behandelen is complexer.

"Remed – a Swiss support network for physicians in crisis" door Michael Peltenburg (Zwitserland)

In Zwitserland heeft men ReMed (Rete Medicorum) opgericht. Dat is een ondersteunend netwerk dat artsen in crisis of onder extreme druk helpt.

Het is opgericht door artsen in 2007. ReMed "redt" collega's met professionele en persoonlijke problemen door middel van crisisinterventie, begeleiding en coaching. In bijzondere gevallen, zoals wanneer een arts zijn licentie om de geneeskunde uit te oefenen dreigt te verliezen, bemiddelen ze ook als onderdeel van een behandelplan.

Na een drie jaar durende proeffase in de Zwitserse kantons Thurgau en Neuenburg, is ReMed nationaal gegaan om artsen te helpen met burn-out, emotionele uitputting, depersonalisatie en andere vormen van nood.

Het is gesponsord en gefinancierd door de Federatie Medisch Helvetica en de Zwitserse Medische Associatie. Het programma heeft al hulp geboden aan meer dan 130 artsen in het drie jaar durende proefproject. Meer dan 100 mensen bezoeken maandelijks de website.

Artsen kunnen vertrouwelijk contact opnemen met ReMed via telefoon, e-mail of online. Medewerkers verwijzen de vragen door naar een medisch uitvoerend comité bestaande uit vier artsen. Men neemt contact met de arts binnen 72 uur om een actieplan voor verbeteringen uit te werken. De meeste problemen worden opgelost door middel van acute crisisinterventie, coaching of mentoring. Mentoring, coaching en beoordeling zijn niet bedoeld om te controleren of te straffen. Het doel is het herstellen van het vertrouwen van de artsen, zodat ze medische zorg kunnen blijven leveren op een veilige manier. De dokter beslist zelf wat te doen. Andere instellingen kunnen een "ReMed" aanraden.

"Substance-abuse among doctors in Germany – Problemsize and interventions door Wilfried Kunstmann (Duitsland)

Er wordt geschat dat 15.000 (van de 333.600) artsen een misbruikprobleem hebben : 50% alcohol, 28% combinatie van alcohol en medicijnen op voorschrift, 10% drugsgebruik, 6% narcotische drugs en 6% medicijnen.

Voor het misbruik zijn er verschillende redenen, namelijk stress, gemakkelijke toegang, hoge verwachting van de arts, dagelijkse confrontatie met hulpeloze patiënten.

De Bundesärztekammer heeft een document opgesteld over hoe moet omgegaan worden met artsen die een verslaving hebben. Er moet een contactbureau (in elke staat en op het internet wordt de contactpersoon per staat vermeld) ontwikkeld worden waar men alle documenten ontvangt en met de arts in contact komt. Ze kunnen diagnostische noden bepalen en de arts informeren. Confidentialiteit wordt nagestreefd. "Workplace support" wordt onderzocht. Er moet een geschreven overeenkomst worden opgesteld met de arts.

Daarnaast moeten er ook een aantal vertrouwensartsen zijn die de arts bijstaan. De kamers moeten ook werkgerelateerde steun aanbieden.

Wanneer de Kamer ervan op de hoogte wordt gesteld dat er een arts met een misbruikprobleem is, wordt deze uitgenodigd voor een onderhoud. Men verwijst de arts door naar een expert voor het stellen van een diagnose.

Er wordt een geschreven overeenkomst gesloten over de behandeling, de genomen maatregelen en de sanctie. Men voorziet de arts van een therapie en een opvolgprogramma.

Er bestaat steeds de dreiging voor de arts dat men het probleem rapporteert naar de autoriteit die bevoegd is voor de licentie.

Nog niet alle Kamers kennen het hierboven beschreven programma. Dat is een probleem dat nog opgelost moet worden.

"Health promotion for medical students within the medical curriculum – a salutogenic approach" door Edgar Voltmer en Thomas Kötter

Epidemiologische gegevens wijzen op verhoogde psychosociale gezondheidsrisico's voor artsen, bijvoorbeeld burn-out, depressie, alcohol-en drugsmisbruik en zelfmoord. Een studie uit 2008 toonde aan dat er psychosociale stresspatronen on-

der medische studenten en artsen bestaan. Er is nood aan passende gezondheidsbevorderende interventie. Gezondheidsbevordering en preventie van psychosociale klachten en beperkingen moeten worden geïntegreerd als een verplicht onderdeel van het medisch curriculum en worden beschouwd als een belangrijk thema tijdens de bijscholing van artsen.

In de universiteit van Lübeck heeft men daarvan een module gemaakt van 20 uur. Over deze cursus bestaat er een hoge tevredenheidsgraad. De studenten zijn van mening dat ze veel leren en hun kennis vergroten.

De cursus kent twee grote problemen, namelijk het moment waarop de cursus wordt georganiseerd (meestal vrijdagavond) en het beoordelen van de student aan de hand van cijfers.

Besluiten we met het volgende gezegde: “ A good doctor gives a better patient”.

Volgend jaar 2012 : Congres van de EAPH in Dublin .

Standing Committee of European Doctors (Comité van Europese artsen). Verslag van de Raad (Board) en van de Algemene Vergadering (General Assembly), 26 november 2011, Warschau

Dr. P. Beke

Verwelkoming: De vergadering begint met de aankondiging door voorzitter dr. K.Radzwill van het ontslag van de Belgische vicevoorzitter dr. Roland Lemye en met een oproep voor een nieuwe kandidaat vice -voorzitter van het CPME en van de Board te zijner vervanging tot mei 2012. Hierbij wordt dr.Heikki Parve van IJsland verkozen.

In zijn voorzittersrapport meldt dr.Radzwill dat er in de contacten met Italië, Spanje en Frankrijk, de drie landen die enkele jaren geleden ontslag namen bij het CPME , voorlopig geen vooruitgang werd geboekt in de toenaderingspogingen, doch de deur blijft op een kier. Hij vertelt dat er heel veel elektronisch werd vergaderd, wat veel besparingen teweegbracht en de efficiëntie veel heeft verbeterd. Hij verwelkomt twee nieuwe voorzitters, namelijk dr. Montgomery van de Duitse Medische Kamer alsook de voorzitter van de Griekse Medische Associatie. Hij staat ook even stil bij het probleem dat artsen in Slovakije hebben met de overheid, waarbij vooral de slechte werkomstandigheden blijkbaar dringend dienen te worden aangepakt en verbeterd. De morele steun van het CPME in deze zou heel welkom zijn.

Na een korte voorstelling van de EMSA, de European Medical Student Association, en de goedkeuring van het verslag van de vergadering van het CPME van april 2011, wordt prof.dr.L Wolfs gekozen als kandidaat voor de Management Board of The European Medicines Agency , de EMA, die zich vooral inlaat met de regulering van farmaceutische producten.

Dan volgen de specifieke thema's die in de werkgroepen werden voorbereid en die worden aangenomen soms mits enkele kleine aanpassingen.

Bij het thema "Mental Health" betreft het een tekst over "Combating Stigma and Promoting Social Inclusion" . Een actieplan van het CPME tot het aanpakken van het stigmatiseren van mensen met een mentale handicap in de maatschappij, op de werkvloer, in de opleiding en de vorming, en de mogelijke sociale integratie van deze mensen in de maatschappij. Specifiek zouden artsen meer kennis en ervaring moeten opdoen hieromtrent , en vooral zou de kennis van mentale gezondheid ingelast moeten worden in het curriculum van de opleiding.

Het thema "Smoking in the presence of children" handelt over de bescherming van kinderen en zwangere vrouwen tegen het roken. Het CPME verdedigt het recht van elk kind te leven en op te groeien in een rookvrije omgeving. Een belangrijke gedragsverandering dringt zich op die het roken in de omgeving van kinderen en zwangere vrouwen als onaanvaardbaar beschouwt . Daarenboven zou de verkoop van sigaretten aan minderjarigen ontraden en verboden moeten worden.

Er is een tekst omtrent een "European Standardisation " die het CPME-standpunt bepaalt over een wettelijk voorstel van de EU tot standaardisatie van normen en bewegingen binnen de Europese Markt. Het CPME ondersteunt dat de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt adequaat en professioneel beschermd dienen te worden en dat de gezondheidszorg uitgesloten dient te zijn van de enige en absolute controle door de overheid.

Betreffende "Health Technology Assessment" (HTA) werden heel wat opmerkingen van werkgroepen aanvaard. Het CPME ondersteunt een gezondheidszorg die gebaseerd is op een accurate, "Evidence Based Medicine" (EBM) die prioriteit geeft aan medische behandelingen op basis van nut, efficiëntie en kosteneffectiviteit. Deze doelstellingen dienen over de grenzen van de Europese lidstaten gestandaardiseerd en toegepast te worden.

Een aantal thema's dienen nog verder door de werkgroepen uitgewerkt te worden. Het betreft o.a. "Healthy Ageing" , de gezondheid en ouder worden. Er zal hieromtrent verder gewerkt worden aan drie thema's. Deze thema's zijn, naast de strijd aanbinden tegen de toegenomen broosheid van ouder wordende mensen, het zoeken naar evenwichten tussen de werkbelasting en de functionele capaciteiten van werkende individuen, en de medewerking van het CPME om guidelines uit te schrijven omtrent voorschriften bij gelijktijdig gebruik van meerdere medicijnen. Daarenboven worden initiatieven die een gezonde werkvloer nastreven ook bestudeerd vanuit het CPME.

Wat de Europese Werktijd Directive (EWTD) betreft, is er momenteel een bevraging aan de gang bij de sociale partners. Deze zal eindigen over enkele weken in december 2011, waarna de gegevens bestudeerd en geanalyseerd zullen worden. Een ander thema dat verder wordt bestudeerd is de "Professional Qualification Directive" waarvan de antwoorden en de synthese van een "groene paper" bevraging ter studie voorliggen. Welke beroepseisen kunnen aan welke beroepskwalificatie gesteld worden, hoe kan men ook hier tot een betere standaardisatie komen binnen Europa en hoe kunnen beroepskwalificaties over de grenzen heen beveiligd en transparant worden doorgegeven en online worden gecontroleerd door de nationale bevoegde instanties?

Omtrent het onderwerp "Pharmaceutics" staan diverse thema's op de agenda en liggen diverse teksten ter inzage en zijn nog ter discussie. Zo zijn er items als een platform van transparantie in de farmacie , de problematiek van de biosimilars, de vragen en transparantie omtrent alle, positieve en negatieve, resultaten van klinische studies en het gebruik van "Orphan" producten.

Wat de elektronische identiteitskaart betreft is er nog heel veel werk aan de winkel. Er is nog geen unanimitéit over hoe zo'n kaart geïmplementeerd dient te worden, laat staan of dit wel elektronisch haalbaar is. Duidelijk is dat de geplastificeerde professionele identiteitskaart definitief niet haalbaar en niet betaalbaar is en verlaten werd. Gepleit wordt voor de oprichting, via e-health, van een informaticasysteem dat snel en efficiënt "online" de gevraagde administratieve info kan geven. Een medische EID-kaart is enkel haalbaar als de betrokken lidstaat eveneens een EID voor zijn onderdanen heeft waarvan de medische gegevens gelinkt zouden kunnen worden. Jammer genoeg is dit momenteel Europees nog niet haalbaar, vermits tot op heden nog maar enkele Europese staten een EID gebruiken .

Aan thema's en teksten betreffende "Dieet, voeding en fysieke activiteit" wordt nog verder gewerkt in een werkgroep. Daarin komen thema's rond osteoporosis en Vit D, het mobiliseren van de gezondheidsbeoefenaars voor een "Healthy Village Toolbox", en het gedrag, gebruik en misbruik van alcohol aan bod. Er volgde nog een dankwoord van voorzitter dr. Radzwill.

De volgende vergadering van het CPME vindt plaats te Brussel in april 2012.

De novembermeeting 2012 zal plaatshebben in Cyprus.



COLOFON

ORDE VAN GENEESHEREN

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

HOOFDREDACTEURS

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

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

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

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.