

# Inhoud

	blz.
Voorwoord <i>Peter Cassiman</i>	4
Robert Koch <i>Professor em. Dokter Michel Thiery</i>	5
Taken van de Hoofddarts <i>Commissie 'Ziekenhuisgeneeskunde' Nationale Raad Orde van Geneesheren</i>	6
Rijgeschiktheid: wettelijke en deontologische aspecten	33
De vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger van de patiënt <i>Lieven Ascoop</i>	36
Adviezen uitgebracht door de Raad van Oost-Vlaanderen :	38
1. a. Huisartsenwachtdienst – leeftijdsgrens – deelname artsen-echtgenoten; b. vervanging tijdens verlof.	38
2. RVT – inspectie Vlaamse Gemeenschap – kopie van medisch dossier te voegen in verzorgingsdossier – beroepsgeheim.	38
3. Minderjarige patiënte – ongewenste zwangerschap – informeren van ouders of vertrouwenspersoon.	39
4. Huisartsenwachtdienst – weekend – aan te nemen houding tegenover collega's die op zaterdag vrije raadplegingen houden.	39
5. Stopzetten verdere behandeling patiënt – werkwijze – informeren nieuwe behandelende arts.	39
6. Patiënt geplaatst onder voorlopig bewindvoerderschap – vraag van betrokken patiënt via advocaat om afschrift van zijn dossier – vragen rond het al dan niet verstrekken van psychiatrische gegevens voorkomend in het dossier.	40
7. Betwisting geldigheidscompromis opgesteld door inmiddels overleden patiënt – medelen medische informatie aan advocaat – oproeping als getuige.	40
8. Procedure griepvaccinatie – aanschrijven specifieke doelgroep van patiënten – toevoegen voorschrift op naam.	41
9. Overdracht medisch dossier.	41
10. a. Beveiliging tegen verlies EMD; b. Delen van thuisdossiers van chronische patiënten met andere zorgverleners; c. Bewaring radiografieën.	41
11. Medisch dossier – brieven door een derde gestuurd ivm. patiënte aan behandelende arts – vraag van patiënte tot bekomen van afschrift hiervan.	42
12. Reorganisatie medische praktijk – mededeling via plaatselijk maandblad – te vermelden gegevens.	42
13. Invoering weekwacht huisartsen – houding tegenover artsen die niet wensen deel te nemen – beschikbaarheidhonorarium.	42
14. Demente patiënte – RVT – vraag zoon-voogd aan gewezen huisarts om inzage dossier – te vragen aan nieuwe huisarts?	42
15. Patiënt – overleden – juridisch geschil – verzoek ouders om attest ivm. afwezigheid drugabusus van zoon in verleden.	43
16. Geneesheer-gynaecoloog – gebruik zelfde consultatieruimte door zelfstandige psycholoog.	43
17. Arts-psychiater – vraag patiënte naar afschrift dossier waarin gegevens voorkomen ivm. mogelijk misbruik door een andere arts – al dan niet weglaten naam betrokken arts.	43

18. Betwisting testament – twijfel omtrent geestelijke toestand van erflater – vraag advocaat van neef van overleden patiënt tot overmaken kopie van medisch dossier.	45
19. Mogelijke fout bij chirurgische ingreep – vraag patiënt aan huisarts op verzoek verzekeringsmaatschappij naar medisch attest waaruit mogelijke beroepsfout zou kunnen afgeleid worden.	45
20. Behandeling van een Dolantine-mane patiënte.	45
21. Al dan niet verplichte deelname aan de weekwacht.	45
22. Oproep tot getuigen ivm. echtscheidingszaak patiënte.	46
23. Arts ingeschreven in Oost-Vlaanderen – uitoefenen vervangingen of participeren in een wachtdienst in een andere provincie.	46
24. Ziekenhuis – verzoek dienst fysische geneeskunde en revalidatie tot aankoop van echografietoestel – weigering door medische raad.	46
25. Medische attesten – vermelden carensdag (eerste dag arbeidsongeschiktheid) op attesten opgemaakt op de 2 <sup>de</sup> dag arbeidsongeschiktheid.	46
26. Consultaties en raadplegingen – systematisch aanrekenen van derde betalende – geen onderscheid financiële draagkracht patiënten.	47
27. Routine belastingscontrole – inzage dagboek en afspraaklijst van arts.	47
28. Wachtdienst pediatrie in het ziekenhuis – verwijzing door kinderartsen die enkel private raadplegingen doen naar spoedgevallendienst van het ziekenhuis.	47
29. Opzetten van associaties van uiteenlopende disciplines (radiologie en nucleaire geneeskunde) binnen één entiteit medische beeldvorming.	49
30. Huisarts – opvordering door politie van een arts van wacht.	49
31. Oproep tijdens huisartsenwachtdienst – patiënt bij aankomst vertrokken naar de spoed – aanrekenen kostenvergoeding?	49
32. Chronisch zieke patiënten – afwezigheid behandelende arts – continuïteit van zorgen – medische info ten huize van patiënten t.b.v. bijvoorbeeld wachtarts.	49
33. Overmaken kopie medisch dossier van patiënt in gevangenis aan diens raadsman.	50
Feestviering 2008 : ICC Ghent op 4 oktober 2008 (nieuw concept)	51
Symposium 19 november 2008	52
Administratief Verslag werkzaamheden 2007	53
Personalialia 2007	54
Disciplinaire Beslissingen 2007	57
Raad van Oost-Vlaanderen :	57
1. Beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden	57
2. Beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden	58
3. Welwillendheidattest – beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden	58
4. Uitreiken van G.V.V.H. niet conform met nomenclatuur – erelonen – aanrekenen ereloon aan naaste verwanten – voorafgaand informeren van patiënten over elke voorgenomen behandeling – collegialiteit	59
5. Niet zorgvuldig en gewetensvol toedienen van zorgen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis – overschrijden bevoegdheid	60
6. Beroepsgeheim – inmenging familiale aangelegenheden – niet beantwoorden brieven van de Orde	61
7. Welwillendheidattest – inmenging in familiale aangelegenheden	62
8. Wachtdienst – oproep medische hulpverlening	62

9. en 10. Niet/laattijdig beantwoorden brieven Orde – niet aanpassen associatieovereenkomst conform opmerkingen Orde	63
11. Oncorrecte handelswijze – eer en waardigheid van het beroep – onterecht uitreiken van G.V.V.H. – ronselen patiënten – niet zorgvuldig en gewetensvol zorgen toedienen die stroken met de thans wetenschappelijke kennis	63
12. Welwillendheidattest	65
13. Niet zorgvuldig en gewetensvol zorgen toedienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis – overschrijden bevoegdheid	66
14. Welwillendheidattest – valsheid in geschrifte	66
15. Welwillendheidattest	67
16. Beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden	68
17. Welwillendheidattest – inmenging in familiale aangelegenheden – zorgvuldig en gewetensvol toedienen van zorgen	68
18. Niet beantwoorden van brieven van de Orde – niet ingaan op oproep tijdens wachtdienst - niet zorgvuldig en gewetensvol zorgen toedienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis	69
19. Niet beantwoorden van brieven van de Orde	70
20. Welwillendheidattest	71
Raad van beroep :	72
1. Z.I.V. – valsheid in geschrifte – ten onrechte attesteren van G.V.V.H. want niet voldaan aan de nomenclatuur – attesteren van G.V.V.H. van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd	72
2. Handelwijze die de eer of de waardigheid van het beroep in opspraak brengen – oncollegiale handelwijze – meenemen van medische dossiers uit het ziekenhuis	74
3. Wachtdienst – niet verzekeren van continuïteit van verzorging – financiële bijdrage in de werkingskosten – informeren collega's nopens patiënten gezien tijdens de wachtdienst – collegialiteit – meedelen werkingsmodaliteiten wachtdienst aan de Orde	79
4. Niet zorgvuldig en gewetensvol toedienen van zorgen – kwaliteit en continuïteit van zorgen	82
5. Z.I.V. – opstellen van G.V.V.H. voor niet verleende verstrekkingen of voor niet aanrekenbare prestaties	83
6. Bloedproef met oog op bepalen alcoholgehalte	86
Samenstelling van de Raad - adressenlijst	kaft: 3

Geachte Collega,

Het jaar 2008 is bijna halfweg en de Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen heeft de voorbije maanden werk gemaakt van vele agendapunten. De commissies zijn à jour en de raadsvergaderingen volgen mooi de commissies op.

Het verheugt ons vast te stellen dat steeds meer collega's de weg vinden naar de Provinciale Raad om advies te vragen bij deontologische problemen. We hebben vroeger al deze deeltaak van de provinciale raden beklemtoond en we kunnen het niet genoeg herhalen dat de hele raad hiervoor te uwer beschikking staat. In deze tijden waarin steeds meer wetten verordend worden met betrekking tot de uitoefening van de gezondheidszorg, is het vaak niet meer evident tussen het bos de bomen te vinden.

In dit kader komen we nog eens terug op een aantal attesten en regelgevingen hieromtrent. We blijven benadrukken dat elk attest waarheidsgetrouw moet zijn, gedagtekend op het moment van het consult en de identificatiegegevens van zowel de patiënt als de arts dient te bevatten.

U vindt in dit nummer het advies van de Nationale Raad over de taken van de hoofdarts. Gezien het belang van dit advies en de volledigheid ervan, wensen we dit in 'Hippocrates' over te nemen om het langs deze weg nog eens onder uw aandacht te brengen.

Tevens willen wij de huidige regelgeving betreffende rijgeschiktheid en de nodige attesten hieromtrent verduidelijken en onder uw aandacht brengen. Wanneer deze attesten niet conform de vigerende wetgeving zijn opgesteld, kan dit een verkeerd gevoel van veiligheid en rechtszekerheid creëren dat bij problemen zuur kan opbreken zowel bij arts als patiënt.

We geven ook een toelichting bij het verschil tussen wettelijke vertegenwoordiger, vertrouwenspersoon en voorlopige bewindvoerder. Deze juridische begrippen zijn voor ons doorsnee-arts niet steeds even duidelijk. Toch kan de wettelijke repercussie (met zijn eventuele deontologische weerslag) niet onbelangrijk zijn.

Van geheel andere aard nu: dit jaar gaat de feestviering door op zaterdag 4 oktober 2008 in het

ICC Ghent aan het Citadelpark te Gent. We willen echter het concept helemaal anders uitwerken. De feestviering gaat door in de **voormiddag** van 10u30 tot 12u30. Dit jaar worden naast de jubilarissen ook de nieuw ingeschreven collega's speciaal in de kijker gezet: de aflossing van de wacht van de oudere generatie door de jongste generatie artsen. Beide groepen zijn equivalent en verdienen evenveel aandacht. In plaats van een spreker aan het woord te laten, wordt het geheel opgeluisterd door een band van jonge muzikanten die muziek zullen brengen die heden en verleden verenigt in een muziekmedley over vijftig jaar gespreid. Nadien volgt de klassieke receptie. Alles is op dezelfde locatie gevestigd, wat het voor iedereen alleen maar gemakkelijker kan maken. Het ICC Ghent biedt immers tevens ruime parkeermogelijkheid.

Bij deze wordt u allen uitgenodigd tot het bijwonen van deze dubbele viering: de hulde aan de collega's die vijftig jaar ingeschreven zijn in de Orde en de inhuldiging van de jonge pas ingeschreven collega's. Wilt u nog een uitnodiging ontvangen voor deze viering, gelieve dan via email contact op te nemen met de Provinciale Raad ([contact@orde-gen-ovl.be](mailto:contact@orde-gen-ovl.be)) en dan bezorgen wij u de nodige stukken.

Vanaf 2009 zal de Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen de eerste uitgave van het jaar van Hippocrates **enkel** nog via de website uitgeven. Gezien de snel evoluerende situatie, kunnen we op die manier sneller op de bal spelen en u vlugger informeren over belangrijke adviezen en feiten. We durven u daarom vragen uw emailadressen door te geven indien dat nog niet gebeurd is zodat wij u kunnen verwittigen wanneer nieuwe informatie op de website te vinden is. Het tweede exemplaar met het verslag van de feestzitting zal wel nog via drukwerk worden verspreid. Dit zien we als een jaarboek. Het is meteen ook een herinnering voor alle deelnemers aan de feestzitting.

U ziet het, waarde collega, het is weer een lijvig en interessant werkstuk geworden. We wensen u veel leesgenot toe en herhalen dat u steeds bij de raadsleden terecht kan voor adviezen en /of verduidelijkingen.

Met collegiale groet,  
Dr. Peter Cassiman, voorzitter.

# ROBERT KOCH (1843 – 1910)

## Professor emeritus Dokter Michel Thiery

De man wiens naam blijft verbonden met de tuberkelbacil wordt wel eens de “Duitse Pasteur” genoemd, maar tussen de twee voortrekkers van de bacteriologie boterde het niet. Pasteur, een onverbiddelijke patriot, bewonderde weliswaar het werk van zijn Duitse tegenhanger maar weigerde kordaat de hand te drukken van de geneesheer die in 1870 als vrijwilliger had deelgenomen aan de gruwelijke Frans-Pruisische oorlog.

Robert Koch, geboren op 11 december 1843 in Clausthal (Oberharz), ging in 1862 medicijnen studeren in Göttingen, promoveerde er in 1866, vestigde zich als omnipracticus in Langenhagen nabij Hannover en trouwde met de domineesdochter Emmy Fraatz, die hem in 1867 zijn enig kind, dochter en oogappel Gertrud, schonk.

Van 1872 tot 1880 was hij “Kreisphysicus”, districtarts in Wollstein, een kleine stad in de provincie Posen. Aangespoord door de plattelandsbevolking bestudeerde hij in zijn primitief laboratorium met de microscoop, die hij als verjaardagsgeschenk van zijn echtgenote had gekregen, de “Milzbrand” (miltvuur of antrax), de geheimzinnige endemische ziekte die de veestapel teisterde en de veeboeren ruïneerde. Hij identificeerde en kweekte het verantwoordelijke agens, bracht de *Bacillus anthracis* over op proefdieren (muizen) bij welke hij bij de autopsie de karakteristieke ziekteletsels terugvond. Baanbrekend was de vondst dat bij kamertemperatuur de draadvormige bacil “stierf” en endosporen vormde, de weerstandige rustvorm die bij muizen de antrax reproduceerde. Deze toevallige waarneming zal hem toelaten te bewijzen dat de sporen, die lange jaren hun smethevigheid bewaren, de weiden besmetten waar de aan antrax overleden koeien en schapen werden begraven en de ziekte overbrengen op de gezonde dieren die er grazen. Met zijn logisch doordachte modelstudie ontrafelde de nog onbekende 31-jarige solowerker als eerste de etiologie en epidemiologie van de miltvuurziekte. Het artikel dat hij daaraan in 1876 wijdde maakte hem op slag bekend als pionier “microbenjager”.

In 1880 is hij hoofdambtenaar aan het Berlijns “Reichsgesundheitsamt” waar hij voor het eerst beschikte over een goed uitgerust laboratorium en met enthousiaste medewerkers de basis legde van de moderne microbiologische methodologie: bacteria op halfvaste voedingsbodems kweken en isoleren in reïncultuur, de preparaten uitstrijken op een dekglas en de uitstrijkjes fixeren door verhitting, de kiemen kleuren zodat zij ook in zieke weefselpreparaten konden getraceerd worden, en hun morfologische karakteris-

tiëren nauwkeurig beschrijven en microfotografisch vastleggen. Hij toonde de juistheid aan van de tot dan hypothetische specificiteits- of uniciteitstheorie, het feit dat iedere infectieziekte wordt verwekt door een eigen micro-organisme. Met de vier “postulaten” die zijn naam blijven dragen gaf hij de voorwaarden aan waar moet aan voldaan zijn wil men het causale verband tussen een infectieziekte en de vermoede verwekker bewijzen. Alleen of met zijn medewerkers, waarvan velen op hun beurt beroemd werden, ontdekte hij een lange lijst micro-organismen, verantwoordelijk voor infectieuze aandoeningen of ziektes. 1882 werd het triomfjaar waarin hij in slechts zes maanden tijd de etiologie van de tuberculose oploste. In het sputum van lijders aan open longtering ontdekte hij het “*mycobacterium tuberculosis*” dat hij in reïncultuur afzonderde en op proefdieren overbracht. Maar de “tuberculine”, een extract van tuberculosebacillen, dat hij in 1890 aanried en toepaste als specifiek geneesmiddel, was een flop en tegelijk de verklaring waarom hij tot 1905 moest wachten vóór hem een Nobelprijs geneeskunde en fysiologie werd toegekend als bekroning van zijn ontdekking van de verwekker van de tuberculose.

Door de regering in 1883-1884 naar Egypte en India gestuurd, ontdekte hij de verwekker van de cholera (*Vibrio cholerae*) en bewees hij de overdracht van deze plaag door besmet drinkwater. Eén jaar na deze expeditie werd hij in Berlijn tot “Professor für Hygiene” benoemd aan de medische faculteit. In 1900 werd hij directeur van het voor hem opgerichte “Koninklijk Pruisisch Instituut voor Infectieziekten”, thans het “Robert Koch -Instituut”, waar hij tot de pensioengerechtigde leeftijd heeft gewerkt. Ondertussen aanvaardde hij zendingen naar Egypte, India en Afrika waar hij een veelheid van infectieuze ziektes bestudeerde. Hij ontwikkelde een vaccin tegen de runderpest, behandelde slaapziekten met Atoxyl (wat echter geen a-toxisch medicament was), promootte kinine als prophylacticum tegen malaria, ...enz.

In 1893 gescheiden van zijn echtgenote die zich (terecht) verwaarloosd voelde, hertrouwde hij met de toneelspeelster Fraulein Hedwig Freiburg, met als gevolg dat menig vriend en collega hem de rug toekeerden.

De laatste levensjaren waren eenzaam en somber. Geplaagd door angina pectoris moet de rusteloze vorser zijn activiteiten besnoeien. Af en toe ging hij in Baden-Baden uitrusten, het “Kurort” waar hij op 27 mei 1910 op slechts 66-jarige leeftijd overleed.

# Taken van de hoofdarts

## Deontologische en juridische richtlijnen

*Leidraad opgesteld door de Commissie "Ziekenhuisgeneeskunde"  
van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren*

### INHOUDSOPGAVE

1. **De relatie hoofdarts – Orde der geneesheren**
2. **De kwaliteit van de zorg**
  - 2.1/ Geschiktheid van de beroepsbeoefenaar
  - 2.2/ Bevoegdheid van de beroepsbeoefenaar
  - 2.3/ Continuïteit van de zorg
  - 2.4/ De organisatie van de wachtdienst
  - 2.5/ Het patiëntendossier
  - 2.6/ Reclame door het ziekenhuis en contacten met de media
3. **Evaluatie van de kwaliteit van de zorg**
  - 3.1/ **De medische en verpleegkundige audit**
    - A/ **De interne audit**
      - A.1/ De interne toetsing van de kwaliteit van de medische activiteit
      - A.1/ De interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit
    - B/ **De externe audit**
      - B.1/ De externe toetsing van de kwaliteit van de medische activiteit
      - B.2/ De externe toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit
  - 3.2/ **Registratie van ziekenhuisgegevens**
    - A/ Het koninklijk besluit van 27 april 2007
    - B/ Het koninklijk besluit van 1 oktober 2002
    - C/ Het koninklijk besluit van 19 maart 2007
4. **Financiële aspecten van de taken van de hoofdarts**
  - 4.1/ Erelonen van de ziekenhuisartsen
  - 4.2/ Controle op het voorschrijfgedrag
  - 4.3/ De verzamelfactuur
  - 4.4/ Bezoldiging van de hoofdarts
5. **De hoofdarts en de organisatie van het ziekenhuis**
  - 5.1/ **De hoofdarts in relatie met de Medische Raad**
    - A/ Samenwerking
    - B/ Onafhankelijkheid
  - 5.2/ De hoofdarts in relatie met de ziekenhuisartsen
  - 5.3/ De hoofdarts in relatie met de geneesheren-diensthoofd
  - 5.4/ De hoofdarts in relatie met het verpleegkundig departement
  - 5.5/ De hoofdarts in relatie met de paramedische diensten
  - 5.6/ De hoofdarts in relatie met de ziekenhuisapotheker
  - 5.7/ De hoofdarts in relatie met de directeur en het beheer van het ziekenhuis
  - 5.8/ De hoofdarts in relatie met de ombudsfunctie
  - 5.9/ De hoofdarts in relatie met het ethisch comité
6. **De relatie hoofdarts – Huisarts en verwijzende arts**
7. **Bijkomende opdrachten**
  - 7.1/ Beheersbeslissingen inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteiten
  - 7.2/ Procedure inzake opname en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis

- 7.3/ Ziekenhuishygiëne
- 7.4/ Organisatie van de bloedbank
- 7.5/ Medische documentatie en bibliotheek
- 7.6/ Het medisch jaarverslag
- 7.7/ Voorbereiding van de begroting voor de medische activiteiten
- 7.8/ Het stimuleren van geneeskundige activiteiten met een wetenschappelijk karakter
- 7.9/ Permanentie van de laboratoriumtechnologen
- 7.10/ Het medisch-farmaceutisch comité
- 7.11/ Het comité voor medisch materiaal
- 7.12/ Het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal
- 7.13/ Zorgprogramma voor oncologische basiszorg
- 7.14/ Voordracht van artsen
- 7.15/ Het rampenplan
- 7.16/ Gezag over het multidisciplinair team 'palliatieve zorg'

## INLEIDING

Op verzoek van een provinciale raad, heeft de commissie “Ziekenhuisgeneeskunde” van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren in samenwerking met de juridische dienst van de Nationale Raad de volgende leidraad uitgewerkt over de taken van de hoofdarts.

Na onderzoek van de ter zake geldende wetgeving, rekening houdend met de bepalingen van de Code van geneeskundige plichtenleer en steunend op bij de provinciale raden voorliggende casuïstiek, is de commissie “Ziekenhuisgeneeskunde” ervan overtuigd dat deze leidraad zal bijdragen tot een uitklaring van de plichten van de hoofdarts, o.m. voor de provinciale raden en de raden van beroep van de Orde van geneesheren in hun tuchtrechtelijke en adviserende bevoegdheid alsook voor de ziekenhuisartsen, de Medische Raad en de hoofdartsen.

Deze leidraad is niet exhaustief: de wetgeving, de rechtspraak alsook de deontologie zijn evolverende materies.

De specifieke opdrachten van de hoofdartsen in psychiatrische instellingen, strafinrichtingen en opvangcentra voor asielzoekers werden in deze leidraad niet opgenomen.

### 1. De relatie hoofdarts – Orde der geneesheren

De hoofdarts moet een arts zijn.

Zijn inschrijving bij de Orde der geneesheren is verplicht (art. 7 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen)<sup>1</sup>. Hij oefent zijn hoofdactiviteit uit in het ziekenhuis waar hij zijn taken van hoofdarts vervult en dient bijgevolg ingeschreven te zijn op de Lijst van de Orde van de provincie waar het ziekenhuis gelegen is (zie ook art. 2 van het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren).

De hoofdarts is gebonden door de Code van geneeskundige plichtenleer (zie art. 2 van de Code). Hij aanvaardt vrij zijn opdracht en dus ook de deontologische implicaties van de functie, zoals het bevorderen van de collegialiteit, van de kwaliteit en van de continuïteit van de zorg.

De hoofdarts neemt de nodige initiatieven om inzake de medische activiteiten de toepassing van de wettelijke en reglementaire voorschriften te waarborgen (art. 5, 1°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de

ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987).

Zo verbindt hij er zich toe al het mogelijke te doen ter naleving en ter bevordering van de deontologie in het ziekenhuis. Daarom zal hij er ook over waken om van het ziekenhuisbeheer te bekomen dat de deontologie nageleefd wordt in de contracten van de ziekenhuisartsen. Het behoort tevens tot zijn opdracht de ontwerpen van collectieve overeenkomsten, zoals het Algemeen Reglement van het ziekenhuis, het Medisch Reglement of het Reglement voor de Centrale Inning der Erelonen, ter nazicht op deontologisch gebied voor te leggen aan de Orde der geneesheren. Hij dient zijn gewicht in de schaal te leggen om te bekomen dat eventuele door de provinciale raad gevraagde tekstwijzigingen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Hij draagt hiervoor de deontologische verantwoordelijkheid. Wanneer de hoofdarts niet de nodige macht en/of middelen krijgt om zijn taken te vervullen of wanneer hem maatregelen opgedrongen worden die indruisen tegen de deontologie, dient hij te protesteren en te overwegen zijn ontslag in te dienen.

Deontologische moeilijkheden die binnen het ziekenhuis niet kunnen worden opgelost, dient de hoofdarts, liefst na overleg met de Medische Raad, te melden aan de bevoegde provinciale raad van de Orde. Nadien moet hij zijn steun verlenen aan de maatregelen die door de provinciale raad getroffen worden.

De hoofdarts is tevens persoonlijk onderworpen aan het medisch tuchtrecht en kan desge-

<sup>1</sup> De legerdokter is alleen verplicht zich in te schrijven op de lijst van de Orde indien hij de geneeskunde uitoefent buiten de uitoefening van zijn militair ambt (zie art. 2 van het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren).



vallend het voorwerp zijn van een schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen voor een bepaalde periode. De geschorste hoofdarts dient omwille van de continuïteit van zijn taken de beheerder van het ziekenhuis in te lichten. De hoofdarts mag ingeval van schorsing ook geen medisch-administratieve taken meer uitvoeren. Het Riziv aanvaardt bijvoorbeeld niet dat een geschorste hoofdarts een verzamelfactuur ondertekent.

## 2. De kwaliteit van de zorg

### 2.1/ Geschiktheid van de beroepsbeoefenaar

De hoofdarts dient de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen (KB 15 december 1987, art. 5, 8°).

Wanneer de hoofdarts vaststelt dat een arts omwille van fysieke of psychische ongeschiktheid niet meer in staat is om op een verantwoorde wijze zijn medische praktijk uit te oefenen, zal hij, na overleg met de Medische Raad, overwegen de provinciale geneeskundige commissie (PGC) in te lichten.

Indien een arts aangetast is door een besmettelijke ziekte, heeft deze de deontologische plicht alle maatregelen te treffen om de besmetting van patiënten te voorkomen. Hij is verplicht spontaan te melden aan de hoofdarts dat hij besmet is (Advies NR van 16 oktober 2004, TNR nr. 107, p. 4).

De hoofdarts zal er in het bijzonder over waken de regels m.b.t. het beroepsgeheim waaraan hij is onderworpen te eerbiedigen. Hij is niet gerechtigd te eisen dat de besmette arts zijn medisch dossier voorlegt.

Bij betwisting over de te treffen maatregelen, lijkt het absoluut noodzakelijk dat een college van erkende deskundigen zich uitsprekt over de graad van besmettelijkheid en de gepaste houding bepaalt. Het komt desgevallend aan de hoofdarts toe dringende bewarende maatregelen te nemen ter bescherming van de patiënt.

### 2.2/ Bevoegdheid van de beroepsbeoefenaar

Artikel 5, 8°, van het KB van 15 december 1987 stelt dat de hoofdarts de nodige initiatieven moet nemen om de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen en permanent te evalueren.

Hiervoor dient hij er o.a. over te waken dat de aangeworven beroepsbeoefenaren over de nodige bevoegdheid beschikken om hun functie uit te oefenen.

Deze opdracht houdt o.m. in :

- dat de hoofdarts de professionele bevoegdheid van de beroepsbeoefenaren, in het bijzonder van de artsen, evalueert vóór hun aanwerving. Hiermee dient hij ook rekening te houden wanneer hij een advies verleent voor de benoeming van het hoofd van het verpleegkundig departement en van de verpleegkundigen-diensthouders (art. 17bis, ZHW) alsook wanneer hij artsen-specialisten voordraagt voor specifieke functies (zie hieronder);
- dat de hoofdarts erover waakt dat de aangeworven beroepsbeoefenaren, waaronder de kandidaten geneesheer-specialisten, administratief in orde zijn om hun functie uit te oefenen. Zo dienen bijvoorbeeld buitenlandse artsen die zich in België als arts vestigen de nodige machtigingen te krijgen van de overheid en hun inschrijving bij de Orde te bekomen. Wat de dienstverrichtingen betreft controleert de hoofdarts of de Europese arts een voorafgaande verklaring heeft ingediend bij de directie Geneeskundepraktijk van de FOD Volksgezondheid;
- dat de hoofdarts erover waakt dat de artsen van het ziekenhuis deelnemen aan een permanente vorming;
- dat de hoofdarts de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen dient te stimuleren (art. 6, 10°, KB van 15 december 1987).

### 2.3/ Continuïteit van de zorg

De hoofdarts dient de nodige maatregelen te nemen i.v.m. de continuïteit van de zorg zowel voor de patiënten van het ziekenhuis als voor zijn eigen patiënten.

Hij neemt de nodige initiatieven om de continuïteit van de medische zorg in de opname-, raadplegings-, urgentie- en medisch-technische diensten te verzekeren (art. 5, 9°, KB van 15 december 1987).

Zo mag hij de continuïteit van de zorg niet uit het oog verliezen wanneer hij een procedure uitwerkt inzake ontslag van de patiënten in het ziekenhuis (zie art. 6, 1°, KB van 15 december 1987).

In geval van schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen of intrekking van het visum

van een ziekenhuisarts treft hij tevens de gepaste maatregelen. Krachtens artikel 30 bis van het koninklijk besluit van 7 oktober 1976 betreffende de organisatie en de werkwijze van de geneeskundige commissies<sup>2</sup> wordt de hoofdarts door de PGC in kennis gesteld van de beslissingen van de geneeskundige commissies, de geneeskundige commissie van beroep, de raden van de Orde of de rechtbanken, inzake de uitoefening van hun activiteit door een beoefenaar van de geneeskunde. De geschorste ziekenhuisarts heeft bovendien de deontologische plicht zelf tijdig zijn hoofdarts in te lichten over zijn schorsing om deze laatste toe te laten zijn wettelijke plicht i.v.m. de verzekering van de continuïteit van de medische zorg na te leven.

De hoofdarts met een eigen praktijk moet instaan voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg bij zijn eigen patiënten. Hij kan zijn functie voltijds uitoefenen of deeltijds samen met andere functies in hetzelfde ziekenhuis of in dezelfde groepering (KB van 15 december 1987, art. 8).

#### 2.4/ De organisatie van de wachtdienst

Het organiseren van de medische permanentie en van de medewerking van de ziekenhuisartsen aan de wachtdienst (art. 5, 9°, KB van 15 december 1987) is tevens een opdracht van de hoofdarts in het kader van de continuïteit van de medische zorg.

De maandelijks lijsten van de artsen die instaan voor de medische permanentie, met hun kwalificatie en titel, moeten neergelegd worden bij de hoofdarts. Hij is verantwoordelijk voor de juist-

2 Dit artikel bepaalt :

“Zijn aangewezen om, overeenkomstig artikel 37, § 1, 2°, e) van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, door de Geneeskundige Commissies in kennis te worden gesteld van de beslissingen van de geneeskundige commissies, de geneeskundige commissie van beroep, de raden van de Orde of de rechtbanken, inzake de uitoefening van hun activiteit door een beoefenaar van de geneeskunde :

1° de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort;

2° de Procureur-generaal bij het Hof van beroep die de nodige toezichtmaatregelen dient te treffen;

3° de Geneesheer-Directeur-generaal van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

4° de voorzitters van de provinciale raden van de Orde der geneesheren;

5° de voorzitters van de andere provinciale geneeskundige commissies;

6° naar gelang het geval, de hoofdgeneesheer van de instelling waarin de betrokkene als geneesheer-specialist werkzaam is, of de verantwoordelijke geneesheer voor de medische wachtdienst waaraan de betrokkene als huisarts meewerkt”.

heid van de lijsten, die twee jaar moeten bewaard worden en ter beschikking worden gehouden van de controleorganen (art. 1, §4, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen).

Wanneer een arts meent niet te voldoen aan de optimale bevoegdheidsvoorwaarden om een bepaalde wachtfunctie waar te nemen, kan hij een afwijking vragen aan de hoofdarts en de betrokken diensthoofden. Deze laatsten oordelen over de gegrondheid van de aanvraag en bestuderen zo nodig de financiële aspecten van de organisatie van een dergelijke wachtdienst (Advies NR van 18 november 2000, TNR nr. 91, p. 7)

Het komt de Medische Raad toe zich samen met de beheerder te beraden over de bijdrage van het artsenkorps in de werkingskosten van de wachtdienst (Advies NR van 21 oktober 1995, TNR nr. 71, p.19).

#### 2.5/ Het patiëntendossier

Het patiëntendossier is een onontbeerlijk instrument voor de kwaliteit van de zorg. Artikel 38 van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat de arts in principe voor elke patiënt een medisch dossier dient bij te houden.

Krachtens artikel 6, 4°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987 moet de hoofdarts erover waken dat de nodige maatregelen genomen worden zowel voor het aanleggen als voor het bewaren van het medisch dossier.

Het aanleggen van een verpleegkundig dossier valt onder de verantwoordelijkheid van het hoofd van het verpleegkundig departement (artikel 17<sup>quater</sup>, ZHW).

Samen met het medisch dossier vormt het verpleegkundig dossier echter het patiëntendossier. De bewaring van het patiëntendossier valt onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts (artikel 17<sup>quater</sup>, ZHW). De hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement werken nauw samen met het oog op de realisatie van een correcte archivering van de patiëntengegevens.

#### 2.6/ Reclame door het ziekenhuis en contacten met de media

De hoofdarts moet de nodige initiatieven nemen om de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen. De kwaliteit van de geneeskunde vergt de eerbiediging van bepaalde vereisten i.v.m. reclame : deze mag

niet van dien aard zijn de geneeskunde in de perceptie van de bevolking te banaliseren, wat schadelijk is voor de volksgezondheid.

Artsen mogen hun medische activiteit kenbaar maken aan het publiek (art. 12, Code) binnen de perken bepaald in de artikelen 13 t.e.m. 17 van de Code van geneeskundige plichtenleer. De verstrekte informatie dient waarheidsgetrouw, objectief, relevant, verifieerbaar, discreet en duidelijk te zijn. Zij mag in geen geval misleiden en mag niet vergelijkend zijn. Resultaten van onderzoeken en behandelingen mogen niet voor reclamedoeleinden aangewend worden. Artsen dienen zich daadwerkelijk te verzetten tegen elke door derden gevoerde reclame betreffende hun medische activiteit, die indruist tegen de bepalingen van de Code (art. 15, Code). De verwoording en de vormgeving van de informatie evenals de hierbij gebruikte methoden en technieken – inclusief internetsites, naamborden, briefhoofden en vermeldingen in gidsen – moeten beantwoorden aan de bepalingen van artikel 13 van de Code.

Benoemd door de ziekenhuisbeheerder, heeft de hoofddarts de plicht de directie van de instelling te wijzen op de deontologische plichten van de ziekenhuisartsen, met name inzake publiciteit. Hij zal zich ook verzetten tegen elke ongeoorloofde reclame gemaakt door de instelling als dusdanig (Advies NR van 24 juni 2006, TNR nr. 113, p. 5).

Internetsites dienen tevens te beantwoorden aan de voorwaarden zoals bepaald door de Nationale Raad in zijn advies van 1 oktober 2005 (TNR nr. 110, p. 9), aangevuld door zijn advies van 9 september 2006 (TNR nr. 114, p. 5). Hierin stelt de Nationale Raad o.a. dat, indien de verzorgingsinstelling over een internetsite beschikt, het de plicht van de hoofddarts is dit te melden aan de provinciale raad van de Orde.

Het is de ziekenhuisarts geenszins verboden de pers te woord te staan met het oog op het verstrekken van informatie. Het is aangewezen dat deze voorafgaandelijk in de mate van het mogelijke overleg pleegt met de hoofddarts en/of met de voorzitter van de Medische Raad.

Ook in zijn contacten met de media dient iedere arts de regels van het beroepsgeheim na te leven.

### 3. Evaluatie van de kwaliteit van de zorg

Het KB van 15 december 1987 stelt dat de hoofdarts de nodige initiatieven neemt om de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen en permanent te evalueren (Art. 5, 8°).

Artikel 3 bepaalt dat hij vanwege het beheer de mogelijkheden moet krijgen om dit te doen.

#### 3.1/ De medische en verpleegkundige audit

De kwalitatieve toetsing van de medische en verpleegkundige activiteit is wettelijk voorzien. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de externe audit en de interne audit.

#### A/ De interne audit

##### A.1/ De interne toetsing van de kwaliteit van de medische activiteit

De interne medische audit wordt georganiseerd door de hoofdarts (KB 15 december 1987, art. 6, 7°). Deze audit heeft niet als doel het opsporen van medische fouten noch het bepalen van verantwoordelijkheden. Het is een noodzakelijk collectief instrument van de ziekenhuisartsen om door intercollegiale toetsing van de medische activiteit de kwaliteit van de medische verzorging te evalueren en te bevorderen (advies NR van 19 februari 1994, TNR nr. 64, p. 28).

De medische audit wordt georganiseerd in overleg tussen de hoofdarts en de Medische Raad, die het resultaat van de audit meedeelt aan de algemene vergadering van ziekenhuisartsen. De Medische Raad waakt erover dat de ziekenhuisartsen hun medewerking verlenen aan de interne audit (artikel 124, ZHW).

Voor de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen<sup>3</sup> vermelde zorgprogramma's, medisch-tech-

3 Dit artikel luidt als volgt :

“Met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de medische dienstverlening dienen de in artikel 9ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bedoelde zorgprogramma's, evenals de diensten en hierna vermelde medisch-technische diensten en functies over te gaan tot interne en externe toetsing van de medische activiteit :

1° de dienst voor radiotherapie;  
2° het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie;  
3° de dienst voor medische beeldvorming waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch systeem wordt opgesteld;  
4° de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg";  
5° de functie voor intensieve zorg.  
6° de dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner is opgesteld;

nische diensten en functies moet de hoofdarts een rapport opmaken over de kwaliteit van de medische activiteit (artikel 2).

Dit rapport dient opgesteld te worden op basis van een interne registratie volgens een specifiek registratiemodel, opgesteld door colleges van geneesheren opgericht bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (artikel 3, §1). De rapporten worden door het ziekenhuis overgemaakt aan het desbetreffend college van geneesheren (artikel 4).

De geregistreerde gegevens worden op initiatief van de hoofdarts intern getoetst aan de door een college van geneesheren opgestelde kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria inzake goede medische praktijkvoering voor de evaluatie van de medische activiteit in de ziekenhuizen (artikel 3, §2).

**A.2/ De interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit**

De interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit valt onder de verantwoordelijkheid van het hoofd van het verpleegkundig departement (zie koninklijk besluit van 27 april 2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen).

Krachtens artikel 2, 5°, van dit koninklijk besluit dient het hoofd van het verpleegkundig departement een jaarrapport te schrijven met betrekking tot de getoetste verpleegkundige zorgthema's dat minstens de volgende elementen bevat :

- a) de waarden, de strategie en de nagestreefde doelstellingen;
- b) de bijhorende verbeteracties;
- c) het opgezette kwaliteitsmanagementsysteem voor wat betreft de organisatiestructuur, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de procedures en processen;
- d) de geregistreerde gegevens.

Dit jaarrapport dient door het hoofd van het verpleegkundig departement overgemaakt te worden aan de hoofdarts (artikel 2, 6°).

De hoofdarts maakt de nodige afspraken met het hoofd van het verpleegkundig departement om samen op basis van het jaarrapport de kwaliteitszorg in het ziekenhuis te bevorderen.

<sup>7°</sup> de dienst medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld;

<sup>8°</sup> de functie van lokale perinatale zorg (N\*-functie);

<sup>9°</sup> de functie van regionale perinatale zorg (P\*-functie)".

## B/ De externe audit

**B.1/ De externe toetsing van de kwaliteit van de medische activiteit**

De in artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen vermelde zorgprogramma's, medisch-technische diensten en functies maken het voorwerp uit van een externe audit.

De organisatie hiervan is vastgelegd in het hoofdstuk III van dit koninklijk besluit. De procedure van de externe audit dient in deze leidraad niet uiteengezet te worden.

Het is noodzakelijk dat de hoofdarts, alsook de betrokken diensthoofden, de door de colleges van artsen - opgericht bij de FOD Volksgezondheid - opgestelde jaarrapporten ontvangen (artikel 11, 3°) zodat zij er rekening mee kunnen houden om de kwaliteit van de zorg te bevorderen.

**B.2/ De externe toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit**

Op te merken valt dat het jaarrapport opgesteld door de Federale Raad voor de Kwaliteit van de verpleegkundige activiteit (zie artikel 7, 3°, c en d, van het koninklijk besluit van 27 april 2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen) wettelijk niet overgemaakt dient te worden aan de hoofdgeneesheren.

### 3.2/ Registratie van ziekenhuisgegevens

Naast de medische en verpleegkundige audit wordt de kwaliteit van de zorg geëvalueerd via de registratie van ziekenhuisgegevens.

De hoofdarts dient verschillende taken hieromtrent te vervullen.

#### A/ Het koninklijk besluit van 27 april 2007

De registratie van ziekenhuisgegevens wordt voornamelijk geregeld door het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Dit KB heft het KB van 6 december 1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, op.

Artikel 6 van het koninklijk besluit van 27 april 2007 luidt als volgt :

“De geregistreerde gegevens moeten ten laatste 5 maanden na het einde van de betrokken registratieperiode, na controle en validering door het ziekenhuis, aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu overgedragen worden. De overdracht dient begeleid te worden door een document dat enerzijds door de beheerder en anderzijds, ten bewijze van de waarachtigheid van de gegevens, door de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement wordt ondertekend. De overdracht dient te gebeuren met behulp van de beveiligde internettoegang die daartoe binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is gecreëerd.

In het ziekenhuis moeten de stukken waaruit de controle en validering van de ziekenhuisgegevens blijken, gedurende vijf jaar te allen tijde ter beschikking zijn”.

Hieruit kan men afleiden dat de hoofdarts medeverantwoordelijk is voor de waarachtigheid van de verplicht over te dragen ziekenhuisgegevens. De hoofdarts dient zich dan ook te vergewissen van de juistheid en de volledigheid van de ingewonnen gegevens.

In functie van de manier waarop de overdracht van de persoonsgegevens in de praktijk georganiseerd is, zou de hoofdarts verantwoordelijk kunnen zijn voor de eerbiediging van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De hoofdarts dient zich ervan te vergewissen dat iedere gegevensoverdracht verloopt overeenkomstig de privacywetgeving (o.a. de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens) alsook met eerbiediging van het medisch beroepsgeheim (artikel 458, SW en artt. 55-70 van de Code van geneeskundige plichtenleer). In voorkomend geval dient de hoofdarts aangifte te doen van de verwerking van de gegevens bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 17, wet van 8 december 1992).

Ook al heeft de wet geen verantwoordelijke aangeduid voor de bewaring van de stukken waaruit de controle en validering van de ziekenhuisgegevens blijken, is de hoofdarts tevens de aangevoerde persoon om te waken over deze bewaring.

## B/ Het koninklijk besluit van 1 oktober 2002

Het toepassingsgebied van titel I van het koninklijk besluit van 27 april 2007 is beperkt tot de algemene niet-psychiatrische ziekenhuizen (art. 1).

Wat de psychiatrische ziekenhuizen en enkele psychiatrische diensten betreft, dient men i.v.m. de registratie van ziekenhuisgegevens te verwijzen naar het koninklijk besluit van 1 oktober 2002 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft (over het toepassingsgebied van dit KB : zie artikel 2<sup>4</sup>).

Artikel 8 van het koninklijk besluit van 1 oktober 2002 bepaalt :

“Bij overdracht van de gegevens dient de hoofdgeneesheer, via een door hem ondertekende begeleidende brief, na controle en validering, de waarachtigheid van de gegevens te bekrachtigen.

Vanaf de door de Minister te bepalen datum dienen de gegevens, na controle en validering en ter bekrachtiging van de waarachtigheid van de gegevens, de elektronische handtekening van de hoofdgeneesheer te dragen volgens de modaliteiten bepaald door de minister, na advies van de Commissie " Standaarden inzake telematica ten behoeve van de sector van de gezondheidszorg " .

In het ziekenhuis moeten de stukken waaruit de controle en validering van de minimale psychiatrische gegevens blijkt, zich te alle tijden ter inzage van de personen bedoeld in artikel 115 van de wet op ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, bevinden.

Het ziekenhuis dient haar patiënten te informeren over het bestaan van de overdracht van gecodeerde gegevens aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie gezondheidsvoorzieningen met

<sup>4</sup> Artikel 2 van het KB van 1 oktober 2002 stelt :

“Dit besluit is van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen alsmede op de algemene ziekenhuizen met één of meerdere diensten neuropsychiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A), diensten neuro-psychiatrie voor behandeling (kenletter T), diensten neuro-psychiatrie voor kinderen (kenletter K).

Met ingang van de door Ons te bepalen datum, wordt dit besluit eveneens van toepassing op de diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen in de algemene ziekenhuizen”.

vermelding van hun finaliteit en hun wettelijke of reglementaire basis.

De Federale Overheidsdienst engageert zich om de ziekenhuizen dienaangaande richtlijnen te verstrekken”.

Dit koninklijk besluit is nooit het voorwerp geweest van een uitvoeringsbesluit. De commissie ‘Ziekenhuisgeneeskunde’ heeft tevens geen weet van specifieke richtlijnen verstrekt aan de ziekenhuizen i.v.m. de manier waarop de patiënten geïnformeerd moeten worden over de overdracht van hun gecodeerde persoonsgegevens. Het Bureau van de Nationale Raad verzoekt de minister hem bijkomende informatie te verschaffen hieromtrent. Indien uit het antwoord van de minister zou blijken dat er voor de hoofdarts bijkomende plichten ontstaan, zal de commissie ‘Ziekenhuisgeneeskunde’ niet nalaten deze toe te voegen aan deze leidraad.

In afwachting kan men vaststellen dat de opdrachten van de hoofdarts in verband met de registratie van de minimale psychiatrische gegevens nagenoeg gelijklopend zijn met deze uitgaande van de registratie van ziekenhuisgegevens, zoals opgelegd door het koninklijk besluit van 27 april 2007. De commissie ‘Ziekenhuisgeneeskunde’ verwijst dan ook naar zijn hierboven uiteengezette opmerkingen hieromtrent.

#### C/ Het koninklijk besluit van 19 maart 2007

De registratie van de minimale klinische gegevens wordt gecontroleerd door de FOD Volksgezondheid.

Deze controle wordt georganiseerd door het koninklijk besluit van 19 maart 2007 houdende vaststelling van de methodologie voor de controle van de minimale klinische gegevens en de regelen volgens dewelke hun juistheid en hun volledigheid worden gecontroleerd en vastgelegd.

Artikel 2, §1, bepaalt :

“Voor ieder ziekenhuis dat in uitvoering van het koninklijk besluit van 6 december 1994 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, minimale klinische gegevens registreert en overdraagt, wordt door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu minimaal één maal binnen een termijn van één jaar een externe audit met betrekking tot deze gegevens georganiseerd.

Onder externe audit wordt verstaan dat de medegedeelde minimale klinische gegevens met betrekking tot een bepaald verblijf ter plaatse worden gecontroleerd op hun conformiteit met de gegevens die in het medische dossier van de patiënt met betrekking tot dat bepaalde verblijf zijn opgenomen”.

De externe audit bedoeld in artikel 2, §1, van het koninklijk besluit van 19 maart 2007 dient in aanwezigheid van de hoofdarts en/of een door hem aangewezen ziekenhuisgeneesheer te gebeuren (artikel 4).

De vraag rijst echter of deze audit nog zal plaatsvinden aangezien het koninklijk besluit van 6 december 1994 houdende bepaling van de regels volgens welke statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, opgeheven werd (zie boven).

Het Bureau van de Nationale Raad neemt contact op met de Federale Overheid om meer informatie hieromtrent te bekomen.

## 4. Financiële aspecten van de taken van de hoofdarts

### 4.1/ Erelonen van de ziekenhuisartsen

Het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 heeft de provinciale raden de specifieke bevoegdheid toegekend om als scheidsrechter uitspraak te doen in ereloongeschillen tussen arts en patiënt (art. 6, 5°). Problemen inzake erelonen kunnen door de hoofdarts worden gemeld aan de provinciale raad van de Orde van geneesheren.

Ongeacht het vergoedingsstelsel dat in het ziekenhuis wordt toegepast, worden alle bedragen door de patiënten of door derden te betalen ter vergoeding van de prestaties van de ziekenhuisgeneesheren met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten, centraal geïnd. (art. 133, ZHW)

### 4.2/ Controle op het voorschrijfgedrag

Overconsumptie is een deontologische fout. Ook al is het de taak van het Riziv misbruiken dienaangaande op te sporen, blijft het de deontologische plicht van de hoofdarts er nauwlettend op toe te zien dat in zijn instelling de geldende richtlijnen wat betreft het voorschrijfgedrag zowel inzake medicatie als medische onderzoeken worden nageleefd. Hij zal zich verzetten tegen alle

initiatieven of druk uitgaande van de directie van de instelling om de ziekenhuisartsen tot overconsumptie aan te zetten. In zijn relatie met het Riziv (bv. globaal attesteren van medische prestaties) moet de hoofdarts aandacht hebben voor de deontologische regels inzake beroepsgeheim en collegialiteit.

Na gunstig advies van de Medische Raad kan de hoofdarts organisatorische maatregelen in het algemeen reglement van het ziekenhuis inlassen die beperkingen inhouden in verband met het deontologische principe van de individuele diagnostische en therapeutische vrijheid van de ziekenhuisarts.

#### 4.3/ De verzamelfactuur

De hoofdarts kan de verzamelfactuur ondertekenen namens de verstrekker.

Dit wordt voorzien in artikel 6 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Dit artikel bepaalt :

“Door zijn handtekening onderaan de (verzamelgetuigschriften) voor verstrekte hulp, vervat in (de bijlage 28) verklaart de ondertekenaar, die ofwel een geneesheer moet zijn ofwel een zorgverlener die deel uitmaakt van het beroep waartoe de geattesteerde verstrekkingen behoren, dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen zijn verricht door de zorgverlener waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hierboven bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Door zijn handtekening onderaan de verzamelfactuur die deel uitmaakt van de verpleegnota, vervat in de bijlagen 22, 23, 24 of 25, verklaart de verantwoordelijke hoofdgeneesheer dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen op de vermelde data overeenkomstig de regels van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn voorgeschreven of verricht door de zorgverleners waarvan de naam naast elke verstrekking is vermeld. De desbetreffende bescheiden zijn ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle; ze moeten door de hiervoren bedoelde zorgverlener ondertekend zijn.

Het in het eerste en tweede lid bedoelde procédé mag alleen maar worden aangewend op

voorwaarde dat er tussen de ondertekenaar en elke betrokken zorgverlener een schriftelijke lastgeving bestaat luidens welke de zorgverlener (de lastgever) aan de ondertekenaar (de lasthebber), die aanvaardt, de volmacht verleent om, onder zijn handtekening, de door hem verleende verzorging aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Onverminderd de door andere wetgevingen of door de regels van de medische plichtenleer opgelegde bewaringstermijnen moeten de in het eerste en tweede lid bedoelde bescheiden worden bewaard gedurende een tijdvak van ten minste drie jaar vanaf de datum van de uitvoering van de verstrekking [...].”

Uit deze bepaling volgt dat de hoofdarts voor elke verstrekking over een document dient te beschikken waaruit blijkt dat de verstrekker verklaart dat hij/zij volgens de regels van de nomenclatuur de verstrekkingen heeft verricht en dat hij/zij volmacht verleent aan de hoofdarts om, onder zijn handtekening, de door hem verleende verzorging aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Het is aan te raden een rigoureuze interne procedure hieromtrent uit te schrijven in overleg met de Medische Raad en de beheerder, eventueel in het kader van het reglement betreffende de werking van de dienst van centrale inning bedoeld in de artikelen 134 en volgende van de ziekenhuiswet.

#### 4.4/ Bezoldiging van de hoofdarts

De Nationale Raad stelde in zijn advies van 12 mei 2007 (TNR nr. 117, p. 4) dat, wanneer de bezoldiging van de hoofdarts zou bestaan uit een deelname in de exploitatiewinst (success fee), dit als een vorm van dichotomie dient te worden beschouwd en bijgevolg dient te worden verworpen. Een deel van het exploitatieresultaat van een ziekenhuis bestaat immers uit inhoudingen op de erelonen van de artsen.

### 5. De hoofdarts en de organisatie van het ziekenhuis

Zowel op wettelijk (zie artikel 13 van de ziekenhuiswet, alsook artikel 2 van het koninklijk besluit van 15 december 1987) als op deontologisch vlak heeft de hoofdarts een superviserende rol inzake de organisatie van het ziekenhuis.

Hierdoor werkt hij nauw samen met de verschillende actoren van de ziekenhuiswereld.

## 5.1/ De hoofdarts in relatie met de Medische Raad

### A/ Samenwerking

De grens tussen de bevoegdheden van de hoofdarts en deze van de Medische Raad is soms onduidelijk (zie hieromtrent o.m. artikel 124, ZHW) :

“Met het doel de geneeskundige verzorging in het ziekenhuis in optimale voorwaarden voor de patiënten te verstrekken en onverminderd de in de artikelen 13 tot 17 bedoelde taken van de hoofdgeneesheer, waakt de Medische Raad erover dat de ziekenhuisgeneesheren hun medewerking verlenen aan maatregelen om :

1° de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunst te bevorderen en op een permanente wijze te evalueren;

2° de groepsgeest onder de ziekenhuisgeneesheren te bevorderen;

3° de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, inzonderheid verpleegkundigen en paramedici, te bevorderen;

4° de samenwerking te bevorderen tussen de geneesheren van het ziekenhuis en andere geneesheren, meer bepaald de huisarts of de verwijzende behandelende arts;

5° de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen, met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis, te stimuleren”.

Een goede samenwerking van de hoofdarts met de Medische Raad is derhalve vereist. De hoofdarts moet de onafhankelijkheid en het bevoegdheidsterrein van de Medische Raad eerbiedigen.

Deze samenwerking dient op meerdere niveaus plaats te vinden :

- de Medische Raad, in samenwerking met de hoofdarts, ondersteunt alle initiatieven ter evaluatie van de kwaliteit van de verzorging en spoort de ziekenhuisgeneesheren aan hun medewerking hieraan te verlenen. Indien de hoofdarts het noodzakelijk acht een geneesheer te verplichten tot een audit, mag hij dit slechts doen na het advies van de Medische Raad ingewonnen te hebben (advies NR van 19 februari 1994, TNR nr. 64, p. 28).
- Indien de hoofdarts weet of vermoedt dat een collega in het ziekenhuis medische fou-

ten begaat, moet hij hierover overleg plegen met de Medische Raad, teneinde passende maatregelen voor te stellen aan wie bevoegd is ter zake (advies NR van 19 februari 1994, TNR nr. 64, p. 28).

- Met het oog op de toepassing van de medische deontologie dient de hoofdarts, eventueel na overleg met de Medische Raad, deontologische moeilijkheden, die binnen het ziekenhuis niet kunnen worden opgelost, te melden aan de bevoegde provinciale raad van de Orde.
- Wanneer de hoofdarts vaststelt dat een arts omwille van fysieke of psychische ongeschiktheid niet meer in staat is om op een verantwoorde wijze zijn medische praktijk uit te oefenen, dient hij, na overleg met de Medische Raad of zijn voorzitter, de passende dringende maatregelen te nemen ter bescherming van de patiënten en dient hij te overwegen de provinciale geneeskundige commissie in te lichten.
- ...

In geval van onenigheid tussen de hoofdarts en de Medische Raad verzoekt de hoofdarts om een gezamenlijk overleg en dit krachtens artikel 32, §2, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de medische raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen<sup>5</sup>. Deontologische conflicten dienen voorgelegd te worden aan de betrokken provinciale raad van de Orde der geneesheren.

### B/ Onafhankelijkheid

Zoals reeds vermeld dient de hoofdarts de onafhankelijkheid en het bevoegdheidsterrein van de Medische Raad te eerbiedigen.

De functie van hoofdarts is dan ook onverenigbaar met het voorzitterschap van de Medische Raad (art. 13, ZHW).

Bij de aanstelling van de hoofdarts door de raad van bestuur is verzwamd advies van de Medische Raad vereist (art.125, 4°, ZHW).

<sup>5</sup> Dit artikel bepaalt :

“Worden op hun verzoek door de Medische Raad gehoord :1° de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis;2° de beheerder van het ziekenhuis;3° de directeur(s) van het ziekenhuis;4° de apotheker van het ziekenhuis;5° het hoofd van de verpleegafdeling van het ziekenhuis;6° de bedrijfsrevisor verbonden aan het ziekenhuis;7° de ziekenhuisgeneesheren, bedoeld in artikel 1 van dit besluit;8° een vertegenwoordiger van de huisartsen die met het ziekenhuis werken”.



## 5.2/ De hoofdarts in relatie met de ziekenhuisartsen

De hoofdarts heeft als taak een effectieve medische staff-werking te verzekeren (art. 16, ZHW en art. 6, 11°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

Hiervoor dient hij de noodzakelijke initiatieven te nemen om :

- de ziekenhuisartsen te betrekken bij de geïntegreerde werking van het ziekenhuis (art. 16, ZHW) ;
- de ziekenhuisartsen te betrekken bij de medische audit en bij de eruit voortvloeiende initiatieven om de kwaliteit van de medische dienstverlening in stand te houden en te verbeteren (art. 16, ZHW);
- de toepassing van de wettelijke en reglementaire voorschriften te waarborgen, althans voor zover deze de medische activiteiten betreffen (art. 5, 1°, koninklijk besluit van 15 december 1987);
- de naleving te verzekeren van het medisch reglement (art. 5, 2°, koninklijk besluit van 15 december 1987);
- de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis te verzekeren en de groepsgeest te bevorderen (art. 5, 5°, koninklijk besluit van 15 december 1987);
- de samenwerking met het andere ziekenhuispersoneel, inzonderheid met de verpleegkundigen en de paramedici, te bevorderen (art. 5, 6°, koninklijk besluit van 15 december 1987);
- de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis en andere geneesheren te bevorderen, meer bepaald met de huisartsen of met de verwijzende behandelende artsen (art. 5, 7°, koninklijk besluit van 15 december 1987);
- de medische permanentie in het ziekenhuis en de medewerking van de geneesheren aan de wachtdiensten zoals bedoeld in artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen te organiseren (art. 5, 9°, koninklijk besluit van 15 december 1987 : zie hoger);
- de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen, met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis, te stimuleren (art. 6, 10°, koninklijk besluit van 15 december 1987).

De hoofdarts dient er bovendien over te waken dat gestreefd wordt naar goede en constructieve

relaties tussen de ziekenhuisartsen en het beheer. Indien de beheerder bepaalde organisatorische werkverdelingen oplegt die de relaties tussen de beheerder en de ziekenhuisarts verstoren, kan de hoofdarts bemiddelend optreden, samen met de Medische Raad.

In geval van onenigheid tussen een ziekenhuisarts en de Medische Raad kan de hoofdarts, de betrokken arts aanraden om op eigen verzoek door de Medische Raad gehoord te worden (zie artikel 32, §2, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de medische raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen).

## 5.3/ De hoofdarts in relatie met de geneesheren-diensthooft

Krachtens artikel 12 van het koninklijk besluit van 15 december 1987 is de geneesheer-diensthooft verantwoordelijk voor de goede gang van zaken in zijn dienst. Hij staat er in voor de organisatie en de coördinatie van de medische activiteit, zoals dit voor elk ziekenhuis en gebeurlijk voor iedere dienst, nader wordt uitgewerkt in het medisch reglement.

Met het oog op een optimale organisatie en coördinatie van de medische activiteiten van de diensten van het ziekenhuis pleegt de hoofdarts, op geregelde tijdstippen, zoals nader bepaald in het medisch reglement, overleg met de geneesheren-diensthooft in verband met respectievelijk de initiatieven die door de hoofdarts krachtens artikel 5 en artikel 6 van het besluit van 15 december 1987<sup>6</sup> worden genomen, de evaluatie

6 De artikelen 5 en 6 bepalen :

“Art. 5. De hoofdgeneesheer neemt de nodige initiatieven om :1° de toepassing van de wettelijke en reglementaire voorschriften te waarborgen, althans voor zover deze de medische activiteiten betreffen;2° de naleving te verzekeren van het medisch reglement;3° de beheersbeslissingen inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteiten voor te bereiden en uit te voeren;4° een geregeld overleg te organiseren met de geneesheren-diensthooft, zoals bedoeld in hoofdstuk III van dit besluit;5° de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis te verzekeren en de groepsgeest te bevorderen;6° de samenwerking met het ander ziekenhuispersoneel, inzonderheid met de verpleegkundigen en de paramedici, te bevorderen;7° de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis en andere geneesheren te bevorderen, meer bepaald met de huisartsen of met de verwijzende behandelende artsen;8° de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen en op een permanente wijze te evalueren;9° de continuïteit van de medische zorgen in de opname-, raadplegings-, urgentie- en medisch-technische diensten te verzekeren, ondermeer door het organiseren van de medische permanentie in het ziekenhuis en van de medewerking van de

van de uitvoering van deze initiatieven en de bijsturing van de door de hoofdarts genomen maatregelen (art. 19, koninklijk besluit van 15 december 1987).

#### 5.4/ De hoofdarts in relatie met het verpleegkundig departement

De verpleegkundige activiteit moet dusdanig worden georganiseerd dat ze een integrerend deel vormt van de ziekenhuisactiviteit, met dien verstande dat het ziekenhuis zo georganiseerd wordt dat de verpleegkundige activiteit er in optimale omstandigheden kan geschieden (artikel 17ter, §1, ZHW).

Hiervoor dient de hoofdarts nauw samen te werken met het hoofd van het verpleegkundig departement (artikel 17ter, §2, ZHW), in het bijzonder met het oog op :

- het aanleggen en bijhouden van het patiëntendossier;
- het evalueren en bevorderen van de kwaliteitszorg in het ziekenhuis;
- het controleren van de registratie van de ziekenhuisgegevens;
- het bevorderen van de ziekenhuishygiëne.

De hoofdarts neemt tevens alle noodzakelijke initiatieven om de samenwerking van de ziekenhuisartsen met de verpleegkundigen te bevorderen (art. 5, 6°, koninklijk besluit van 15 december 1987).

#### 5.5/ De hoofdarts in relatie met de paramedische diensten

De hoofdarts neemt alle noodzakelijke initiatieven om de samenwerking van de ziekenhuisart-

geneesheren aan de wachtdiensten zoals bedoeld in artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunde, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies.

**Art. 6.** In uitvoering van de voormelde regelen zal de hoofd-geneesheer er over waken dat maatregelen worden genomen om ondermeer :1° een procedure uit te werken inzake opname- en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis;2° de ziekenhuishygiëne te bevorderen;3° in samenwerking met de bloedtransfusiecentra een bloedbank te organiseren, zo deze voor de ziekenhuisactiviteiten vereist is;4° een medisch dossier, als onderdeel van het patiëntendossier, voor elke patiënt aan te leggen en in het ziekenhuis te bewaren;5° een medische documentatie en bibliotheek aan te leggen;6° de registratie van de medische activiteiten op te zetten en bij te houden;7° de medical audit te organiseren;8° een medisch jaarverslag op te maken;9° gegevens te verzamelen met het oog op de voorbereiding van de begroting voor de medische activiteiten;10° de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen, met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis, te stimuleren;11° een effectieve medische staff-werking te verzeker- en, zoals bedoeld in hoofdstuk V van dit besluit”.

sen met de paramedici te bevorderen (art. 5, 6°, koninklijk besluit van 15 december 1987).

Hij dient regelmatig overleg te plegen met het hoofd/de hoofden van de paramedische diensten om de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit te integreren (art. 2, koninklijk besluit van 15 december 1987).

#### 5.6/ De hoofdarts in relatie met de ziekenhuisapotheker

De hoofdarts dient regelmatig overleg te plegen met de ziekenhuisapotheker om zijn activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit te integreren (art. 2 van het koninklijk besluit van 15 december 1987, artikel 10 van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend).

De hoofdarts werkt vooral samen met één of meerdere ziekenhuisapotheker(s) in het kader van het comité voor ziekenhuishygiëne, het transfusiecomité, het medisch-farmaceutisch comité, het comité voor medisch-materiaal en het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal.

De taken van de hoofdarts in deze comités worden hieronder omschreven.

#### 5.7/ De hoofdarts in relatie met de directeur en het beheer van het ziekenhuis

De hoofdarts dient nauw samen te werken met de directeur (art. 12, ZHW) en met de beheerder van het ziekenhuis.

Hij verbindt er zich toe al het mogelijke te doen om van het ziekenhuisbeheer te bekomen dat de deontologie nageleefd wordt in de contracten van de ziekenhuisartsen, het Algemeen Reglement van het ziekenhuis, het Medisch Reglement of het Reglement voor de Centrale Inning der Erelonen. Wanneer de hoofdarts niet de nodige macht en/of middelen krijgt om zijn taken uit te voeren of wanneer hem maatregelen opgedrongen worden die indruisen tegen de deontologie, dient hij te protesteren en te overwegen zijn ontslag in te dienen (zie hoger).

De hoofdarts zal zich ook verzetten tegen elke ongeoorloofde reclame gemaakt door de instelling als dusdanig (Advies NR van 24 juni 2006, TNR nr. 113, p. 5; zie hoger).

## 5.8/ De hoofdarts in relatie met de ombudsfunctie

Krachtens artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt heeft deze laatste het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn patiëntenrechten neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002, met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend (artikel 70<sup>quater</sup>, ZHW).

Het is de deontologische plicht van de hoofdarts zijn steun te verlenen aan de wettelijk opgerichte ombudsfunctie en toe te zien op de effectieve medewerking van de betrokken ziekenhuisartsen.

Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie niet in het gedrang te brengen, is de functie van ombudspersoon onverenigbaar met deze van hoofdarts (art. 3 van het KB van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen en advies NR van 22 april 2006, TNR nr. 113, p. 3). Indien een patiënt de hoofdarts verzoekt een bemiddelingsfunctie te vervullen dient de hoofdarts hem te verwijzen naar de ombudsfunctie van het ziekenhuis.

De hoofdarts houdt rekening met eventuele, door de ombudspersoon geformuleerde aanbevelingen ter voorkoming van een herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht (zie art. 11, §2, 5<sup>o</sup>, van de wet van 22 augustus 2002).

## 5.9/ De hoofdarts in relatie met het ethisch comité

Het lidmaatschap van het ethisch comité van het ziekenhuis is onverenigbaar met de functie van hoofdarts (zie punt 9<sup>ter</sup> van de bijlage, deel 1, "Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn", punt III, "Organisatorische normen" van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, toegevoegd door artikel 1 van het koninklijk besluit van 12 augustus 1994 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de

ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd).

De hoofdarts verleent evenwel zijn steun aan het ethisch comité daar deze laatste een onontbeerlijke taak vervult in het kader van de ziekenhuisactiviteit.

Krachtens artikel 6, 10<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 15 december 1987 dient de hoofdarts de noodzakelijke initiatieven te nemen om de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen, met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis, te stimuleren. Hij wordt verzocht de artsen aan te moedigen deel te nemen aan menselijke experimenten.

De hoofdarts waakt erover dat experimenten uitgevoerd in het ziekenhuis het voorwerp uitmaken van een gunstig advies van de commissie voor medisch ethiek en zo nodig (voor "klinische proeven", d.w.z. interventionele studies met geneesmiddelen) geen negatief advies gekregen hebben van de minister van Volksgezondheid (zie wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon). Hij verzet zich tegen het niet eerbiedigen van de door de commissie voor medisch ethiek uitgebrachte beslissing. Zo nodig brengt hij de commissie voor medisch ethiek en desgevallend ook de minister op de hoogte van de overtreding. Artikel 23 van de wet van 7 mei 2004 bepaalt :

"§ 1. Wanneer er objectieve redenen bestaan om aan te nemen dat de opdrachtgever, de onderzoeker of enige andere bij het experiment betrokken persoon de hem opgelegde verplichtingen niet langer nakomt, brengt de minister op eigen initiatief of op voorstel van het ethisch comité de betrokkene onmiddellijk op de hoogte en geeft hij hem te kennen welke gedragslijn hij moet volgen om deze situatie te corrigeren.

§ 2. De minister informeert onmiddellijk de bevoegde overheden van de andere lid-Staten en de Commissie over deze gedragslijn".

De hoofdarts waakt er ook over dat er voor elk experiment dat onder de wet van 7 mei 2004 valt, een opdrachtgever bestaat, die zich dient te schikken naar de regels door deze wet bepaald, o.a. qua verzekering, archivering enz.

## 6. De relatie hoofdarts – Huisarts en verwijzende arts

Krachtens artikel 5, 7<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 15 december 1987 neemt de hoofdarts de

nodige initiatieven om de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis en andere geneesheren te bevorderen, meer bepaald met de huisartsen of met de verwijzende behandelende artsen.

De procedure inzake opname en ontslag van patiënten in het ziekenhuis (art. 6, 1°) dient hiermee rekening te houden. De huisarts, desgevallend houder van het Globaal Medisch Dossier<sup>7</sup>, alsook de verwijzende arts dienen in beginsel ingelicht te worden over de hospitalisatie.

In het kader van zijn opdracht om de medewerking van de ziekenhuisartsen aan de wachtdiensten zoals bedoeld in artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen te organiseren, dient de hoofdarts of zijn afgevaardigde de nodige afspraken te maken met de huisartsenkring(en) van de huisartsenzone(s) teneinde een optimale afstemming te bekomen tussen de huisartsenwachtdienst, de spoeddiensten en de dringende medische hulpverlening in de huisartsenzone (artikel 5, 7°, van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen). Bij dit overleg wordt bij voorkeur de Medische Raad betrokken.

## 7. Bijkomende opdrachten

Naast de hierboven vermelde algemene taken van de hoofdarts zijn er andere wettelijke opdrachten die door hem vervuld dienen te worden, in nauwe samenwerking met de verschillende actoren van de ziekenhuiswereld.

### 7.1/ Beheersbeslissingen inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteiten

De hoofdarts neemt de nodige initiatieven om de beheersbeslissingen inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteiten voor te bereiden en uit te voeren (art. 5, 3°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

<sup>7</sup> Artikel 4, §2, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 betreffende het Algemeen Medisch Dossier bepaalt :

§2. Bij behandeling van een patiënt, vragen de huisartsen of de geneesheren-specialisten naar de eventuele huisartsbeheerder van een AMD en delen aan deze laatste de nodige en nuttige gegevens mee. De patiënt kan zich hiertegen verzetten". De terminologie AMD (Algemeen Medisch Dossier) en GMD (Globaal Medisch Dossier) is gelijkwaardig. (art. 1 §4, KB 3 mei 1999)

Er wordt een organisatie van diensten afgesproken tussen de ziekenhuisartsen onderling of met het beheer, onder supervisie van de Medische Raad en vooraf vastgelegd in een intern reglement. De beheerder kan bepaalde werkverdelingen opleggen omdat ze organisatorisch van belang zijn.

### 7.2/ Procedure inzake opname en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis

De hoofdarts dient erover te waken dat er maatregelen worden genomen om een procedure uit te werken inzake opname en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis (art. 6,1°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

### 7.3/ Ziekenhuishygiëne

Uit artikel 6, 2°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987 kan men afleiden dat de hoofdarts erover dient te waken dat de nodige maatregelen worden genomen om de ziekenhuishygiëne te bevorderen.

Punt *9bis* van de bijlage, deel 1, "Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn", punt III, "Organisatorische normen", van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, bepaalt dat het bevorderen van de hygiëne in het ziekenhuis een taak is van:

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- een team voor ziekenhuishygiëne;
- een comité voor ziekenhuishygiëne.

Het team voor ziekenhuishygiëne is op het operationele vlak onafhankelijk, maar rapporteert naar het comité voor ziekenhuishygiëne, de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement. De operationele beslissingen van het team voor ziekenhuishygiëne worden uitgevoerd na overleg met, in opdracht van en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement (Punt *9bis*). De geneesheer-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van de hoofdarts van het ziekenhuis onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

Het team voor ziekenhuishygiëne vervult volgende taken :

- 1° ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met :
    - a) standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;
    - b) isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;
    - c) surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te stellen;
  - 2° opzetten van een epidemiebeleid;
  - 3° opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals :
    - a) het bouwen of verbouwen;
    - b) de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier;
    - c) de aankoop van materialen;
  - 4° implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties, zoals de Hoge Gezondheidsraad;
  - 5° uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne zoals bedoeld in artikel 56, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.
- Het team stelt een algemeen strategisch plan op evenals een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team.

De hoofdgeneesheer is tevens lid van het comité voor ziekenhuishygiëne (zie punt 9bis).

Dit comité is minstens samengesteld uit :

- 1° de directeur van het ziekenhuis;
- 2° het team voor ziekenhuishygiëne;
- 3° een ziekenhuisapotheker;
- 4° een microbioloog;
- 5° de hoofdgeneesheer;
- 6° het hoofd van het verpleegkundig departement;
- 7° drie geneesheren werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad;
- 8° drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement.

Het comité voor ziekenhuishygiëne vervult minimaal volgende taken :

- 1° bespreken en goedkeuren van het algemeen strategisch plan en het jaarlijkse beleidsplan opgesteld door het team;

- 2° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks activiteitenverslag opgesteld door het team;
- 3° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks verslag van de werking van het team;
- 4° bespreken en goedkeuren van de budgetten en kostenramingen;
- 5° het coördineren van het toewijzen van opdrachten op het vlak van :
  - a) de controle op technieken van sterilisatie;
  - b) antibioticumbeleid;
  - c) het uitwerken van richtlijnen voor en het houden van toezicht op :
    - de methoden van wassen en verdeling van linnen;
    - de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melk-keuken;
    - het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval;
  - d) het opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en desgevallend de risicodiensten.

#### 7.4/ Organisatie van de bloedbank

De hoofdarts dient erover te waken dat maatregelen worden genomen om in samenwerking met de bloedtransfusiecentra een bloedbank te organiseren, zo deze voor de ziekenhuisactiviteiten vereist is (artikel 6, 3°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

De verantwoordelijke van de ziekenhuisbloedbank dient nauw samen te werken met de directeur van het ziekenhuis en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de ziekenhuisactiviteit meer in het bijzonder met de hoofdarts, de geneesheren-diensthoofd, het hoofd van de verpleegkundige, paramedische, administratieve, financiële en technische diensten van het ziekenhuis (art. 18 van het koninklijk besluit van 17 februari 2005 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisbloedbank moet voldoen om te worden erkend). Deze samenwerking vindt tevens plaats in het transfusiecomité van het ziekenhuis.

Krachtens het punt 9quinquies van de bijlage, deel 1, "Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn", punt III, "Organisatorische normen", van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, dient elk algemeen ziekenhuis te beschikken over een transfusiecomité

dat instaat voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis<sup>8</sup>. De hoofdarts alsook de verantwoordelijke van de ziekenhuisbloedbank is lid van het transfusiecomité.

Het Comité is belast met volgende taken (punt 9<sup>quinquies</sup>) :

1. het waarborgen van een wetenschappelijk gefundeerd, veilig en kwalitatief verantwoord transfusiebeleid in het ziekenhuis door het toepassen van door haar opgestelde transfusierichtlijnen.  
Deze richtlijnen hebben onder meer betrekking op :
  - 1° de indicatiestelling en het daaraan beantwoordende voorschrift;
  - 2° de afname van het bloedstaal;
  - 3° de procedures met betrekking tot de ontvangst van het labiel bloedproduct, de bewaarcondities en het transport binnen het ziekenhuis;
  - 4° de toediening van het labiel bloedproduct (pre-transfusie procedure, observatie tijdens de transfusie, inlichting rond alarmsymptomen);
  - 5° de declaratie van vermeden en werkelijke afwijkingen van de voorgeschreven procedures bij transfusie;
  - 6° de informatie aan de patiënt en de behandelende geneesheer van de werkelijke afwijkingen bedoeld in 5°;

8 De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen het transfusiecomité onder te brengen bij het medisch farmaceutisch comité zoals bedoeld in artikel 24, § 1, van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend. In voorkomend geval worden de bevoegdheden van het transfusiecomité uitgeoefend door voornoemd medisch farmaceutisch comité.

In geval van een erkende groepering, zoals bepaald in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

- 1° hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;
- 2° hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering.

Onverminderd de toepassing van het voorafgaande lid worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en werking van de Medische Raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 1963 op de ziekenhuizen, vrijgesteld van de verplichting een Comité op te richten, op voorwaarde dat het betrokken ziekenhuis zich op grond van een overeenkomst met een ander ziekenhuis aansluit bij het comité van dat ziekenhuis, dat daardoor ook bevoegd wordt ten aanzien van het betrokken ziekenhuis (Zie punt 9<sup>quinquies</sup> van de bijlage, deel 1, "Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn", punt III, "Organisatorische normen", van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd).

- 7° de post-transfusionele opvolging van de receptor en de feedback van informatie aan de patiënt en de behandelend geneesheer.
2. het samenbrengen van de richtlijnen, bedoeld in het eerste punt, in een transfusiehandboek;
3. het overmaken of ter beschikking stellen van het transfusiehandboek, bedoeld in het tweede punt, aan alle betrokkenen van het ziekenhuis;
4. het stimuleren van en het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot transfusiebeleid;
5. het verspreiden van nationale en internationale literatuurgegevens en in het bijzonder praktijkveranderende wetenschappelijke informatie inzake transfusie;
6. het organiseren van een kwaliteitscontrole en, meer in het bijzonder, van een systeem van hemovigilantie.  
Dit omvat onder andere :
  - a) de gegevens van het ziekenhuis over de nevenwerkingen te wijten aan de labiele bloedproducten en de gevolgde procedures bespreken;
  - b) het voorlichten van de betrokkenen over bedoelde nevenwerkingen.
 Dit veronderstelt de toevoeging aan het medisch dossier van de patiënt, van een document zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 10°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medische dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.
7. het bekwamen van het personeel op het vlak van transfusie.

## 7.5/ Medische documentatie en bibliotheek

De hoofdarts waakt erover dat de nodige maatregelen worden genomen om binnen het ziekenhuis een medische documentatie en bibliotheek aan te leggen (art. 6, 5°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

## 7.6/ Het medisch jaarverslag

De hoofdarts neemt de nodige initiatieven voor het opstellen van het medisch jaarverslag (art. 6, 8°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

### 7.7/ Voorbereiding van de begroting voor de medische activiteiten

De hoofdarts is verantwoordelijk voor het verzamelen van gegevens met het oog op de voorbereiding van de begroting voor de medische activiteiten (art. 6, 9°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

### 7.8/ het stimuleren van geneeskundige activiteiten met een wetenschappelijk karakter

De hoofdarts dient de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen, met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis, te stimuleren (art. 6, 10°, van het koninklijk besluit van 15 december 1987).

Hij wordt verzocht de permanente vorming van de ziekenhuisartsen aan te moedigen.

### 7.9/ Permanentie van de laboratoriumtechnologen

Krachtens artikel 5 van het koninklijk besluit van 18 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 57 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie, dient de hoofdarts een lijst met de namen van de medische laboratoriumtechnologen die de permanentie binnen het laboratorium verzekeren ter beschikking te houden van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

### 7.10/ Het medisch-farmaceutisch comité

In elk ziekenhuis wordt een medisch-farmaceutisch comité opgericht, samengesteld uit de directeur van het ziekenhuis of zijn afgevaardigde, de ziekenhuisapotheker-titularis, één of meerdere andere ziekenhuisapothekers zo die er in het ziekenhuis zijn, de hoofdarts, geneesheren aangeduid door de Medische Raad, desgevallend andere geneesheren-specialisten en het hoofd van de verpleegkundige diensten (artikel 24 van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend).

Het medisch-farmaceutisch comité heeft als taken (artikel 25) :

- 1° het opstellen en het bijhouden van een Therapeutisch Formularium.  
Dit is een verplichte lijst van geneesmiddelen, gekozen op overwogen en economisch verantwoorde wijze, die permanent beschikbaar zijn teneinde aan de diagnostische en therapeutische behoeften te kunnen voldoen;
- 2° de standaardisatie van de procedures over het gebruik van geneesmiddelen;
- 3° de analyse van het geneesmiddelenverbruik in het ziekenhuis, en dit per geneesmiddelenklasse, per dienst en per voorschrijvende arts.  
De resultaten van deze analyse moeten regelmatig aan de voorschrijvend arts, de beheerder, de directeur, de voorzitter van de Medische Raad en het Comité voor ziekenhuishygiëne worden meegedeeld
- 4° het voorstellen van maatregelen met het oog op een beter geneesmiddelenverbruik en op het vermijden van voorschrijffouten;
- 5° het opstellen van een jaarrapport dat de volgende elementen bevat :
  - a) het geneesmiddelenverbruik in het ziekenhuis per geneesmiddelenklasse, per dienst en per voorschrijvende arts met inbegrip van een afzonderlijke vermelding van het verbruik van generische geneesmiddelen;
  - b) de analyse van de afwijkingen ten opzichte van vergelijkende verbruikspatronen en ten opzichte van nationale en internationale referenties, inzonderheid voor de vergelijkbare pathologieën;
  - c) de maatregelen genomen met het oog op het rationeler voorschrijven van geneesmiddelen, zoals bedoeld onder a), gebaseerd op de analyses bedoeld in b);
  - d) de vergelijkende jaartabellen en de resultaten van de in de loop der tijd genomen maatregelen bedoeld in c).
 De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan nadere modaliteiten bepalen met betrekking tot het opstellen van het jaarrapport;
- 6° het overmaken van het jaarrapport aan de ministers die de volksgezondheid en de sociale zaken onder hun bevoegdheid hebben;
- 7° het verspreiden van het jaarrapport onder het medisch personeel;
- 8° het ontwerpen en of installeren van de nodige software met het oog op het automatiseren van het toezicht op het geneesmiddelenvoorschrift en het toezicht op het geneesmiddelenverbruik;
- 9° het uitvoeren van vergelijkende analyses steunend op lokale of nationale gegevensbanken;

- 10° het afstemmen van de strategieën van het medisch farmaceutisch comité en van het comité voor ziekenhuishygiëne met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica;
- 11° het organiseren van intramurale werkgroepen, binnen het ziekenhuis en tussen ziekenhuizen, om positieve ervaringen met betrekking tot het geneesmiddelenverbruik op een grote schaal te verspreiden zodat men een beter zicht krijgt op de problemen en op de desbetreffende oplossingen;
- 12° het eventueel bepalen, het opvolgen en verbeteren van het transfusiebeleid van het ziekenhuis, volgens de bepalingen van punt 9quinquies, van punt III, " Organisatorische normen ", van deel I, " Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn ", van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in uitvoering van voornoemde punt 9quinquies, a) , tweede lid.

De onder de nummers 5°, 8°, 9° en 10° vermelde taken worden door het medisch- farmaceutisch comité vervuld onder toezicht van de hoofdarts, in samenwerking met de hoofdapotheker (artikel 25, §2).

#### 7.11/ Het comité voor medisch materiaal

In elk ziekenhuis wordt een comité voor medisch materiaal opgericht (artikel 26 van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend). Dit wordt voorgezeten door de hoofdarts of zijn afgevaardigde.

Het comité bestaat uit :

- 1° de directeur van het ziekenhuis of zijn afgevaardigde;
- 2° een of meer ziekenhuisapothekers;
- 3° de hoofdgeneesheer of zijn afgevaardigde;
- 4° de verpleegkundig directeur of zijn afgevaardigde;
- 5° door de medische raad aangewezen artsen;
- 6° andere geneesheren-specialisten, leden van de medische staf;
- 7° een geneesheer-ziekenhuishygiënist van het team voor ziekenhuishygiëne zoals bedoeld in punt 9bis, van rubriek III " Organisatorische normen ", van Deel A. " Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn " van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de nor-

- men die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd;
- 8° een verpleegkundige-ziekenhuishygiënist van het team voor team voor ziekenhuishygiëne zoals bedoeld in punt 9bis, van rubriek III " Organisatorische normen ", van Deel A. " Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn " van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd;
- 9° en een door de hoofdgeneesheer als verantwoordelijke voor de sterilisatie aangewezen persoon.

Uit deze samenstelling leidt men af dat de hoofdarts een verantwoordelijke voor de sterilisatie binnen het ziekenhuis dient aan te wijzen. De precieze functies van de verantwoordelijke voor de sterilisatie worden niet wettelijk vastgelegd.

De opdrachten van het comité voor medisch materiaal worden in artikel 27 van het koninklijk besluit van 4 maart 1991, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 5 juni 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, vastgelegd :

- 1° het uitvoeren en controleren van de voor alle implantaten van categorie I en II verplichte registratie en toezicht. De in dat kader voorziene verslagen opmaken;
  - 2° een " formulier medisch materiaal " in de vorm van een lijst met permanent beschikbare medische hulpmiddelen in het ziekenhuis en de toepassingsregels van dat formulier opmaken en bijwerken.
- Om de medische hulpmiddelen die in het " formulier medisch materiaal " moeten voorkomen, te selecteren, houdt het comité rekening met een vanuit medisch-klinisch en economisch gezichtspunt verantwoord adequaat gebruik van de kosten, voorzien door de van kracht zijnde reglementering houdende de nomenclatuur van de gezondheidszorgverstrekkingen en de door het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen voorziene financiering.
- De toepassingsregels betreffen met name de uitzonderingen op de afwijkingen van het formulier en worden bij voorkeur bepaald volgens een ruime consensus tussen de betrokken klinische gebruikers en het comité voor medisch materiaal;



- 3° de professionele gebruikers van medische hulpmiddelen in het ziekenhuis regelmatig informeren over de kostprijs van de medische hulpmiddelen en de terugbetaling ervan door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 4° het gestandaardiseerd gebruik van de medische hulpmiddelen, gebruikt in het kader van diagnostische en therapeutische procedures, bevorderen;
- 5° een intern rapport met de volgende bestanddelen opmaken :
  - a) het verbruik van materiaal, opgegeven per categorie, per dienst en in voorkomend geval per arts in correlatie met de desbetreffende diagnostische en therapeutische procedures terzake;
  - b) de analyse van de afwijkingen van de vergelijkende consumptiemodellen en nationale en internationale referenties, meer bepaald inzake vergelijkbare pathologieën;
  - c) de genomen maatregelen met het oog op het doen verdwijnen van de niet verantwoorde praktijkafwijkingen, vastgesteld op basis van de in a) en b) bedoelde bestanddelen;
- 6° onder het medisch personeel het in 5° bedoelde interne rapport verspreiden, met de betrokken diensten en ziekenhuispersoneel de erin vermelde bestanddelen analyseren en een permanente opvolging organiseren van het gebruik van de medische hulpmiddelen en de opvolging van de terzake uitgewerkte richtlijnen;
- 7° de richtlijnen betreffende het hernieuwd gebruik van medische hulpmiddelen opstellen, gebaseerd op de nationale en internationale normen betreffende de selectie van de medische hulpmiddelen, de procedures en de traceerbaarheid;
- 8° interne werkgroepen oprichten met een of meer geneesheren-specialisten, verpleegkundigen of andere medewerkers die het betrokken medisch specialisme als gebruiker vertegenwoordigen, om de vragen betreffende het medisch materiaal in functie van de betrokken discipline of betrokken gespecialiseerde dienst voor te bereiden en te behandelen;
- 9° een gestandaardiseerde procedure voor gebruik van het medisch materiaal voor klinische proeven opstellen, overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen, met name de wet van 7 mei 2004 betreffende de proefnemingen op mensen<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Het geneeskundig materiaal dat onder de bevoegdheid van het comité voor geneeskundig materiaal valt, omvat van de medische hulpmiddelen, bedoeld in het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen en van

## 7.12/ Het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal

In de ziekenhuizen die enkel over gespecialiseerde diensten (kenletter Sp) voor behandeling en functionele revalidatie, al dan niet samen met normale hospitalisatiediensten (kenletter H) of alleenstaande diensten voor geriatrie, beschikken, kan de beheerder van het ziekenhuis beslissen het medisch-farmaceutisch comité en het comité voor medisch materiaal samen te voegen. In voorkomend geval worden de bevoegdheden van beide comités uitgeoefend door het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal. Dit laatste comité omvat alle leden die normaal gesproken tot elk comité afzonderlijk zouden behoren (artikel 28 van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 5 juni 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend). De hoofdarts is lid van het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal.

## 7.13/ Zorgprogramma voor oncologische basiszorg

In de ziekenhuizen die over een zorgprogramma voor oncologie beschikken, wordt een multidisciplinaire commissie voor oncologie ingesteld (artikel 25 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncolo-

de actieve medische implantaten, bedoeld in het koninklijk besluit van 15 juli 1997 betreffende de actieve implanteerbare medische hulpmiddelen, minstens de volgende medische hulpmiddelen :

- 1° het steriele medische materiaal in contact met de patiënt;
- 2° het steriele injectiemateriaal, het materiaal voor perfusie, transfusie of drainering alsmede de sondes en katheters en alle materiaal bestemd voor geneeskundige of verloskundige ingrepen met de vermelding " steriel ", met inbegrip van de oplossingen voor irrigatie en de concentraten voor hemodialyse;
- 3° de al dan niet steriele implantaten;
- 4° de in de tandheelkunde gebruikte hulpmiddelen, met inbegrip van de hulpmiddelen op maat en de systemen en benodigdheden voor die hulpmiddelen;
- 5° de invasieve hulpmiddelen;
- 6° de chirurgisch herbruikbare invasieve hulpmiddelen;
- 7° de niet-invasieve niet-steriele medische hulpmiddelen, eveneens genomen in de vorm van steriele hulpmiddelen zoals inzonderheid watten, verband en handschoenen alsmede de systemen en benodigdheden daarvoor (artikel 26, §3, van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend).

gische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend).

De hoofdarts zetelt in deze commissie (artikel 26).

De multidisciplinaire commissie voor oncologie heeft de hiernavolgende opdrachten (artikel 27):

- a) in te staan voor de evaluatie van de multidisciplinair opgestelde richtlijnen die aan bod komen ten aanzien van patiënten met oncologische aandoeningen;
- b) het organiseren en verzekeren van de samenwerking met de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg waarmee een samenwerkingsverband bestaat, de thuiszorg, de eerstelijnszorg en de palliatieve zorgorganisaties teneinde de patiënt met oncologische aandoeningen in het gehele circuit van de diagnosevaststelling en behandeling te kunnen opvolgen;
- c) het organiseren en verzekeren van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen, met bijhorende verslaggeving, via een multidisciplinair overleg waarin de verschillende orgaanspecialisten, huisartsen en verpleegkundigen vanuit hun eigen expertise deelnemen;
- d) het organiseren en bewaken van de deelname aan kwaliteitsbevorderende initiatieven;
- e) het ontwerpen en geregeld aanpassen volgens de stand van de wetenschap van een multidisciplinair oncologisch handboek dat de richtlijnen bevat voor de behandeling van patiënten met oncologische aandoeningen;
- f) de organisatie en de opvolging van het consulentenschap naar de zorgprogramma's voor oncologische basiszorg toe, waarmee een oncologisch samenwerkingsverband bestaat;
- g) de oprichting en opvolging van een pathologiewerkgroep per orgaanstelsel waarin de algemene wetenschappelijke en organisatorische aspecten worden besproken, evenals de patiëntencasussen; de werkgroep doet een voorstel betreffende de keuze van de protocols en is samengesteld uit alle geneesheren uit het ziekenhuis die rechtstreeks of onrechtstreeks iets te maken hebben met de desbetreffende pathologie;
- h) de doorverwijzing van tumoren die een complexe behandeling vergen en die zeldzaam zijn, naar zorgprogramma's waarnaar in het handboek wordt verwezen en het verzekeren dat een beroep kan worden gedaan

op actuele kennis in de ontwikkeling van genetica en de moleculaire biologie;

- i) de organisatie van de psychosociale ondersteuning;
- j) het ondersteunen van de kankerregistratie en het opvolgen van de implementatiegraad van de multidisciplinaire richtlijnen gepreciseerd in het multidisciplinair oncologisch handboek;
- k) de organisatie van de samenwerking met thuiszorg-eerste lijn, het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en de palliatieve zorgorganisaties teneinde het zorgcircuit van de diagnosevaststelling en behandeling te kunnen opvolgen.

#### 7.14/ Voordracht van artsen

In verschillende gevallen verzoekt de wet de hoofdarts kandidaten voor te dragen voor specifieke functies.

**1/** Artikel 3 van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend :

“De medische coördinatie van het zorgprogramma voor oncologische basiszorg geschiedt door een geneesheer-specialist met een ervaring van tenminste drie jaar in de behandeling van kwaadaardige aandoeningen. Hij wordt op voorstel van de hoofdgeneesheer aangewezen door de ziekenhuisbeheerder na advies van de medische raad en is voltijds verbonden aan het ziekenhuis”.

**2/** Artikelen 10 en 11 van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan een transplantatiecentrum moet voldoen om te worden erkend als medische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 :

Art. 10. § 1. Een transplantatiecoördinatieteam is samengesteld uit tenminste twee personen die beiden werkzaam zijn in het ziekenhuis dat het transplantatiecentrum uitbaat en die voldoen aan de volgende voorwaarden :

1° beoefenaar zijn van een beroep, bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

2° deelnemen of deelgenomen hebben aan een specifieke opleiding door de transplantatiecentra georganiseerd;

3° benoemd worden door de hoofdgeneesheer op voordracht van de interne transplantatieraad van het transplantatiecentrum.

§ 2. Het coördinatieteam heeft tot taak :

1° de nodige contacten te leggen tussen het centrum, de ziekenhuizen waarmee samengewerkt wordt bij de prelevatie van organen bij overleden donoren, en het toewijzingsorganisme voor organen, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 24 november 1997 betreffende het wegnemen van organen van menselijke oorsprong, met het oog op een optimale donorwerving en orgaanallocatie, waarbij alle contacten met bedoeld toewijzingsmechanisme geschieden via de Belgische transplantatieraad, zoals bedoeld in hetzelfde besluit;

2° het nagaan of de bedoelde personen het in artikel 10 van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen, bedoelde verzet hebben geuit;

3° het instaan voor het beheer en de administratieve organisatie van het wegnemen van organen;

4° het instaan voor de praktische organisatie van de conditionering, bewaring, wegneming en transport van organen evenals voor de kwaliteitsevaluatie ervan;

5° het verzamelen van de gegevens betreffende het wegnemen en transplanteren van organen.

§ 3. Het coördinatieteam oefent zijn bevoegdheden uit onder de leiding van een geneesheer die is aangeduid door de interne transplantatieraad.

Art. 11. § 1. De interne transplantatieraad van het centrum is samengesteld uit tenminste één geneesheer-specialist behorend tot elk van de disciplines bedoeld in artikel 6, § 2, en die zijn vermeld in artikel 2, § 1, van het ministerieel besluit van 5 oktober 1995 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg, alsook van de stagemesters en stagediensten in de intensieve zorg.

De leden van de interne transplantatieraad worden aangesteld door de hoofdgeneesheer op voordracht van de medische raad en na advies van het ethisch comité.

De interne transplantatieraad wordt voorgezeten door de geneesheer-diensthoud van het centrum.

§ 2. De interne transplantatieraad is belast met de coördinatie van de opvolging van de getransplanteerde patiënten in samenwerking met de behandelende geneesheren.

De interne transplantatieraad staat in voor de verzameling van kwalitatieve indicatoren met betrekking tot prelevatie en transplantatie, inzonderheid inzake de selectie van de receptoren.

De interne transplantatieraad stelt een jaarlijks activiteitenverslag op dat ter beschikking ligt van de Belgische transplantatieraad.

3/ Artikel 8 van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten:

“De coördinatie en de organisatie van het zorgprogramma berusten bij de geneesheer-diensthoud van het zorgprogramma en de hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma, aangeduid door de beheerder op voordracht van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement”.

4/ Artikel 5 van het koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend :

“De medische coördinatie van de borstkliniek geschiedt door een geneesheer-specialist in de heelkunde of in de gynecologie-verloskunde, een geneesheer-specialist in de medische oncologie of een geneesheer-specialist in de radiotherapie-oncologie. Deze coördinator moet lid zijn van het team bedoeld in artikel 4.

Beoelde geneesheer-specialist wordt op voorstel van de hoofdgeneesheer aangewezen door de ziekenhuisbeheerder na advies van de medische raad.

Beoelde geneesheer-specialist is voltijds aan het ziekenhuis verbonden en besteedt tenminste acht halve dagen per week aan de borstkliniek.

De functie van coördinator van de borstkliniek is niet cumuleerbaar met deze van coördinator van het zorgprogramma voor oncologie, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 31 maart 2003 tot vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma oncologische basiszorg en het zorgprogramma oncologie moeten voldoen om te worden erkend.

De coördinator van de borstkliniek werkt actief samen met de coördinator van het zorgprogramma voor oncologie, teneinde samen te voldoen aan de voorwaarden bedoeld in voornoemd koninklijk besluit van 21 maart 2003 evenals aan deze bedoeld in dit besluit”.

## 7.15/ Het rampenplan

Ieder ziekenhuis moet beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen het ziekenhuis. Daarenboven dient ook elk ziekenhuis te beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen buiten het ziekenhuis, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V) en de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten (kenletter S), al of niet samen met hierboven bedoelde V-diensten of diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuro-psychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten (kenletter T) (punt 14 van de bijlage, deel 1, "Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn", punt III, "Organisatorische normen", van

het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd).

In ieder ziekenhuis dient een permanent comité, onder leiding van de hoofdarts, te worden belast met het opstellen, het actualiseren en het valideren van een dergelijk rampenplan.

Dit plan met als titel " Alarmeren van de ziekenhuisdiensten " moet voor goedkeuring worden voorgelegd aan de gouverneur van de provincie waarin het ziekenhuis gelegen is.

Het plan moet op volgende punten betrekking hebben :

- a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatie- en commandocel belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie inzake het ongeval, het beslissen over het reactievermogen van de instelling, het eventueel aanpassen van het plan en het instaan voor de betrekkingen met de families, de overheden en de pers;
- b) de niveaus, de fasen met hun respectievelijk personeelseffectief van de interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen evenals de aanwijzing van de personen bevoegd om over de toepassing van het plan of één van zijn fases te beslissen;
- c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen voor de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;
- d) de voorschriften ter identificatie van de slachtoffers;
- e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naar gelang van het actieniveau en de betrokken actiefase;
- f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de terzake geldende oproepmodaliteiten;
- g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het plan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve

- behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;
- h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;
- i) de voorschriften inzake de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van de instelling;
- j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de families;
- k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;
- l) de voorschriften betreffende de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van de instelling in de gemeentelijke of provinciale hulpplannen, zoals bepaald door de wetgeving betreffende de civiele bescherming;
- m) de beschrijving van de aanwending van het plan in de vorm van een synoptische tabel;
- n) een handleiding met de instructiefiches bestemd voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;
- o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;
- p) de nadere bepalingen omtrent en de periodiciteit van de oefeningen om validering of aanpassing van het plan mogelijk te maken;
- q) de voorschriften inzake het in veiligheid brengen, de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;
- r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de huisvestingscapaciteit.

Iedere dienst en ieder personeelslid moet beschikken over de instructiefiches die hem aanbelangen en dient eveneens ingelicht te zijn over zijn opdracht binnen dit plan.

#### 7.16/ Gezag over het multidisciplinair team 'palliatieve zorg'

In de ziekenhuizen die over een functie 'palliatieve zorg' beschikken wordt deze functie waargenomen door een pluridisciplinair team waarvan de leden afkomstig zijn uit het medisch departement, het verpleegkundig departement

en de paramedische diensten van het ziekenhuis. Voorts wordt het multidisciplinair team aangevuld met een psycholoog en een maatschappelijk assistent of een sociale verpleger/verpleegster. De ziekenhuisapotheker kan bij de activiteit van het pluridisciplinair team worden betrokken (artikel 2, §1, van het koninklijk besluit van 15 juli 1997 waarbij sommige bepalingen

van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie van palliatieve zorg).

Het pluridisciplinair team staat onder het gezamenlijk gezag van de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement (artikel 2, §2).

# TAKEN VAN DE HOOFDARTS

## Deontologische en juridische richtlijnen

### SAMENVATTING

#### 1. De relatie hoofdarts – Orde der geneesheren

*De hoofdarts verbindt er zich toe al het mogelijke te doen ter naleving en ter bevordering van de deontologie in het ziekenhuis. Het behoort tot zijn opdracht de ontwerpen van collectieve overeenkomsten, zoals het Algemeen Reglement van het ziekenhuis, het Medisch Reglement of het Reglement voor de Centrale Inning der Erelonen, ter nazicht op deontologisch gebied voor te leggen aan de Orde der geneesheren.*

*Hij waakt er over om van het ziekenhuisbeheer te bekomen dat de deontologie nageleefd wordt in de contracten van de ziekenhuisartsen.*

*Deontologische moeilijkheden die binnen het ziekenhuis niet kunnen worden opgelost, dient de hoofdarts, liefst na overleg met de Medische Raad, te melden aan de bevoegde provinciale raad van de Orde. Nadien moet hij zijn steun verlenen aan de maatregelen die door de provinciale raad getroffen worden.*

#### 2. De kwaliteit van de zorg

*De hoofdarts dient de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen.*

##### 2.1/ Geschiktheid van de beroepsbeoefenaar

*Wanneer de hoofdarts vaststelt dat een arts omwille van fysieke of psychische ongeschiktheid niet meer in staat is om op een verantwoorde wijze zijn medische praktijk uit te oefenen, zal hij, na overleg met de Medische Raad, overwegen de provinciale geneeskundige commissie in te lichten.*

*Indien een arts aangetast is door een besmettelijke ziekte, komt het desgevallend aan de hoofdarts toe dringende bewarende maatregelen te nemen ter bescherming van de patiënt. Bij betwisting over de te treffen maatregelen, lijkt het absoluut noodzakelijk dat een college van erkende deskundigen zich uitsprekt over de graad van besmettelijkheid en de gepaste houding bepaalt.*

##### 2.2/ Bevoegdheid van de beroepsbeoefenaar

*De hoofdarts dient erover te waken dat de aangeworven beroepsbeoefenaren over de nodige bevoegdheid beschikken om hun functie uit te oefenen.*

##### 2.3/ Continuïteit van de zorg

*De hoofdarts dient de nodige maatregelen te nemen i.v.m. de continuïteit van de zorg zowel voor de patiënten van het ziekenhuis als voor zijn eigen patiënten.*

*Hij neemt de nodige initiatieven om de continuïteit van de medische zorg in de opname-, raadplegings-, urgentie- en medisch-technische diensten te verzekeren. Zo mag hij de continuïteit van de zorg niet uit het oog verliezen wanneer hij een procedure uitwerkt inzake ontslag van de patiënten in het ziekenhuis.*

*In geval van schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen of intrekking van het visum van een ziekenhuisarts treft hij tevens de gepaste maatregelen.*

##### 2.4/ De organisatie van de wachtdienst

*Het organiseren van de medische permanentie en van de medewerking van de ziekenhuisartsen aan de wachtdienst is een opdracht van de hoofdarts in het kader van de continuïteit van de medische zorg.*

*De maandelijkse lijsten van de artsen die instaan voor de medische permanentie, met hun kwalificatie en titel, moeten neergelegd worden bij de hoofdarts. Hij is verantwoordelijk voor de juistheid van de lijsten, die twee jaar moeten bewaard worden en ter beschikking worden gehouden van de controleorganen.*

*Wanneer een arts meent niet te voldoen aan de optimale bevoegdheidsvoorwaarden om een bepaalde wachtfunctie waar te nemen, kan hij een afwijking vragen aan de hoofdarts en de betrokken diensthoofden. Deze laatste oordelen over de gegrondheid van de aanvraag en bestuderen zo nodig de financiële aspecten van de organisatie van een dergelijke wachtdienst.*

##### 2.5/ Het patiëntendossier

*De hoofdarts moet erover waken dat de nodige maatregelen genomen worden zowel voor het aanleggen als voor het bewaren van het medisch dossier.*

*Samen met het medisch dossier vormt het verpleegkundig dossier het patiëntendossier. De bewaring van het patiëntendossier valt onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts. De hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement werken nauw samen met het oog op de realisatie van een correcte archivering van de patiëntengegevens.*

##### 2.6/ Reclame door het ziekenhuis en contacten met de media

*De hoofdarts moet de nodige initiatieven nemen om de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen. De kwaliteit van de geneeskunde vergt de eerbiediging van bepaalde vereisten i.v.m. reclame: deze mag niet van dien aard zijn de geneeskunde in de percep-*

tie van de bevolking te banaliseren, wat schadelijk is voor de volksgezondheid.

Benoemd door de ziekenhuisbeheerder, heeft de hoofdarts de plicht de directie van de instelling te wijzen op de deontologische plichten van de ziekenhuisartsen, met name inzake ongeoorloofde publiciteit. Hij zal zich ook verzetten tegen elke ongeoorloofde reclame gemaakt door de instelling als dusdanig. Indien de verzorgingsinstelling over een internetsite beschikt, is het de plicht van de hoofdarts dit te melden aan de provinciale raad van de Orde.

### 3. Evaluatie van de kwaliteit van de zorg

Het KB van 15 december 1987 stelt dat de hoofdarts de nodige initiatieven neemt om de kwaliteit van de in het ziekenhuis beoefende geneeskunde te bevorderen en permanent te evalueren (Art. 5, 8°).

#### 3.1/ De medische en verpleegkundige audit

A / De interne toetsing van de kwaliteit van de medische activiteit

De interne medische audit wordt georganiseerd door de hoofdarts, in overleg met de Medische Raad.

Voor de in artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen vermelde zorgprogramma's, medisch-technische diensten en functies moet de hoofdarts een rapport opmaken over de kwaliteit van de medische activiteit.

B/ De interne toetsing van de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit

De hoofdarts maakt de nodige afspraken met het hoofd van het verpleegkundig departement om samen op basis van het jaarrapport met betrekking tot de getoetste verpleegkundige zorgthema's (zie koninklijk besluit van 27 april 2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen) de kwaliteitszorg in het ziekenhuis te bevorderen.

#### 3.2/ Registratie van ziekenhuisgegevens

##### A/ Het koninklijk besluit van 27 april 2007

De hoofdarts is medeverantwoordelijk voor de waarachtigheid van de verplicht over te dragen ziekenhuisgegevens. De hoofdarts dient zich dan ook te vergewissen van de juistheid en de volledigheid van de ingewonnen gegevens.

##### B/ Het koninklijk besluit van 1 oktober 2002

Men kan vaststellen dat de opdrachten van de hoofdarts in verband met de registratie van de minimale psychiatrische gegevens nagenoeg gelijklopend zijn met deze uitgaande van de registratie van ziekenhuisgegevens, zoals opgelegd door het koninklijk besluit van 27 april 2007.

##### C/ Het koninklijk besluit van 19 maart 2007

De registratie van de minimale klinische gegevens wordt gecontroleerd door de FOD Volksgezondheid. Deze controle wordt georganiseerd door het koninklijk besluit van 19 maart 2007 houdende vaststelling van de methodologie voor de controle van de minimale klinische gegevens en de regelen volgens dewelke hun juistheid en hun volledigheid worden gecontroleerd en vastgelegd.

De externe audit bedoeld in artikel 2, §1, van dit koninklijk besluit dient in aanwezigheid van de hoofdarts en/of een door hem aangewezen ziekenhuisgeneesheer te gebeuren (artikel 4).

## 4. Financiële aspecten van de taken van de hoofdarts

### 4.1/ Erelonen van de ziekenhuisartsen

Problemen inzake erelonen kunnen door de hoofdarts worden gemeld aan de provinciale raad van de Orde.

### 4.2/ Controle op het voorschrijfgedrag

Overconsumptie is een deontologische fout. Ook al is het de taak van het Riziv misbruiken dienaangaande op te sporen, blijft het de deontologische plicht van de hoofdarts er nauwlettend op toe te zien dat in zijn instelling de geldende richtlijnen wat betreft het voorschrijfgedrag zowel inzake medicatie als medische onderzoeken worden nageleefd. Hij zal zich verzetten tegen alle initiatieven of druk uitgaande van de directie van de instelling om de ziekenhuisartsen tot overconsumptie aan te zetten. In zijn relatie met het Riziv (bv. globaal attesteren van medische prestaties) moet de hoofdarts aandacht hebben voor de deontologische regels inzake beroepsgeheim en collegialiteit.

### 4.3/ De verzamelfactuur

De hoofdarts kan de verzamelfactuur ondertekenen namens de verstrekker.

De hoofdarts dient voor elke verstrekking over een document te beschikken waaruit blijkt dat de verstrekker verklaart dat hij/zij volgens de regels van de nomenclatuur de verstrekkingen heeft verricht en dat hij/zij volmacht verleent aan de hoofdarts om, onder zijn handtekening, de door hem verleende verzorging aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Het is aan te raden een rigoureuze interne procedure hieromtrent uit te schrijven in overleg met de medische raad en de beheerder, eventueel in het kader van het reglement betreffende de werking van de dienst van centrale inning bedoeld in de artikelen 134 en volgende van de ziekenhuiswet.

### 4.4/ Bezoldiging van de hoofdarts

De Nationale Raad stelde in zijn advies van 12 mei 2007 (TNR nr. 117, p. 4) dat, wanneer de bezoldiging van de hoofdarts zou bestaan uit een deelname in de exploitatiewinst (success fee), dit als een vorm van dichotomie dient te worden beschouwd en bijgevolg dient te worden verworpen.

## 5. De hoofdarts en de organisatie van het ziekenhuis

Zowel op wettelijk als op deontologisch vlak heeft de hoofdarts een superviserende rol. Hierdoor werkt hij nauw samen met de verschillende actoren van de ziekenhuiswereld.

### 5.1/ De hoofdarts in relatie met de medische raad

#### A/ Samenwerking

Een goede samenwerking van de hoofdarts met de Medische Raad is vereist. De hoofdarts moet de onafhankelijkheid en het bevoegdheidssterrein van de Medische Raad eerbiedigen. Deze samenwerking dient op meerdere niveaus plaats te vinden.

In geval van onenigheid tussen de hoofdarts en de Medische Raad verzoekt de hoofdarts om een gezamenlijk overleg. Deontologische conflicten dienen voorgelegd te worden aan de betrokken provinciale raad van de Orde der geneesheren.

#### B/ Onafhankelijkheid

Zoals reeds vermeld dient de hoofdarts de onafhankelijkheid en het bevoegdheidssterrein van de Medische Raad te

eerbiedigen. De functie van hoofdarts is dan ook onverenigbaar met het voorzitterschap van de Medische Raad.

Bij de aanstelling van de hoofdarts door de raad van bestuur is verzwaaard advies van de Medische Raad vereist.

### 5.2/ De hoofdarts in relatie met de ziekenhuisartsen

De hoofdarts heeft als taak een effectieve medische staffwerking te verzekeren.

De hoofdarts dient er bovendien over te waken dat gestreefd wordt naar goede en constructieve relaties tussen de ziekenhuisartsen en het beheer.

In geval van onenigheid tussen een ziekenhuisarts en de Medische Raad kan de hoofdarts, de betrokken arts aanraden om op eigen verzoek door de Medische Raad gehoord te worden.

### 5.3/ De hoofdarts in relatie met de geneesheren-diensthoofd

Met het oog op een optimale organisatie en coördinatie van de medische activiteiten van de diensten van het ziekenhuis pleegt de hoofdarts, op geregelde tijdstippen, zoals nader bepaald in het medisch reglement, overleg met de geneesheren-diensthoofd in verband met respectievelijk de initiatieven die door de hoofdarts krachtens artikel 5 en artikel 6 van het besluit van 15 december 1987 worden genomen, de evaluatie van de uitvoering van deze initiatieven en de bijsturing van de door de hoofdarts genomen maatregelen.

### 5.4/ De hoofdarts in relatie met het verpleegkundig departement

De hoofdarts dient nauw samen te werken met het hoofd van het verpleegkundig departement.

De hoofdarts neemt tevens alle noodzakelijke initiatieven om de samenwerking van de ziekenhuisartsen met de verpleegkundigen te bevorderen.

### 5.5/ De hoofdarts in relatie met de paramedische diensten

De hoofdarts neemt alle noodzakelijke initiatieven om de samenwerking van de ziekenhuisartsen met de paramedici te bevorderen. Hij dient regelmatig overleg te plegen met het hoofd/de hoofden van de paramedische diensten om de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit te integreren.

### 5.6/ De hoofdarts in relatie met de ziekenhuisapotheker

De hoofdarts dient regelmatig overleg te plegen met de ziekenhuisapotheker om zijn activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteit te integreren.

De hoofdarts werkt vooral samen met één of meerdere ziekenhuisapotheker(s) in het kader van het comité voor ziekenhuishygiëne, het transfusiecomité, het medisch-farmaceutisch comité, het comité voor medisch-materiaal en het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal.

### 5.7/ De hoofdarts in relatie met de directeur en het beheer van het ziekenhuis

De hoofdarts dient nauw samen te werken met de directeur en met de beheerder van het ziekenhuis.

Hij verbindt er zich toe al het mogelijke te doen om van het ziekenhuisbeheer te bekomen dat de deontologie nageleefd wordt in de contracten van de ziekenhuisartsen, het Algemeen Reglement van het ziekenhuis, het Medisch Regle-

ment of het Reglement voor de Centrale Inning der Erelonen.

De hoofdarts zal zich ook verzetten tegen elke ongeoorloofde reclame gemaakt door de instelling als dusdanig.

### 5.8/ De hoofdarts in relatie met de ombudsfunctie

Het is de deontologische plicht van de hoofdarts zijn steun te verlenen aan de ombudsfunctie en toe te zien op de effectieve medewerking van de betrokken ziekenhuisartsen.

Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie niet in het gedrang te brengen, is de functie van ombudspersoon onverenigbaar met deze van hoofdarts. Indien een patiënt de hoofdarts verzoekt een bemiddelingsfunctie te vervullen dient de hoofdarts hem te verwijzen naar de ombudsfunctie van het ziekenhuis.

De hoofdarts houdt rekening met de eventuele door de ombudspersoon geformuleerde aanbevelingen ter voorkoming van een herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.

### 5.9/ De hoofdarts in relatie met het ethisch comité

Het lidmaatschap van het ethisch comité van het ziekenhuis is onverenigbaar met de functie van hoofdarts. De hoofdarts verleent evenwel zijn steun aan het ethisch comité daar deze laatste een onontbeerlijke taak vervult in het kader van de ziekenhuisactiviteit.

De hoofdarts wordt verzocht de artsen aan te moedigen deel te nemen aan menselijke experimenten.

De hoofdarts waakt erover dat experimenten uitgevoerd in het ziekenhuis het voorwerp uitmaken van een gunstig advies van de commissie voor medisch ethiek en zo nodig geen negatief advies gekregen hebben van de Minister van Volksgezondheid

De hoofdarts waakt er ook over dat er voor elk experiment dat onder de wet van 7 mei 2004 valt, een opdrachtgever bestaat, die zich dient te schikken naar de regels door deze wet bepaald, o.a. qua verzekering, archivering enz.

## 6. De relatie hoofdarts – huisarts en verwijzende arts

De hoofdarts neemt de nodige initiatieven om de samenwerking tussen de geneesheren van het ziekenhuis en andere geneesheren te bevorderen, meer bepaald met de huisartsen of met de verwijzende behandelende artsen.

De hoofdarts of zijn afgevaardigde dient de nodige afspraken te maken met de huisartsenkring(en) van de huisartsenzone(s) teneinde een optimale afstemming te bekomen tussen de huisartsenwachtendienst, de spoeddiensten en de dringende medische hulpverlening in de huisartsenzone.

## 7. Bijkomende opdrachten

### 7.1/ Beheersbeslissingen inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteiten

De hoofdarts neemt de nodige initiatieven om de beheersbeslissingen inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteiten voor te bereiden en uit te voeren.

De beheerder kan bepaalde werkverdelingen opleggen omdat ze organisatorisch van belang zijn.

### 7.2/ Procedure inzake opname en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis

*De hoofdarts dient erover te waken dat er maatregelen worden genomen om een procedure uit te werken inzake opname en ontslag van de patiënten in het ziekenhuis.*

### **7.3/ Ziekenhuishygiëne**

*De hoofdarts dient erover te waken dat de nodige maatregelen worden genomen om de ziekenhuishygiëne te bevorderen.*

*De operationele beslissingen van het team voor ziekenhuishygiëne worden uitgevoerd na overleg met, in opdracht van en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement.*

*De hoofdarts is tevens lid van het Comité voor ziekenhuishygiëne.*

### **7.4/ Organisatie van de bloedbank**

*De hoofdarts dient erover te waken dat maatregelen worden genomen om in samenwerking met de bloedtransfusiecentra een bloedbank te organiseren, zo deze voor de ziekenhuisactiviteiten vereist is.*

*De hoofdarts is lid van het transfusiecomité.*

### **7.5/ Medische documentatie en bibliotheek**

*De hoofdarts waakt erover dat de nodige maatregelen worden genomen om binnen het ziekenhuis een medische documentatie en bibliotheek aan te leggen.*

### **7.6/ Het medisch jaarverslag**

*De hoofdarts neemt de nodige initiatieven voor het opstellen van het medisch jaarverslag.*

### **7.7/ Voorbereiding van de begroting voor de medische activiteiten**

*De hoofdarts is verantwoordelijk voor het verzamelen van gegevens met het oog op de voorbereiding van de begroting voor de medische activiteiten.*

### **7.8/ het stimuleren van geneeskundige activiteiten met een wetenschappelijk karakter**

*De hoofdarts dient de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen, met inachtneming van de mogelijkheden van het ziekenhuis, te stimuleren.*

*Hij wordt verzocht de permanente vorming van de ziekenhuisartsen aan te moedigen.*

### **7.9/ Permanentie van de laboratoriumtechnologen**

*De hoofdgeneepeer dient een lijst met de namen van de medische laboratoriumtechnologen die de permanentie binnen het laboratorium verzekeren ter beschikking te houden van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.*

### **7.10/ Het medisch-farmaceutisch comité**

*De hoofdarts is lid van het medisch-farmaceutisch comité.*

*Verschillende taken worden door het medisch-farmaceutisch comité vervuld onder toezicht van de hoofdarts, in samenwerking met de hoofdapotheeker.*

### **7.11/ Het comité voor medisch materiaal**

*In elk ziekenhuis wordt een comité voor medisch materiaal opgericht, voorgezeten door de hoofdarts of zijn afgevaardigde.*

*De hoofdarts dient tevens een verantwoordelijke voor de sterilisatie binnen het ziekenhuis aan te wijzen. De pre-*

*cieze functies van de verantwoordelijke voor de sterilisatie worden niet wettelijk vastgelegd.*

### **7.12/ Het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal**

*In de ziekenhuizen die enkel over gespecialiseerde diensten (kenletter Sp) voor behandeling en functionele revalidatie, al dan niet samen met normale hospitalisatiediensten (kenletter H) of alleenstaande diensten voor geriatrie, beschikken, kan de beheerder van het ziekenhuis beslissen het medisch-farmaceutisch comité en het comité voor medisch materiaal samen te voegen. In voorkomend geval worden de bevoegdheden van beide comités uitgeoefend door het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal. De hoofdarts is lid van het comité voor geneesmiddelen en medisch materiaal.*

### **7.13/ Zorgprogramma voor oncologische basiszorg**

*In de ziekenhuizen die over een zorgprogramma voor oncologie beschikken wordt een multidisciplinaire commissie voor oncologie ingesteld. De hoofdarts zetelt in deze commissie.*

### **7.14/ Voordracht van artsen**

*In verschillende gevallen verzoekt de wet de hoofdarts kandidaten voor te dragen voor specifieke functies.*

### **7.15/ Het rampenplan**

*In ieder ziekenhuis dient een permanent comité, onder leiding van de hoofdarts, te worden belast met het opstellen, het actualiseren en het valideren van een rampenplan.*

### **7.16/ Gezag over het multidisciplinair team 'palliatieve zorg'**

*Het pluridisciplinair team 'palliatieve zorg' staat onder het gezamenlijk gezag van de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement (artikel 2, §2).*



# Rijgeschiktheid : wettelijke en deontologische aspecten

Artsen worden geregeld geconfronteerd met vragen om een medisch getuigschrift af te leveren in het kader van de rijgeschiktheid van een patiënt, ofwel om iemand aan een keuring in dit verband te onderwerpen.

In deze bijdrage wensen wij de wettelijke en deontologische regelgeving terzake in herinnering te brengen.

## 1. Wettelijke regelgeving :

gebaseerd op het KB van 23 maart 1998 en 5 september 2002 betreffende het rijbewijs (minimumnormen inzake de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig)<sup>1</sup>

De kandidaat die de verklaring op het aanvraagdocument voor het bekomen van een rijbewijs betreffende de lichamelijke en geestelijke geschiktheid niet kan ondertekenen omdat hij/zij meent onderhevig te zijn of lijdt aan één of meer van de op het formulier vermelde aandoeningen of ziekten, of de kandidaat van wie zijn/haar lichamelijke en geestelijke toestand niet meer in overeenstemming is met de medische minimumnormen wendt zich tot een arts van zijn keuze voor het vaststellen van de rijgeschiktheid (concluderende arts).

Deze arts onderzoekt de kandidaat en toetst de onderzoeksresultaten en de "eigen verklaring" (de hem ter beschikking gestelde inlichtingen) aan de medische minimumnormen.

Uit dit onderzoek kan de arts besluiten dat :

1. de klachten of aandoeningen van die aard zijn dat ze geen enkele invloed hebben op de medische rijgeschiktheid en de praktische rijvaardigheid;
2. de kandidaat, overeenkomstig de bepalingen van de medische criteria, dient verwezen te worden naar een specialist voor het inwinnen van advies aangaande de respectievelijke specialiteit;
3. de kandidaat een functiestoornis heeft en dient verwezen te worden naar het CARA.

4. de kandidaat die een rijbewijs van de groep 2 aanvraagt dient verwezen te worden naar één van de artsen zoals bepaald in art. 44.

Wie naar het CARA verwijzen ?

Vertoont de kandidaat een vermindering van de functionele vaardigheden ten gevolge van een aantasting van het musculoskeletaal systeem, van een aandoening van het centrale of het perifere zenuwstelsel, stoornissen in zijn motorische controle, zijn waarnemingen, zijn gedrag en beoordelingsvermogen, dient de kandidaat naar het CARA verwezen te worden. Praktisch, zo u meent als arts codenummers te moeten gebruiken die betrekking hebben op het voertuig (vanaf de codereeks 10 tot 90: "Aanpassingen/eisen aan het voertuig") of wanneer prothesen of orthesen (code 03: "Prothese/Orthese van de ledematen") gebruikt worden tijdens het rijden verwijst u de kandidaat naar het CARA. De arts van het CARA levert aan de betrokkene het rijgeschiktheidsattest model XII af.

Heeft de kandidaat een letsel of aandoening aan de ogen of de adnexa waardoor het gezichtsveld in de horizontale aslijn kleiner is dan 120° of er belangrijke afwijkingen in de andere aslijnen optreden, wordt deze kandidaat, na het voorafgaandelijk gunstig advies van de oogarts, naar het CARA verwezen.

De kandidaat die een oogaandoening heeft of er een meent te hebben of die de leestest op het examen centrum niet goed afgelegd heeft, dient zich te wenden tot een oogarts, die een rijgeschiktheidsattest model VIII ("Rijgeschiktheidsattest voor de kandidaat voor een rijbewijs van groep 1, afgeleverd door de oogarts."), aflevert. Op het aanvraagdocument voor het rijbewijs is door het examen centrum het resultaat van de leestest aangebracht.

De eerst geconsulteerde arts, huisarts of specialist, treedt op als concluderende arts en zal, zo vereist, de kandidaat verwijzen naar de arts(en) zoals bepaald in bijlage 6<sup>2</sup> en de respectievelijke

<sup>2</sup> MINIMUMNORMEN EN ATTESTEN INZAKE DE LICHAAMELIJKE EN GEESTELIJKE GESCHIKTHEID VOOR HET BESTUREN VAN EEN MOTORVOERTUIG.

I. Deze bijlage beschrijft de functionele stoornissen en aandoeningen die de uitsluiting tot gevolg hebben en de geneeskundige normen waaraan de kandidaat voor een rijbewijs, een voorlopig rijbewijs of een leervergunning en de houder van een rijbewijs, moeten voldoen.

<sup>1</sup> informatie uit brochure van het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid. Aanvullende informatie en formulieren kunnen geraadpleegd worden op de website van het [www.bivv.be](http://www.bivv.be) (onder meer verschillende soorten verwijsbrieven en rijgeschiktheidsattesten naargelang de verschillende categorieën van aandoeningen)

geschiktheidsadviezen verzamelen. Wanneer een kandidaat door een concluderende arts naar een arts verwezen wordt voor een specialistisch advies, gebruikt deze arts een document zoals weergegeven in bijlage voor het overmaken van zijn advies. Dit document is, met uitzondering van de hoofding, identiek aan het officiële rijgeschiktheidsattest. Om evenwel elke verwarring bij de kandidaat te vermijden is het aanbevolen, wanneer u niet de concluderende arts bent, om dergelijk document te gebruiken.

De adviezen worden bij voorkeur aan de concluderende arts verzonden in plaats van mee te geven met de kandidaat, dit om elk misverstand of eventueel misbruik door de kandidaat te vermijden. Op basis van de verschillende attesten en zijn eigen bevindingen levert de concluderende arts een rijgeschiktheidsattest, model VII ("rijgeschiktheidsattest voor de kandidaat voor het rijbewijs van groep 1.") af waarbij de arts:

- a) de kandidaat niet rijgeschikt kan bevinden;
- b) de kandidaat rijgeschikt kan bevinden zonder aanpassingen, voorwaarden of beperkingen;
- c) de kandidaat rijgeschikt bevindt mits bepaalde voorwaarden of beperkingen.

Ten gevolge van het evolutieve karakter van sommige aandoeningen kan de geldigheidsduur van het rijbewijs beperkt worden. Deze maximale geldigheidsduur staat vermeld in bijlage 6. Het is de arts vrij een kortere geldigheidsduur dan deze vermeld in bijlage 6 toe te kennen. De geldigheidsduur die op het rijgeschiktheidsattest model VII wordt aangebracht door de concluderende arts is gelijk of kleiner dan de kortste geldigheidsduur zoals voorgesteld door één van de geconsulteerde artsen. Gelieve te noteren dat elke verlenging van de geldigheidstermijn de afgifte van een nieuw rijbewijs meebrengt.

Overeenkomstig art. 46 van het KB. van 23 maart 1998 heeft de arts de taak zijn patiënt in te lichten van het feit dat zijn fysieke of psychische toestand niet (meer) beantwoordt aan de in bijlage 6 vastgestelde geneeskundige normen en zijn verplichting om overeenkomstig art. 24 van de wet zijn rijbewijs in te leveren bij de bevoegde overheid (gemeente). De arts dient ook rekening te houden met art. 8.3 wanneer zijn patiënt andere voertuigen bestuurt, waarvoor geen rijbewijs vereist is, of dieren geleidt.

II. Normen betreffende de fysieke en geestelijke geschiktheid

III. Normen betreffende de visuele functies

IV. Normen betreffende het gebruik van alcohol, psychotrope stoffen en geneesmiddelen

V. Normen betreffende nier- en leveraandoeningen

VI. Implantaten

Tot slot wensen wij hieronder eveneens de coördinaten mee te geven van het CARA, Centrum voor Rijgeschiktheid en Voertuigaanpassingen, dat een afdeling is van het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid.

CARA :Haagsesteenweg 1405, 1030 Brussel  
Tel.: 02/244.15.52 – Fax : 02/244.15.92  
[cara@bivv.be](mailto:cara@bivv.be)

## 2. Vaststellen van rij(on)geschiktheid en medische deontologie.

*Welke arts dient het attest op te stellen ?*

De vigerende wetgeving voorziet dat de kandidaat of de houder van een rijbewijs categorie A3 en A en categorie B die meent dat hij niet voldoet aan de criteria, zich moet wenden tot een *arts van zijn keuze* die een rijgeschiktheidsattest opstelt. De vraag wordt soms gesteld of deze vrij door patiënt gekozen arts de behandelend arts van betrokkene mag zijn.

Het Bureau van de Nationale Raad heeft eerder gesteld dat het aangewezen is dat een behandelend arts deze taak niet aanvaardt en zijn patiënt adviseert daarvoor een andere arts te kiezen. Alleen wanneer de keurende arts de kandidaat niet geschikt verklaart en de behandelaar het daar niet mee eens is, kan deze laatste aan de kandidaat op diens verzoek een attest afleveren met zijn medische bevindingen in de hoop dat de keurende arts op grond van deze informatie zijn mening herzielt. De Nationale Raad beklemtoont dat het overduidelijk is dat het attest met de waarheid moet stroken en geen welwillendheidsattest mag zijn.

Onze Raad heeft hierover recent een adviesvraag gericht aan de Nationale Raad. De Raad van Oost-Vlaanderen is immers van oordeel dat de rol van behandelend arts zou dienen beperkt te worden tot zijn verplichting opgelegd door artikel 46, par. 1 van het KB van 1998 waar een waarschuwingsverplichting voor de arts werd ingebouwd wanneer die vaststelt dat zijn patiënt niet meer aan de normen gesteld door het KB beantwoordt (*"De arts dient de belanghebbende op de hoogte te stellen van zijn verplichting om het rijbewijs in te leveren"*).

Onze Raad meent dat de verantwoordelijkheid van de behandelend arts tegenover derden wordt gelimiteerd door de vertrouwensrelatie die deze arts met de patiënt heeft. Eenzelfde vertrouwensrelatie geldt niet tussen de geneesheer-deskundige en de patiënt.

Wij verzochten de Nationale Raad dan ook te willen nagaan of het niet alleen aangewezen toch effectief verplicht zou kunnen worden gesteld dat alleen een *arts-deskundige* een dergelijke medi-

sche test zou kunnen uitvoeren en geenszins de behandelend arts. Onze Raad is van mening dat een duidelijke afbakening van beide hoedanigheden het correct deontologisch handelen van de behandelend arts alleen maar kan bevorderen.

*Hoe te handelen wanneer een arts vaststelt dat een patiënt niet meer voldoet aan de medische criteria voor rijgeschiktheid en die toch een voertuig blijft besturen?*

Eenzelfde probleem rijst wanneer een patiënt achter het stuur gevaarlijk blijkt omwille van zijn medische toestand doch weigert het formulier te ondertekenen waarop staat dat hij hierover geïnformeerd werd en weigert zijn rijbewijs af te leveren aan de bevoegde overheid.

De Nationale Raad stelde eerder dat in voorkomend geval de arts slechts melding mag maken van de verstrekte informatie en van deze weigering van de patiënt in het dossier van deze laatste.

Wat anderzijds het *belang van de gemeenschap* betreft indien een patiënt een ernstig gevaar voor derden vormt bij het besturen van een voertuig, verwijst de Nationale Raad in het bijzonder naar zijn advies van 15 december 1990 dat o.m. stelt dat "Indien u dus gewetensvol besluit dat de betrokken persoon een ongeval kan veroorzaken met zware gevolgen voor haarzelf of voor derden, kan deze "noodsituatie" rechtvaardigen dat u de

Procureur des Konings op de hoogte brengt van uw twijfels i.v.m. de rijvaardigheid van deze persoon".

Het Bureau van de Nationale Raad wijst er in zijn advies van 20 juni 2002 op dat alleen een beroep kan worden gedaan op de *noodtoestand* wanneer de geneesheer deze rechtvaardigingsgrond kan inroepen met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid dat hij zal geaccepteerd worden door de tuchtrechter, de strafrechter en de gemeenschap. Zo zal de rechtvaardigingsgrond een grote kans maken aanvaard te worden wanneer de diagnose vaststaat en aangetoond wordt dat derden een reëel en ernstig gevaar lopen door de gedragingen van de zieke. Het Bureau van de Nationale Raad beklemtoont dat het even essentieel is aan te tonen dat enkel door af te wijken van de regels van het beroepsgeheim dit ernstig gevaar kan voorkomen worden, d.w.z. dat geen andere oplossingen mogelijk zijn om het dreigend gevaar te voorkomen. De Nationale Raad raadt dan ook aan in dit verband de mening in te winnen van collega's die in het vlak van de voorliggende problematiek veel ervaring en een specifieke kennis hebben. Deze collega's dienen tot hetzelfde besluit te komen. Alleen wanneer deze voorwaarden vervuld zijn kan de geneesheer een beroep op de noodtoestand overwegen.

# De vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger van de patiënt

Lieven Ascoop

Er wordt soms vastgesteld dat de begrippen vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger van de patiënt niet steeds consistent worden gebruikt. Nochtans dient een zeer duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen de bevoegdheden die aan deze rechtsfiguren worden toegekend. Dit onderscheid wordt gekenmerkt door het al dan niet *bekwaam* zijn van de patiënt. Een vertrouwenspersoon veronderstelt een bekwame patiënt die dus zelf zijn rechten kan uitoefenen. De regeling van de vertegenwoordiger geldt wanneer de patiënt niet meer voldoet aan de vereisten van wils- en handelingsbekwaamheid.

De figuur van de **vertrouwenspersoon** duikt op in verschillende wetgevingen :

- de Wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke (de gedwongen opname) ;
- de Wet op de bescherming van de goederen van onbekwame personen (de regeling van de voorlopige bewindvoering) ;
- de Wet op de rechten van de patiënt.

Zo voorziet de *Wet op de bescherming van de geesteszieke* onder meer dat de persoon voor wie een gedwongen opname wordt gevraagd dient geïnformeerd te worden dat hij het recht heeft een vertrouwenspersoon aan te wijzen. Deze vertrouwenspersoon ontvangt eveneens afschrift van het verzoekschrift waarbij de gedwongen opname wordt gevraagd, alsook afschrift van het vonnis.

Inzake de *Wet op de bescherming van de goederen van de onbekwame personen* (voorlopige bewindvoering) kan onder meer worden verwezen naar de bepaling die zegt dat de beschermde persoon het recht heeft om zich voor de volledige duur van de voorlopige bewindvoering te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon die hij zelf kiest. De vertrouwenspersoon geeft advies aan de vrederechter over de nood aan een beschermingsmaatregel en over de keuze van de aan te stellen bewindvoerder. De beschermde persoon kan te allen tijde afzien van de bijstand van de eerder door hem aangewezen vertrouwenspersoon en kan steeds een andere aanwijzen. Overigens kan ook de vrederechter steeds, in het belang van de beschermde persoon, beslissen dat de vertrouwenspersoon zijn functie niet meer kan uitoefenen.

De *Wet op de rechten van de patiënt* stipuleert omtrent de vertrouwenspersoon wat volgt : “De patiënt heeft recht zich te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon of het recht op (...) informatie uit te oefenen via deze persoon. Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de (...) persoonlijke notities.” Alle informatie die nodig is om een inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand kan, wanneer de patiënt hierom verzoekt, meegedeeld worden aan de vertrouwenspersoon. De wet voorziet eveneens dat de vertrouwenspersoon moet worden gehoord wanneer de patiënt vraagt dat aan patiënt zelf geen informatie wordt verstrekt en dat de vertrouwenspersoon wordt ingelicht wanneer de beroepsbeoefenaar bepaalde informatie uitzonderlijk aan de patiënt onthoudt wanneer het meedelen ervan klaarblijkelijk een ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt meebrengt (artikel 7). Ook kan de vertrouwenspersoon een rol spelen bij de uitoefening van het klachtrecht van de patiënt.

Hoewel de wetgever geen voorwaarden voorziet waaraan een vertrouwenspersoon moet voldoen, heeft de Nationale Raad eerder gesteld dat dit niet wil zeggen dat een beroepsbeoefenaar zonder meer de door de patiënt gemaakte keuze moet aanvaarden. In zijn advies van 16 februari 2002 stelt de Nationale Raad “dat er niet alleen een vertrouwensrelatie dient te zijn tussen de patiënt en een aangewezen persoon maar dat er ook een vertrouwensrelatie moet kunnen ontstaan tussen deze persoon en de beroepsbeoefenaar. Van een beroepsbeoefenaar kan niet worden verwacht dat hij confidentieel informatie over een patiënt meedeelt aan een persoon die hij niet vertrouwt”.

Overigens is de Nationale Raad van mening dat alleen natuurlijke personen die in eigen naam handelen als vertrouwenspersoon kunnen aangewezen worden en dus bijvoorbeeld geen bedienden van openbare besturen of ziekenfondsen noch personen die in naam van een vzw of een vennootschap handelen.

De **vertegenwoordiging** van patiënten wordt geregeld door de artikelen 12 – 15 van de Wet op de patiëntenrechten.

Wanneer patiënten wettelijk of feitelijk wilsonbekwaam zijn dan worden hun rechten in hun plaats uitgeoefend door een **vertegenwoordiger**.

- *minderjarigen* : in principe worden hun rechten uitgeoefend door hun ouders of voogd. De minderjarige patiënt wordt hierbij zo veel mogelijk betrokken rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. In functie hiervan kan de patiënt zelf geheel of gedeeltelijk beslissen over zijn rechten als patiënt, zonder tussenkomst van ouders of voogd.
- *onbekwaam verklaarde meerderjarige* : ook hier worden de patiëntenrechten uitgeoefend door ouders of voogd. Weliswaar moet de patiënt eveneens zoveel mogelijk bij de uitoefening van zijn rechten worden betrokken maar gelet op zijn handicap is hier geen sprake van een zelfstandig uitoefening van zijn rechten. De ouders of voogd oefenen dus de rechten in zijn plaats uit.
- *wilsonbekwame meerderjarige* : (demente patiënten, comateuze patiënten) hier is een trapsgewijze vertegenwoordiging voorzien :
  - a. vertegenwoordiger aangeduid *door de patiënt zelf*: op het ogenblik dat een patiënt nog bij volle bewustzijn is, kan hij een vertegenwoordiger aanduiden om in zijn plaats zijn rechten uit te oefenen. De aanduiding van deze

zelf benoemde of “formele” vertegenwoordiger moet schriftelijk worden vastgelegd. Het mandaat kan steeds herroepen worden. De patiënt dient er zelf voor te zorgen dat de arts weet dat hij een vertegenwoordiger heeft aangeduid, bijvoorbeeld door de aanduiding te laten opnemen in het patiëntendossier.

De Nationale Raad benadrukt dat het niet alleen aangewezen is de patiënten er op attent te maken dat zij tijdig van deze mogelijkheid gebruik moeten maken maar dat zij ook gelijktijdig een voldoende aantal personen, waaronder hun huisarts of behandelaar, moeten in kennis stellen van de aanwijzing van een “benoemde vertegenwoordiger”.

- b. *informele* vertegenwoordiger : heeft de patiënt geen vertegenwoordiger aangeduid dan wordt hij vertegenwoordigd door de samenwonende echtgenoot of de wettelijk of feitelijk samenwonende partner. Bij ontstentenis hiervan (of wanneer deze weigeren) moet een beroep worden gedaan op volgende personen, in dalende volgorde : een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus.
- c. er is *geen* vertegenwoordiger : bij gebrek aan naaste verwanten of wanneer men geen akkoord kan bereiken over de vertegenwoordiging, is het de zorgverstrekker zelf die de belangen van de patiënt behartigt. In dit geval is voorzien dat er multidisciplinair moet overlegd worden.

# Adviezen Raad Oost-Vlaanderen

## 1. a. Huisartsenwachtdienst – leeftijdsgrens – deelname artsen-echtgenoten; b. vervanging tijdens verlof.

*a. Bestaan er privileges voor deelname aan de huisartsenwachtdienst voor oudere artsen enerzijds, en artsen-echtgenoten anderzijds?*

*b. Naar wie moeten patiënten tijdens verlofperiodes verwezen worden?*

Advies van 31 mei 2007 :

Wat de eerste vraag betreft :

“De medische deontologie (Code van Geneeskundige Plichtenleer, artikel 113 e.v.) stelt dat de verzekering van de continuïteit van zorgen een deontologische plicht is. Elke arts ingeschreven op de Lijst, moet overeenkomstig zijn bevoegdheid, aan de wachtdienst deelnemen. Uitzonderingen worden om gezondheidsredenen, omwille van hoge leeftijd of om andere geldige redenen, toegestaan. Geschillen worden aan de Provinciale Raad voorgelegd.

De Raad stelt voorop dat de wachtdienstorganisatie best zelf de leeftijdslimiet zou vastleggen, conform de noden van de dienstverlening aan de bevolking.

De Raad is daarenboven van mening dat, wanneer een arts (zelfs op 65 jaar) part-time of full-time werkzaam is in de week, hij ook aan de wachtdienst dient deel te nemen.

De Raad is er zich wel van bewust dat het vaststellen van een leeftijdsgrens om niet meer aan de wacht te kunnen deelnemen, niet als absoluut criterium kan vooropgezet worden. Vanuit deontologisch standpunt kan men immers stellen dat het belangrijkste criterium is de goede conditie en de bekwaamheid van de arts om op een gedegen en kwaliteitsvolle wijze de zorgen te kunnen verzekeren. In deze wenst de Raad dan ook de autonomie van de wachtdienst te respecteren. Over “medische ongeschiktheid” kan de kring het advies inwinnen van de PGC.

Hoe te handelen ingeval van een associatie tussen verschillende collega’s of een associatie tussen echtgenoten ?

De Raad wijst er op dat een associatie niet als één “persoon” aan de wacht kan deelnemen. De wacht dient verdeeld te worden over het aantal artsen. Wanneer beide echtgenoten arts zijn, is dit een privé-keuze die bezwaarlijk een reden

kan zijn om af te wijken van de normale regelgeving. Overigens is de Raad eveneens de mening toegedaan dat het full-time of part-time werken tijdens de week niet van invloed mag zijn op de normale wachtverdeling.”

Wat de tweede vraag betreft :

“Ook hier dient vooreerst verwezen naar het deontologisch beginsel dat inhoudt dat elke arts, naargelang het geval, de nodige maatregelen moet nemen om de continuïteit van de verzorging van zijn zieken te waarborgen.

Tijdens verlofperiodes kunnen de patiënten best verwezen worden naar een vaste plaatsvervangend arts, nominatim aangeduid, die daarenboven, zeker bij probleemgevallen, moet kunnen terugvallen op de noodzakelijke medische informatie. Desgewenst kan tijdens de vakantie ook verwezen worden naar meerdere collega’s, dit laatste uiteraard uitsluitend met hun toestemming.”

## 2. RVT – inspectie Vlaamse Gemeenschap – kopie van medisch dossier te voegen in verzorgingsdossier – beroepsgeheim.

*Ter gelegenheid van een inspectiebezoek van de Vlaamse gemeenschap aan een RVT, vraagt men de inhoud van het medisch dossier, zoals medische antecedenten, vaccinaties en allergieën, te kopiëren naar het verzorgingsdossier. Kan het beroepsgeheim worden geschonden, aangezien het verzorgingsdossier bereikbaar is voor inzage door zowel verpleegkundigen als verzorgend personeel?*

Advies van 12 juni 2007 :

“Volgens de norminterpretatie betreffende het RVT (norm B3-b) dient zowel een medisch dossier als een verzorgingsdossier te worden bijgehouden. Er wordt duidelijk omschreven waaruit beide dossiers dienen te bestaan.

Onder meer omwille van het vrijwaren van het medisch beroepsgeheim, dienen medisch dossier en verzorgingsdossier strikt van elkaar gescheiden te blijven.

Het komt ons overigens voor dat alle betrokkenen de vigerende regelgeving dienen te respecteren met inbegrip de wetgeving met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.”

### 3. Minderjarige patiënte – ongewenste zwangerschap – informeren van ouders of vertrouwenspersoon.

- Wat zijn de rechten en plichten van een minderjarige (16 j) patiënte wanneer zij de hulp van een arts inroept bij een ongewenste zwangerschap (op 35 weken) en bevalling?*
- Moet zij haar ouders inlichten, heeft zij een vertrouwenspersoon nodig?*
- Hoe gaat het met de facturatie wanneer zij anoniem wil bevallen?*
- Mag of moet een arts informatie geven aan de ouders als zij hierom vragen?*
- Wanneer is het noodzakelijk dat de arts de ouders inlicht?*

Advies van 12 juni 2007 :

- Wij gaan ervan uit dat de vraagstelling betrekking heeft op een minderjarige patiënte die op basis van haar maturiteit tot een redelijke beoordeling van haar belangen in staat kan worden geacht.
- Zij is vrij al dan niet een vertrouwenspersoon in te schakelen.
- Facturatie dient rechtstreeks aan haar te worden gericht.
- Informatie te verstrekken aan ouders : zoals hoger gesteld onder a. gaan we ervan uit dat het hier gaat over een patiënte met voldoende bevattingsvermogen en maturiteit om de medische informatie te begrijpen en de gevolgen ervan te overzien. In deze omstandigheden kan geen enkele informatie aan derden, ook niet aan de ouders die hierom zouden vragen, verstrekt worden. Dit zou neerkomen op een schending van het medisch beroepsgeheim met hieraan gekoppeld zowel disciplinaire als strafrechtelijke consequenties.
- Ouders mogen alleen ingelicht worden wanneer patiënte niet zou voldoen aan de criteria zoals hoger aangegeven i.v.m. haar oordeelsvermogen.”

### 4. Huisartsenwachtdienst – weekend – aan te nemen houding tegenover collega's die op zaterdag vrije raadplegingen houden.

*Kunnen binnen de wachtkring tijdens de wachtdienst artsen op zaterdag vrije raadplegingen houden? Kan er in het reglement van inwendige orde van de kring worden opgenomen dat er op zaterdag geen vrije raadplegingen mogen worden gehouden en in hoeverre zijn de collega's verplicht zich hieraan te houden?*

Advies van 12 juni 2007 :

“Het standpunt van de Raad blijkt uit de leidraad “De wachtdienst voor huisartsen” zoals verschenen in Hippocrates van juni 2006. Hieruit halen wij aan :

“Ter gelegenheid van de samenkomst met de verantwoordelijken van de wachtorganisaties, ontstond zich een fundamentele discussie namens twee belangrijke waarden die tegenover elkaar worden gesteld : enerzijds is er het belang van de continuïteit van zorg voor eigen patiënten (waaraan zeker tegemoet wordt gekomen wanneer artsen tijdens het weekend hun eigen patiënten blijven behandelen), doch anderzijds is er het principe van de collegialiteit en de solidariteit. Het doorbreken van deze werkwijze zou dan immers als oncollegiaal kunnen aanzien worden. Het bleek evenwel ook dat sommigen niet afkerig staan tegenover het feit dat bepaalde artsen tijdens de wacht toch de continuïteit van hun eigen patiënten blijven verzorgen, omdat anders de wachtdienst van de wachtarts té zwaar kan uitvallen. Daarentegen waren er wachtorganisaties die van mening zijn dat het altijd ter beschikking blijven voor patiënten tijdens de wachtdienst, neerkomt op ronselen van patiënten.

In geval van geschil zal de Raad steeds in concreto nagaan of sprake is van oncollegiaal, en dus ondeontologisch gedrag. Dit zal blijken wanneer kan worden vastgesteld dat de wachtarts tijdens de wachtdienst op systematische wijze patiënten van andere praktijken zou aantrekken”.

### 5. Stopzetten verdere behandeling patiënt – werkwijze – informeren nieuwe behandelende arts.

*Een arts kan zich nog moeilijk vinden in de medische handelingen die hem door zijn 29-jarige patiënt worden gevraagd. Hij heeft de reden hiervoor zo goed mogelijk aan de patiënt en zijn familie proberen uit te leggen. Kan de arts de patiënt zeggen dat hij beter een andere huisarts kiest?*

Advies van 12 juni 2007 :

“Behalve ingeval van hoogdringendheid of wanneer hij in zijn menslievende plichten tekort zou schieten, staat het de arts steeds vrij om persoonlijke of beroepsredenen de behandeling van een zieke te weigeren. Hij mag van zijn opdracht afzien op voorwaarde dat hij de patiënt of de nabestaanden ervan in kennis stelt, de continuïteit van de verzorging verzekert en aan de ge-

neesheer die zijn taak overneemt, alle nuttige inlichtingen verstrekt.

Wordt het dossier doorgegeven van de gewezen behandelende arts naar de nieuwe behandelende arts, dan dient er op gewezen dat enkel een afschrift van het dossier mag worden overgemaakt. Het origineel dient bij de arts die het dossier heeft opgemaakt te blijven hetgeen van belang is in het kader van de dertigjarige verantwoordelijkheid van de arts die de patiënt behandeld heeft”.

#### **6. Patiënt geplaatst onder voorlopig bewindvoerschap – vraag van betrokken patiënt via advocaat om afschrift van zijn dossier – vragen rond het al dan niet verstrekken van psychiatrische gegevens voorkomend in het dossier.**

*Een patiënt vraagt via zijn advocaat een afschrift te bekomen van zijn dossier. Daarin bevinden zich de psychiatrische verslagen, alsook het door de patiënt gewraakte omstandig verslag dat de arts destijds heeft opgesteld nav. de procedure “voorlopige bewindvoering” voor de vrederechter. De arts vreest immers dat de patiënt bepaalde gegevens uit het dossier zal misbruiken. Mag/moet de arts een afschrift van zijn dossier overmaken?*

Advies van 12 juni 2007 :

“Een patiënt kan inderdaad een afschrift vragen van een geheel of een gedeelte van het hem betreffende patiëntendossier. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is. Dit afschrift is aan dezelfde beperkingen onderworpen als het inzagerecht.

Wat betreft dit inzagerecht – en dus van toepassing in het kader van de vraag om afschrift van dossier – gelden volgende uitzonderingen :

- a. de patiënt heeft geen inzage in de persoonlijke notities van de arts;
- b. de patiënt heeft geen inzage in gegevens die betrekking hebben op een derde persoon;
- c. de arts kan inzage weigeren in gegevens waarvan hij in het kader van de *therapeutische exceptie* heeft geoordeeld dat ze nadelig zijn voor de gezondheid van de patiënt.

De arts dient dus van oordeel te zijn dat het meedelen van deze gegevens klaarblijkelijk ernstig nadeel aan de gezondheid van de patiënt zou kunnen meebrengen.

Daarenboven dienen door de arts, wanneer hij meent geen gevolg aan de vraag van patiënt te kunnen geven, nog volgende voorwaarden te worden nageleefd :

- a. hij dient hierover een andere beroepsbeoefenaar te raadplegen en
  - b. weigering bepaalde informatie aan patiënt mee te delen dient in een schriftelijke motivering toegevoegd te worden aan het dossier.
- Indien de patiënt een vertrouwenspersoon heeft aangeduid, moet hij deze aangewezen persoon eveneens inlichten”.

#### **7. Betwisting geldigheidscompromis opgesteld door inmiddels overleden patiënt – meedelen medische informatie aan advocaat – oproeping als getuige.**

*Een advocaat twijfelt aan de rechtsgeldigheid van een verkoopscapromis m.b.t. een woning welke de patiënt, overleden op palliatieve zorgen, enkele dagen voor zijn overlijden zou hebben ondertekend.*

*Hij stelt zich meer bepaald de vraag of “hij nog goed besepte wat hij op dat ogenblik tekende”.*

*Met het oog op een nakende procedure voor de rechtbank wil de advocaat op basis van het patiëntendossier en alle bijhorende nota’s, de laatste twee weken van de patiënt doornemen. Mogen de behandelende artsen deze gegevens meedelen en moeten zij desgevallend ingaan op de vraag naar eventuele oproeping als getuige?*

Advies van 19 september 2007 :

“Vooreerst wensen wij erop te wijzen dat niet kan ingegaan worden op het verzoek van de advocaat tot overlegging van medische informatie.

Artikel 9, par. 4 van de Patiëntenrechtenwet bepaalt dat de vraag tot inzage enkel kan uitgaan van “de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwant tot en met de tweede graad van de patiënt”. Het is uitgesloten dat anderen, zoals een advocaat, namens één van deze personen zou optreden.

De Nationale Raad heeft reeds eerder gesteld dat de aangezochte arts ervan moet overtuigd zijn dat een verzoek tot indirecte inzage van het medisch dossier de meest aangewezen weg is voor de naaste verwanten om de verlangde informatie te bekomen. De wet voorziet niet in een recht op afschrift van het dossier van de overledene.

De Nationale Raad is verder van mening dat de aangewezen arts er dient op toe te zien dat de verzoeker de beroepsbeoefenaars aanschrijft die verantwoordelijk waren voor het zorgvuldig bijhouden en veilig bewaren van die onderdelen van het patiëntendossier waarvan indirecte inzage nuttig kan zijn. De hoofdarts van een ziekenhuis is niet bevoegd om inzage te geven van een medisch dossier.



Artikel 9, par. 4 van voormelde Patiëntenrechtenwet stelt eveneens als voorwaarde voor het inzien van het dossier: “voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is”. Er dient daarenboven onderlijnd dat alleen inzage mogelijk is van de stukken die relevant zijn voor de gegeven motivering. Uitgesloten van elke inzage zijn ook alle gegevens die betrekking hebben op derden.

Wat betreft een eventuele oproeping als getuige:

De medische deontologie schrijft voor (art. 63 Code van Geneeskundige Plichtenleer) dat de door de gerechtelijke overheid gedagvaarde geneesheer mag weigeren getuigenis af te leggen over door het beroepsgeheim gedekte feiten, door zich op dit beroepsgeheim te beroepen.

Anderzijds dient eraan herinnerd dat een arts die geheimen die hem werden toevertrouwd bekend maakt wanneer hij geroepen wordt om in rechte getuigenis af te leggen, niet strafbaar is wegens overtreding van art. 458 SWB.

Over de opportuniteit te spreken of te zwijgen oordeelt de arts die als getuige wordt gedagvaard in geweten. Oordeelt hij dat hij het geheim dient te bewaren, dan kan hij niet tot spreken worden gedwongen, zelfs indien hij door de patiënt van zijn geheimhoudingsplicht werd ontslagen. Hij kan zich bij zijn oordeel o.m. laten leiden door het al dan niet aanwezig zijn van rechtmatige belangen in hoofde van betrokken patiënt.

Er dient tevens op gewezen dat een arts die opgeroepen wordt om in rechte getuigenis af te leggen steeds voor de rechtbank moet verschijnen en de eed dient af te leggen. Nadien kan hij aan de rechter zijn bezwaren met betrekking tot het beroepsgeheim kenbaar maken”.

### 8. Procedure griepvaccinatie – aanschrijven specifieke doelgroep van patiënten – toevoegen voorschrift op naam.

*Een wijkgezondheidscentrum stelt voor om in het kader van griepvaccinatie vier specifieke doelgroepen, een 600-tal patiënten ingeschreven bij het centrum, aan te schrijven en uit te nodigen zich te laten vaccineren. Aan de informatieve brief zou tegelijk een voorschrift op naam worden toegevoegd, zodat de patiënten meteen hun vaccin kunnen gaan kopen.*

Advies van 19 september 2007:

“Er zijn geen deontologische bezwaren tegen het aanschrijven of informeren van patiënten

die toegetreden zijn tot het GMD-statuut, bv. in geval van vaccinaties.

Evenwel kunnen wij niet aanvaarden dat aan deze informatieve brief ook reeds een voorschrift op naam van de patiënt zou toegevoegd worden. Een voorschrift mag immers alleen worden opgesteld in het bijzijn van de patiënt en dit tijdens een consultatie”.

### 9. Overdracht medisch dossier.

*Een arts stopt zijn praktijk wegens pensioenge-rechtigde leeftijd. Ten einde te veranderen van arts, stelt een patiënt zich de vraag of de arts verplicht is hem zijn medisch dossier over te maken en of hij het al dan niet dient te behouden.*

Advies van 19 september 2007:

“De wet betreffende de rechten van de patiënt (artikel 9, par. 3) voorziet dat de patiënt recht heeft op afschrift van het geheel of van een gedeelte van het hem betreffende patiëntendossier, tegen kostprijs. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is. De beroepsbeoefenaar kan dit afschrift weigeren indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mede te delen.

Wordt het medisch dossier doorgegeven van de gewezen behandelend arts naar de nieuwe behandelend arts, dan dient er vooreerst op gewezen dat ook hier enkel een afschrift van het dossier mag worden overgemaakt. Het origineel dient bij de arts die het dossier heeft opgemaakt te blijven, hetgeen van belang is in het kader van de 30-jarige verantwoordelijkheid van de arts die de patiënt heeft behandeld. Daarenboven kan dit slechts geschieden mits akkoord van de patiënt”.

### 10. a. Beveiliging tegen verlies EMD; b. Delen van thuisdossiers van chronische patiënten met andere zorgverleners; c. Bewaring radio-grafieën.

*a. Is men verplicht van elk EMD een afschrift op papier te bewaren?*

*b. Mogen thuisdossiers aangelegd worden bij chronische zieke patiënten in communicatie met andere zorgverleners? Quid medisch beroepsgeheim?*

*c. Is het toegestaan enkel het protocol in het dossier te bewaren en de RX mee te geven aan de patiënt?*

Advies van 7 november 2007 :

“a. Geen enkele regelgeving legt de verplichting op om van elk medisch dossier, opgeslagen in een elektronisch bestand, een afschrift op papier bij te houden. Het volstaat inderdaad een veilige elektronische back-up van dit elektronisch medisch dossier bij te houden.

b. Wat betreft het delen van thuisdossiers van chronische patiënten met andere zorgverleners (bv. verpleegkundigen of artsen van wacht), kunnen wij u meedelen dat hiertegen geen deontologische bezwaren zijn, voor zover de erin opgenomen gegevens beperkt zijn tot de relevante informatie vereist voor de behandeling van de chronisch zieke patiënt en voor zover de patiënt zelf hiermee akkoord gaat.

c. Op de vraag of de RX mogen meegegeven worden aan de patiënt en hierbij enkel het protocol bewaard wordt in het medisch dossier, kunnen wij bevestigend antwoorden”.

### **11. Medisch dossier – brieven door een derde gestuurd ivm. patiënte aan behandelende arts – vraag van patiënte tot bekomen van afschrift hiervan.**

*Maken brieven, geschreven door de derde over een patiënt, deel uit van het patiëntendossier en mogen deze aan deze laatste worden meege-deeld?*

Advies van 7 november 2007 :

“Het patiëntendossier bevat alle documenten die worden opgesteld in het kader van de professionele relatie tussen de patiënt en de zorgverstrekker.

Brieven door een derde (in casu ex-vriend van patiënte) aan u, als behandelend arts van patiënte, gericht, kunnen niet worden aangezien als deel uitmakende van het medisch dossier.

Aangezien deze niet deel uitmaken van het patiëntendossier kunnen deze stukken dan ook niet ingezien worden door betrokken patiënte. Wel dient u bedoelde brieven te bewaren, doch dit geschiedt best op naam van de betrokken briefschrijver”.

### **12. Reorganisatie medische praktijk – mededeling via plaatselijk maandblad – te vermelden gegevens.**

*Mag een arts de reorganisatie van zijn praktijk (o.m. de uren van de consultaties) publiceren in een éénmalige publicatie van een plaatselijk maandblad dat elke inwoner wordt toebe-deeld?*

Advies van 7 november 2007 :

“Tegen het door u geformuleerd voorstel om de wijziging van uw medische praktijk via een eenmalige publicatie in een plaatselijk maandblad mee te delen, zijn geen deontologische bezwaren.

In bijlage laten wij u overigens een leidraad geworden “Artsen en Publiciteit” waarin een en ander verder is toegelicht (p.28 nota)”.

### **13. Invoering weekwacht huisartsen – houding tegenover artsen die niet wensen deel te nemen – beschikbaarheidhonorarium.**

*Kan een arts weigeren deel te nemen aan een door een geneesherenkring ingevoerde weekwacht en wat zijn de gevolgen voor de arts die niet wenst deel te nemen?*

Advies van 5 december 2007 :

“De Raad werd reeds eerder geconfronteerd met de vraag of de weekwacht, zoals de weekendwacht, verplicht kan worden gesteld en hoe dient gereageerd te worden wanneer een patiënt van een arts die niet deelneemt aan de wachtdienst, toch belt naar de weekwacht.

De Raad stelt voorop dat een weekwacht op dit ogenblik nog niet verplicht kan worden gesteld, met andere woorden men kan nooit verplicht worden om deel te nemen aan een weekwacht. Een arts die niet deelneemt kan uiteraard niet verwijzen naar deze weekwacht en dient zélf de continuïteit van zorgen voor zijn patiënten te verzorgen.

Wij kunnen u tot slot meedelen dat wij uw vraag bijzonder hebben geapprecieerd en uw zorg delen i.v.m. een adequate organisatie van de weekwacht”.

### **14. Demente patiënte – RVT – vraag zoonvoogd aan gewezen huisarts om inzage dossier – te vragen aan nieuwe huisarts?**

*Een zoon (officiële voogd) van een patiënte die in een RVT verblijft, wenst dat deze laatste verandert van huisarts en wenst inzage van het medisch dossier dat in het RVT wordt bijgehouden. De behandelende arts stelt zich de vraag of hij nog eigenaar is van dit dossier en of de zoon zijn toelating nodig heeft voor inzage in het dossier?*

Advies van 5 december 2007 :

“Vooreerst merken wij op dat er eigenlijk geen sprake kan zijn van eigendom van of eigenaar van het dossier nu een arts alleen de bewaarder van het medisch dossier is.

In het kader van uw vraagstelling komt het ons ook nuttig voor er op te wijzen dat een arts die, zoals in casu, patiënten verzorgt werkzaam in een RVT, ook best zelf bij hem thuis een patiëntendossier bijhoudt over deze patiënten. Wat tot slot uw vraag om inzage betreft door de zoon-voogd, kunnen wij u bevestigen dat dit verzoek dient gericht te worden aan de huidige behandelend arts”.

#### 15. Patiënt – overleden – juridisch geschil – verzoek ouders om attest ivm. afwezigheid drugabusus van zoon in verleden.

*Een patiënt loopt een sleutelbeenfractuur op na een vechtpartij. De patiënt en zijn ouders leggen klacht neer en stellen zich burgerlijke partij. Enkele maanden later overlijdt patiënt aan een andere oorzaak. Tegenpartij beweert dat patiënt uitzinnig was als gevolg van druggebruik. Mag de arts aan de ouders een attest afleveren dat er geen druggebruik was?*

Advies van 5 december 2007 :

“Artikel 9, par. 4 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt stipuleert dat, na het overlijden van de patiënt, de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwant tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar het recht op inzage kunnen uitoefenen voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. Het afleveren van een afschrift van stukken van het dossier of van bijvoorbeeld een attest is niet toegestaan”.

#### 16. Geneesheer-gynaecoloog – gebruik zelfde consultatieruimte door zelfstandige psycholoog.

*Een gynaecoloog heeft een privé-praktijk en een praktijk in een ziekenhuis. De partner is psycholoog en wenst zich ook deeltijds als zelfstandige te vestigen, waarbij hij overweegt dezelfde ruimte te gebruiken. Welke maatregelen dienen te worden genomen?*

“Er is geen bezwaar tegen dat medische en paramedische praktijken (of in casu praktijk van de geneesheer-gynaecoloog en de zelfstandig psycholoog) in hetzelfde gebouw zouden gevestigd zijn met dien verstande evenwel dat de consultaties vanzelfsprekend niet op hetzelfde ogenblik plaats vinden.

Overigens spreekt het vanzelf dat de praktische inrichting dusdanig moet zijn dat sluitende waarborgen worden geboden voor de vrije artsenkeuze, de onafhankelijkheid van de beroepsbeoefenaars en de bescherming van het medisch beroepsgeheim.

Daarenboven dient de inrichting van de praktijk alle noodzakelijke garanties te bieden zodat elke vorm van commercialisering, van directe of indirecte collusie, dichotomie en overconsumptie uitgesloten is”.

#### 17. Arts-psychiater – vraag patiënte naar afschrift dossier waarin gegevens voorkomen ivm. mogelijk misbruik door een andere arts – al dan niet weglaten naam betrokken arts.

*Een patiënte vraagt een afschrift van haar medisch dossier.*

*Een arts is evenwel op de hoogte van een verhouding tussen zijn patiënte en een collega. Haar partner heeft het zelfs over “misbruik”. In het dossier is deze collega met name genoemd. Mag de arts de naam van de collega in zijn afschrift vermelden?*

Advies van 5 december 2007 :

“Uw vraagstelling tast de grenzen af van de Wet op de patiëntenrechten waarbij enerzijds het recht van de patiënt is ingeschreven om tegen kostprijs een kopie te vragen van het geheel of een gedeelte van het hem betreffende patiëntendossier en anderzijds het vrijwaren van de rechten van derden wordt benadrukt.

In het kader van de afweging van deze principes met betrekking tot uw vraagstelling, wensen wij vooreerst de algemene deontologische beginselen terzake in herinnering te brengen. Deze werden door de Nationale Raad opgesteld ter gelegenheid van de totstandkoming van de Wet op de patiëntenrechten.

De Nationale Raad is van mening dat alle gegevens die belangrijk zijn voor de diagnostiek, de kwaliteit en de continuïteit van de zorg in het medisch dossier moeten terug te vinden zijn.

Al deze gegevens zijn immers, wat ook hun herkomst mag zijn, niet alleen belangrijk voor het behandelbeleid, maar desgevallend ook voor het verantwoorden ervan. Dit geldt zowel voor gegevens die beroepsbeoefenaars in het kader van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg onderling uitwisselen als voor belangrijke gegevens die door derden overgemaakt worden.

Wanneer gegevens buiten het medeweten van patiënten worden verstrekt en belangrijk zijn voor het behandelingsbeleid dienen ze met de nodige bedachtzaamheid en, behoudens bijzondere noodzaak, zonder precieze vermelding van

de bron in het medisch dossier opgenomen te worden.

Al deze gegevens op grond van artikel 9, paragraaf 2, 3<sup>e</sup> alinea (1) van de wet van het recht op inzage/afschrift uitsluiten als zijnde “gegevens die betrekking hebben op derden” zou, volgens de Nationale Raad, meebrengen dat een behandelbeleid ondoorzichtig en derhalve moeilijk te begrijpen wordt.

De Wet op de patiëntenrechten vermeldt dat het verstrekken van afschrift van een dossier aan dezelfde beperkingen onderworpen is als het inzage-recht waar volgende uitzonderingen gelden :

- de patiënt heeft geen inzage in de *persoonlijke notities* van de arts;
- de patiënt heeft geen inzage in gegevens die betrekking hebben op een derde persoon;
- de arts kan inzage weigeren in gegevens waarvan hij in het kader van de therapeutische exceptie heeft geoordeeld dat ze nadelig zijn voor de gezondheid van de patiënt.

Wat dient te worden verstaan onder de persoonlijke notities van de arts ?

Dit zijn aantekeningen die door de zorgverstreker *apart* in het patiëntendossier worden bewaard en die niet worden meegedeeld aan andere leden van het verzorgingsteam.

Indien dat wél gebeurt, zijn het niet langer persoonlijke notities. Het gaat om aantekeningen die enkel voor persoonlijk gebruik bestemd zijn. Vaak gaat het om subjectieve, dikwijls tijdelijke gegevens en indrukken die vatbaar zijn voor interpretatie. Men kan hierbij denken aan werkhypotesen, vragen bij bepaalde klachten van patiënt, ideeën die geregeld kunnen herzien worden. Zodra een gegeven uit de persoonlijke notities aan bijvoorbeeld een collega wordt meegedeeld, verliest het zijn persoonlijk karakter in welk geval het niet meer uit het dossier kan verwijderd worden.

In de memorie van toelichting bij de wet worden deze persoonlijke notities zeer strikt geïnterpreteerd als “aantekeningen die door de beroepsbeoefenaar afzonderlijk worden opgeborgen, die voor anderen, zelfs voor medebetrokkenen van de zorgverleningsteam, nooit toegankelijk zijn en die nodig zijn voor persoonlijk gebruik van de zorgverlener.”

Tot slot dient eraan herinnerd dat, op zijn verzoek, de patiënt zich steeds kan laten bijstaan door een vertrouwenspersoon en deze namens de patiënt het recht op inzage of het bekomen van afschrift kan uitoefenen. Indien de vertrouwenspersoon tevens zorgverstreker is, heeft deze inzage in alle gegevens van het dossier met inbegrip van de persoonlijke notities en de gegevens waarvan geoordeeld werd dat ze niet kunnen meegedeeld worden aan de patiënt.

Gegevens die betrekking hebben op derden vallen hier echter steeds buiten.

Op grond van deze overwegingen en gelet op de gegevens waarover wij thans beschikken, menen wij te kunnen stellen dat, zo u van oordeel bent dat de gegevens over een derde vallen onder de persoonlijke notities van de arts, en deze gegevens dan ook niet kunnen meegedeeld worden, gelet op het advies van de Nationale Raad dat stelt dat gegevens die betrekking hebben op derden steeds buiten elke inzage/afschrift van het dossier vallen.

Dit geldt a fortiori voor de gegevens die vallen onder persoonlijke notities van de arts.

Wij wensen ook op te merken dat de variabele wijze waarop informatie nopens de derde-collega in het dossier is vermeld, bij deze afweging eveneens een belangrijk element uitmaakt. Zo zal er inderdaad een verschil zijn wanneer in het dossier vermeld wordt dat collega (met naam vermeld) patiënte misbruikt heeft dan wel dat volgens verklaring van patiënte zij door deze arts is misbruikt.

Tot slot wensen wij eraan te herinneren dat in geval van twijfel toch steeds de grootste voorzichtigheid dient in acht genomen te worden. Weliswaar heeft patiënte zelf de feiten en de naam van de betrokken arts meegedeeld, doch men moet er steeds rekening mee houden dat deze wetenschap, opgenomen in het afschrift van het dossier, naargelang de wending die het dossier kan nemen, in handen kan komen van personen die hier mogelijk geen enkel uitstaans mee hebben.

Wij bevelen u dan ook ten sterkste aan om in voorkomend geval in het dossier steeds gewag te maken van ‘X’.

(1) art.9, §2, al.3 : De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten.

### 18. Betwisting testament – twijfel omtrent geestelijke toestand van erflater – vraag advocaat van neef van overleden patiënt tot overmaken kopie van medisch dossier.

Advies van 9 januari 2008 :

“Aan het verzoek van de advocaat kan geen gevolg gegeven worden.

Terzake verwijzen wij u naar artikel 9, § 4 van de wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt : “Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het in §2 bedoelde recht op inzage voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de in §2, derde lid, bedoelde persoonlijke notities.”

### 19. Mogelijke fout bij chirurgische ingreep – vraag patiënt aan huisarts op verzoek verzekeringsmaatschappij naar medisch attest waaruit mogelijke beroepsfout zou kunnen afgeleid worden.

*Na een eerste ingreep diende patiënte voor een tweede maal te worden geopereerd, waarna ze in een levensbedreigende situatie kwam. De verzekeringsmaatschappij vraagt een medisch attest dat een begin van bewijs van de beroepsfout van de betrokken chirurg en/of ziekenhuis zou leveren. Dit attest zou volgens hen door de huisarts, de behandelende chirurg van de tweede ingreep of een andere arts mogen afgeleverd worden. De patiënte vraagt het attest aan haar huisarts, die zelf niet kan uitmaken of het om een beroepsfout gaat of om een mogelijke verwikkeling.*

Advies van 13 februari 2008 :

“Wij wensen vooreerst te herinneren aan het deontologisch beginsel zoals vervat in artikel 67 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer : “De geneesheer heeft het recht maar is niet verplicht aan een patiënt, die hem erom verzoekt, een getuigschrift betreffende zijn gezondheids-toestand te overhandigen. De geneesheer mag een getuigschrift weigeren. Hij alleen beslist over de inhoud en de wenselijkheid om het aan de patiënt te overhandigen.”

In het kader van uw concrete vraag wensen wij er daarenboven op te wijzen dat, ingeval u zou overwegen een dergelijk attest aan de patiënt af te leveren, u hierin alleen de objectieve medi-

sche gegevens mag weergeven zonder enige verwijzing naar oorzaak en gevolg”.

### 20. Behandeling van een Dolantine-mane patiënte.

*Sinds geruime tijd heeft een arts een Dolantine-mane patiënte. Hij heeft deze medicatie al enkele keren voorgeschreven, maar de patiënte blijft aandringen op meer voorschriften.*

Advies van 13 februari 2008 :

“Wij wensen in dit verband te verwijzen naar de deontologische beginselen zoals opgenomen in artikel 37 van de Code van geneeskundige plichtenleer betreffende de verplichtingen van de arts die geconfronteerd wordt met patiënten die substanties gebruiken die tot afhankelijkheid kunnen leiden.

Hierin wordt vooropgesteld dat een arts die met dergelijke patiënten geconfronteerd wordt opteert voor een multi-factoriële benadering van de problematiek zowel op fysiek, psychisch als sociaal vlak en waarbij wordt aanbevolen om, indien de behandeling van de patiënt een bekwaamheid vergt die de geneesheer onvoldoende bezit, een beroep te doen op een bevoegde collega of een bevoegd multidisciplinair team”.

### 21. Al dan niet verplichte deelname aan de weekwacht.

*In een algemene vergadering van een wachtkring wordt unaniem besloten om over te gaan tot het organiseren van een weekwacht. Nadien verzetten zich sommige artsen om hieraan deel te nemen. Kan de wachtkring stappen zetten om deze collega's te verplichten om hun taak, zoals besloten in de algemene vergadering, uit te oefenen?*

Advies van 13 februari 2008 :

“De Raad werd reeds eerder geconfronteerd met de vraag of de weekwacht, zoals de weekendwacht, verplicht kan worden gesteld en hoe dient gereageerd te worden wanneer een patiënt van een arts die niet deelneemt aan de wachtdienst, toch belt naar de weekwacht.

De Raad stelt voorop dat een weekwacht op dit ogenblik nog niet verplicht kan worden gesteld, met andere woorden men kan nooit verplicht worden om deel te nemen aan een weekwacht. Een arts die niet deelneemt kan uiteraard niet verwijzen naar deze weekwacht en dient zélf de continuïteit van zorgen voor zijn patiënten te verzorgen.

Wij kunnen u overigens meedelen dat wij uw vraag bijzonder hebben geapprecieerd en uw zorg delen i.v.m. een adequate organisatie van de weekwacht”.

## 22. Oproep tot getuigen ivm. echtscheidingszaak patiënte.

*Een huisarts wordt door de rechtbank opgeroepen om te getuigen in een echtscheidingszaak. Moet de arts hierop ingaan en zo ja, wat mag wel en niet worden gezegd, rekening houdend met het beroepsgeheim?*

Advies van 13 februari 2008 :

“Een arts die in een strafzaak of een burgerlijke zaak wordt gedagvaard, moet voor de rechter verschijnen.

Artikel 63 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer schrijft voor dat de voor de gerechtelijke overheid gedagvaarde arts mag weigeren getuigenis af te leggen over door het beroepsgeheim gedekte feiten, door zich te beroepen op dit beroepsgeheim.

In dit verband dient eraan herinnerd dat een arts die geheimen die hem werden toevertrouwd bekend maakt wanneer hij geroepen wordt om in rechte getuigenis af te leggen, niet strafbaar is wegens overtreding van art. 458 van het Strafwetboek.

Over de opportuniteit te spreken of te zwijgen oordeelt de arts in geweten.

Oordeelt hij dat hij het geheim dient te bewaren, dan kan hij niet tot spreken worden gedwongen. Hij zal zich bij zijn oordeel o.m. laten leiden door het al dan niet aanwezig zijn van rechtmatige belangen in hoofde van betrokkene.

In dit geval komt het aan de rechter tot na te gaan of deze weigering verantwoord is of niet. Het behoort immers aan de feitenrechter na te gaan of, volgens de eigen gegevens van de zaak, het stilzwijgen van de arts niet van zijn doel is afgewend (Cass.; 30 oktober 1978. Arr.Cass.; 1978-1979, 235; R.W., 1978-1979, 2232).

In concreto zijn wij alvast van mening dat geen mededeling kan worden gedaan over de feiten waarvan sprake in uw hoger genoemde e-mail in verband met het mogelijk fysiek geweld dat echtgenoot van patiënte tegenover haar zou hebben gebruikt.

Wij wensen er tevens aan te herinneren dat een getuigenis in rechte slechts kan worden afgelegd tegenover iemand die werkelijk rechter is en niet tegenover bijvoorbeeld een politieagent of politiecommissaris, een rijkswachter enz.

Rechter zijn : de burgerlijke rechter, de strafrechter en de onderzoeksrechter”.

## 23. Arts ingeschreven in Oost-Vlaanderen – uitoefenen vervangingen of participeren in een wachtdienst in een andere provincie.

*Mag een arts met een praktijk in Oost-Vlaanderen, op regelmatige basis, een vervanging doen of participeren in een wachtdienst van een andere provincie?*

Advies van 13 februari 2008 :

“Wij stellen voorop dat dergelijke activiteit deontologisch slechts toelaatbaar is mits sluitende waarborgen worden geboden dat de continuïteit van de zorgverstrekking op elke plaats en op elk ogenblik verzekerd is.

Daarenboven dient u tijdens de wachtdienst voor beide wachtgebieden steeds te kunnen beschikken over een voor de patiënten toegankelijk medisch kabinet en dient vooraf het akkoord van beide wachtkringen verkregen te worden”.

## 24. Ziekenhuis – verzoek dienst fysische geneeskunde en revalidatie tot aankoop van echografietoestel – weigering door medische raad.

*Welke stappen kan de Dienst fysische geneeskunde en revalidatie alsnog ondernemen om goedkeuring te bekomen voor de aankoop van een echografietoestel?*

Advies 13 februari 2008 :

“Krachtens de Ziekenhuiswet dient de hoofdgeneesheer onder meer initiatief te nemen om de kwaliteitszorg in het ziekenhuis te bevorderen en te evalueren.

Aangezien uw vraagstelling inderdaad betrekking heeft op het uitbreiden van de therapeutische mogelijkheden ten einde aan de patiënten kwaliteitsvolle zorgen te kunnen aanbieden, komt het ons voor dat u deze problematiek best in eerste instantie met de hoofdgeneesheer dient te bespreken”.

## 25. Medische attesten – vermelden carensdag (eerste dag arbeidsongeschiktheid) op attesten opgemaakt op de 2<sup>de</sup> dag arbeidsongeschiktheid.

*Het probleem stelt zich bij het schrijven van attesten voor arbeidsongeschiktheid bij personen tewerkgesteld o.a. in het bankwezen die voor hun eerste dag ziekte geen briefje van de arts moeten hebben. Deze personen komen dan op hun tweede dag ziekte naar de arts, doch de werkgever wil wel een briefje waarop ook de carensdag vermeld staat.*

Advies van 13 februari 2008 :

“Uit eerdere adviezen van de Nationale Raad blijkt dat uitzonderlijk een getuigschrift van ongeschiktheid a posteriori kan worden opgesteld en afgeleverd op basis van medische bevindingen en de hierdoor als aanvaardbaar voorkomende verklaringen van de betrokkene”.

### 26. Consultaties en raadplegingen – systematisch aanrekenen van derde betalende – geen onderscheid financiële draagkracht patiënten.

*Is het systematisch gebruik maken van het derde betalende systeem een vorm van concurrentievervalsing?*

Advies van 13 februari 2008 :

“Het systematisch werken via het systeem van de derde betalende wordt ondeontologisch wanneer voor deze werkwijze publiciteit wordt gemaakt en een en ander bijgevolg aanleiding geeft tot het ronselen van patiënten”.

### 27. Routine belastingscontrole – inzage dagboek en afspraaklijst van arts.

*Heeft een belastingcontroleur bij een routinecontrole het recht inzage te vragen en te krijgen van het dagboek en de afspraaklijst van een arts?*

Advies van 13 februari 2008 :

“Het beroepsgeheim dat de geneesheer moet bewaren is van openbare orde. De door patiënten geraadpleegde of om zorgen of raad verzochte pratici zijn in alle omstandigheden door het beroepsgeheim gebonden. Het beroepsgeheim omvat alles wat de geneesheer heeft gezien, gehoord, vernomen, vastgesteld, ontdekt of opgevangen tijdens of bij gelegenheid van de uitoefening van zijn beroep (artikel 55 e.v. . Code geneeskundige plichtenleer).

De fiscus dient zich dus in principe te onthouden van het stellen van vragen met betrekking tot informatie die duidelijk onder het beroepsgeheim valt.

Terzake wensen wij u eveneens te verwijzen naar artikel 334 van het Wetboek Inkomstenbelastingen : “Wanneer een krachtens de artikelen 315, eerste en tweede lid, 315 bis, eerste tot derde lid, 316 en 322 tot 324 aangezochte persoon (in casu de betrokken arts) het beroepsgeheim doet gelden, verzoekt het de administratie om tussenkomst van de territoriale bevoegde tucht-overheid opdat deze zou oordelen of, en gebeurlijk in welke mate, de vraag om inlichtingen of

de overlegging van boeken en bescheiden verzoenbaar is met het eerbiedigen van het beroepsgeheim”.

### 28. Wachtdienst pediatrie in het ziekenhuis – verwijzing door kinderartsen die enkel private raadplegingen doen naar spoedgevallendienst van het ziekenhuis.

*Mogen kinderartsen in de week, gedurende de dag, patiënten verwijzen naar hun huisarts of de spoedgevallendienst van het ziekenhuis, wegens “overbelasting” van hun praktijk?*

Advies Raad Oost-Vlaanderen van 13 februari 2008 :

“Terzake menen wij te kunnen verwijzen naar een omstandig advies dat door de Nationale Raad werd geformuleerd op 10 mei 2003 in verband met het verzekeren van de continuïteit van de zorg en het deelnemen aan de wachtdienst. Dit advies, waarin verschillende elementen van uw vraagstelling aan bod komen, wordt hier bijgevoegd”.

Advies Nationale Raad van 10 mei 2003 :

*Een provinciale raad legt aan de Nationale Raad vragen van verschillende artsen voor betreffende het niet deelnemen aan wachtdiensten zowel door collega's-specialisten die niet aan een ziekenhuis verbonden zijn als door collega's in de huisartsgeneeskunde.*

“Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen het verzekeren van de continuïteit van de zorg en het deelnemen aan de wachtdiensten. Artikel 113 van de Code van geneeskundige plichtenleer zegt dat het verzekeren van de continuïteit van de verzorging een deontologische plicht is en artikel 114 voegt daaraan toe dat *elke* geneesheer, naargelang het geval, de nodige maatregelen *moet* nemen om de continuïteit van de zorg te verzekeren.

Artikel 8, §1, van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen is in dit vlak nog duidelijker daar ook een definitie van de continuïteit van de zorg wordt gegeven: artsen mogen, wetens en zonder wettige reden in hunnen hoofde, een in uitvoering zijnde behandeling niet onderbreken zonder vooraf alle maatregelen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorgen te verzekeren door een ander beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft. De tweede alinea van dezelfde paragraaf zegt: de raden van de Orde waaronder de beoefenaars ressorteren zien toe dat de bij vorig lid voorziene bepaling

wordt nageleefd. Artikel 38, §3, a), voorziet expliciet de toepassing van tuchtmaatregelen door de Orden wanneer de in artikel 8, §1, voorziene verplichting niet nageleefd wordt.

Deze wettelijke en deontologische bepalingen zijn overduidelijk. Alle behandelaars, ongeacht hun discipline, moeten vooraf alle maatregelen nemen zodat een in uitvoering zijnde behandeling deskundig voortgezet wordt gedurende hun afwezigheid. Bij niet-naleving van deze verplichting dienen door de provinciale raden tuchtmaatregelen toegepast te worden.

\* \* \*

Conform artikel 9, §1, van hetzelfde besluit, mogen de representatieve beroepsverenigingen van de beoefenaars of de te dien einde opgerichte groeperingen wachtdiensten instellen die de bevolking een regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize waarborgen. Deze verenigingen of groeperingen delen de provinciale geneeskundige commissie de door hen opgestelde wachttrol mede alsook elke wijziging die aangebracht wordt evenals hun huishoudelijk reglement. De wachtdiensten van de huisartsen en de wachtdiensten in de ziekenhuizen beantwoorden aan deze bepalingen.

Volgens artikel 115 van de Code worden wachtdiensten enerzijds ingericht om de geneesheer in staat te stellen de continuïteit van de verzorging te waarborgen en anderzijds om aan dringende oproepen gevolg te kunnen geven. Uit dit artikel kan niet afgeleid worden dat de wachtdienst de continuïteit van de zorg van alle geneesheren van het wachtgebied op zich neemt. Artikel 8, §1, van het KB stelt dat de continuïteit moet verzekerd worden door een andere beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft. Artikel 116 van de Code zegt wie instaat voor de organisatie van de wachtdiensten en deze bepaling is gelijkkluidend met artikel 9, §1, van het KB nr. 78. Artikel 117 van de Code bepaalt dat elke geneesheer, ingeschreven op de Lijst, overeenkomstig zijn bevoegdheid aan DEZE wachtdiensten moet deelnemen. Uitzonderingen kunnen toegestaan worden, geschillen worden voorgelegd aan de provinciale raad die ook maatregelen neemt bij niet-deelneming en niet-betalen van een bijdrage aan de werkingskosten. De wetgever heeft eveneens aan de provinciale geneeskundige commissies de bevoegdheid gegeven geschillen betreffende de wachtdiensten te beslechten.

\* \* \*

De artsen welke volgens de Code van geneeskundige plichtenleer verplicht zijn aan deze door de provinciale geneeskundige commissie gesuperviseerde wachtdiensten te participeren doen meestal een beroep op deze wachtdiensten

om de continuïteit van de zorgverlening voor hun patiënten te garanderen.

Artsen die aan deze wachtdiensten participeerden en van deelname vrijgesteld zijn omwille van bijv. leeftijd of gezondheidsredenen laten meestal in overleg met de organisatoren van deze wachtdiensten hun verplichting tot continuïteit van de verzorging aan deze diensten over.

Artsen die aan deze wachtdiensten niet deelnemen noch deelnamen dienen op een andere wijze de continuïteit van de zorg te verzekeren. Hiervoor bestaan een reeks mogelijkheden.

Niet-ziekenhuis gebonden specialisten kunnen er bijv. voor kiezen enkel patiënten te behandelen in het verlengde van een samenwerking met de huisarts, waarbij de huisarts de hoofdbehandelaar is en de geneesheer-specialist de behandeling volgt op afstand. In deze gevallen berust de verzekering van de continuïteit van de zorg bij de huisarts die, bij afwezigheid, op de wachtdienst waaraan hij deelneemt kan terugvallen. De betrokken specialisten moeten de huisarts ten gepaste tijde al de voor de continuïteit van de zorg noodzakelijke informatie verstrekken.

Wanneer niet-ziekenhuis specialisten zelf de hoofdbehandelaar wensen te blijven kunnen zij met specialisten van dezelfde discipline die evenmin een ziekenhuisactiviteit hebben een beurtrol van bereikbaarheid afspreken. Ook kunnen zij met de ziekenhuisspecialisten van hun discipline overeenkomsten afsluiten in het kader van de continuïteit van de zorg. Zo kunnen zij mits het akkoord van de hoofdgeneesheer en van het diensthoofd van het ziekenhuis zelfs participeren aan de wachtdienst van het ziekenhuis of tot andere afspraken komen om een voortzetting van de behandeling gedurende hun afwezigheid te garanderen. De te maken keuzes zullen sterk afhankelijk zijn van de soms zeer verschillende lokale situaties.

Tenslotte dient te worden gezegd dat het verzekeren van de continuïteit geldt voor alle artsen die patiënten behandelen. Wanneer geneesheren niet deelnemen aan een intramurale of extramurale wachtdienst moeten zij ook voorafgaandelijk aan hun afwezigheid de nodige maatregelen treffen om de continuïteit van de zorg voor de onder behandeling zijnde patiënten te verzekeren.

\* \* \*

Het is de taak van de provinciale raden er over te waken dat alle geneesheren een sluitende regeling voor de verzekering van de continuïteit van de zorg kunnen aantonen en ook naleven. Zoals hoger gezegd voorziet de wetgeving expliciet dat zij tuchtrechtelijk optreden wanneer om het even welke geneesheer in dat vlak in gebreke blijft. Het is onaanvaardbaar patiënten



aan andere collega's over te laten zonder informatieverstrekking en voorafgaande afspraken betreffende de overname van de zorg. In dat kader kunnen ook preventieve maatregelen getroffen worden om inbreuken op de medische deontologie en de wetgeving te voorkomen. Gezien het aantal klachten omtrent het falen van de continuïteit van de zorg is het aangewezen dat de provinciale raden van deze problematiek een prioriteit maken in hun beleid voor de eerstvolgende jaren.”

### 29. Opzetten van associaties van uiteenlopende disciplines (radiologie en nucleaire geneeskunde) binnen één entiteit medische beeldvorming.

*Bestaan er deontologische bezwaren tegen het opzetten van een dergelijke associatie, waarbij niet alleen operationele, klinische maar ook administratieve samenwerking en financiële pooling zou gebeuren?*

Advies van 13 februari 2008 :

“Wij kunnen u mededelen dat er geen deontologische bezwaren zijn tegen het opzetten van associaties tussen artsen van uiteenlopende disciplines (radiologie en nucleaire geneeskunde) binnen één entiteit medische beeldvorming”.

### 30. Huisarts – opvordering door politie van een arts van wacht.

*Kan de politie een arts van wacht zomaar opvorderen tijdens de wachtdiensturen zonder hem voorafgaandelijk te verwittigen?*

Advies van 5 maart 2008 :

“De geneesheer die krachtens de wet van 15 april 1958 en van het koninklijk besluit van 10 juni 1959 betreffende de bloedproef met het oog op het bepalen van het alcoholgehalte, wordt opgevorderd, dient de gevraagde bloedproef te verrichten. Hij mag zich aan deze verplichting slechts onttrekken :

- wanneer hij een medische tegenindicatie tegen de bloedproef vaststelt of wanneer hij de redenen die de persoon aanvoert om zich aan de bloedproef te onttrekken, als gegrond erkent;
- wanneer de betrokkene weigert zich aan de afname te onderwerpen. De bloedproef mag niet met geweld op de betrokkene worden toegepast;
- wanneer de betrokkene één van zijn patiënten is, op voorwaarde dat de opvorderende overheid een beroep kan doen op een andere geneesheer.

De opgevorderde geneesheer moet altijd weigeren het klinisch formulier in te vullen of een klinisch oordeel te uiten nopens de staat van dronkenschap van de betrokkene, wanneer het één van zijn patiënten betreft.

Een praktische mogelijkheid zou er wel kunnen in bestaan dat uit de artsen van de regio een pool van geïnteresseerde collega's zou worden gevormd op wie beroep zou kunnen gedaan worden voor het verrichten van bloedproeven”.

### 31. Oproep tijdens huisartsenwachtdienst – patiënt bij aankomst vertrokken naar de spoed – aanrekenen kostenvergoeding?

Advies van 9 april 2008 :

“Naar analogie met de mogelijkheid een vergoeding aan te rekenen voor een niet nagekomen afspraak, kan ook in het door u beschreven geval een vergoeding worden aangerekend.

Wij verwijzen hiervoor eveneens naar artikel 77 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer: “Een schadeloosstelling mag gevraagd worden voor een nutteloos geworden huisbezoek of voor een verzuimde afspraak indien zij niet tijdig werden afgezegd.”

Er dient evenwel beklemtoond dat het hier een schadevergoeding betreft en geen honorarium. De arts heeft immers voor die patiënt geen medische prestatie verricht en mag derhalve geen getuigschriften voor verstrekte hulp uitschrijven”.

### 32. Chronisch zieke patiënten – afwezigheid behandelende arts – continuïteit van zorgen – medische info ten huize van patiënten t.b.v. bijvoorbeeld wachtarts.

*Een arts vraagt informatie rond het bijhouden van een medisch dossier of een samenvatting hiervan bij de patiënt ten huize als deze in een chronisch zieke toestand verkeert.*

Advies van 7 mei 2008 :

“Met het oog op een adequate verzekering van de continuïteit van de medische zorgen en mits de patiënt hiermee akkoord gaat, kan u, bij afwezigheid, een samenvatting van de belangrijkste medische gegevens ten huize van uw patiënt achterlaten t.b.v. bijvoorbeeld de geneesheer van wacht.

Het spreekt vanzelf dat het hier uitsluitend gaat over die medische gegevens die relevant zijn voor de continuïteit”.

### 33. Overmaken kopie medisch dossier van patiënt in gevangenis aan diens raadsman.

*Een advocaat vraagt kopie te bekomen van het medisch dossier van zijn cliënt die in de gevangenis verblijft. Mag de arts hem een kopie overmaken of hem inzage verlenen?*

Antwoord Raad :

“Aangezien vooreerst duidelijk dient uitgemaakt of gedetineerde patiënten, patiënt zijn in de zin van de Patiëntenrechtenwet, wordt uw adviesvraag vooreerst aan de Nationale Raad voorgelegd”.

Advies Nationale Raad van 15 mei 2008 :

“De wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 vermeldt in artikel 9, § 2, dat de patiënt recht heeft op inzage in zijn patiëntendossier. De patiënt kan zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon.

Artikel 92, § 1, van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden bepaalt dat een gedetineerde in de uitoefening van zijn rechten van patiënt drie categorieën van personen als vertrouwenspersoon kan aanwijzen, namelijk :

- een arts van buiten de gevangenis ;
- een advocaat ;
- een door de gevangenis aangestelde of tot de gevangenis toegelaten vertegenwoordiger van zijn godsdienst of levensbeschouwing.

Paragraaf 2 van de basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden bepaalt dat in afwijking van artikel 9, § 3, eerste lid, van de wet betreffende de rechten van de patiënt, een gedetineerde geen afschrift kan verkrijgen van zijn patiëntendossier. Hij kan enkel schriftelijk verzoeken een afschrift mee te delen aan de door hem aangewezen vertrouwenspersoon (in casu zijn advocaat).”

# Feestviering

## ICC Ghent – zaterdag 4 oktober 2008, 10.30 uur.

Zoals gebruikelijk zullen de jubilarissen met vijftig jaar praktijk passend gehuldigd worden – hun namen worden hieronder afgedrukt –

Bijzondere aandacht wordt besteed aan de opname van de jonge pas-gepromoveerde collega's in ons artsenkorps.

Hun wordt de gelegenheid geboden de eed van Hippocrates af te leggen.

Na de viering volgt een receptie.

Vanaf 2008 werd het concept van deze feestviering helemaal anders uitgewerkt. Meer informatie hierover vindt u in het voorwoord van de voorzitter bij deze uitgave van Hippocrates.

**Belangrijk** : wenst u tot deze manifestatie uitgenodigd te worden dan verzoeken wij u ons dit te bevestigen. Dit kan gebeuren via e-mail ofwel kan hiervoor bijgaande antwoordkaart gebruikt worden.

Jubilarissen 1958 :

Dokter BEKAERT Stéphane van Gent (SDW) (VUB)  
 Dokter BONTE Jacques van Lochristi (Be) (UGent)  
 Dokter BOTTEQUIN Jacques van Lovendegem (UGent)  
 Dokter BULTINCK Firmin van Moerbeke (UGent)  
 Dokter COUCKE Pieter van Sint-Gillis-Waas (DK) (KUL)  
 Dokter DE BAETS Frida van Gent (Zw) (UGent)  
 Dokter DE LILLE Lieven van Brugge (UGent)  
 Dokter DE MEYER Hugo van Ninove (Me) (KUL)  
 Dokter DE NEVE Gaston van Knokke-Heist (Heist) (KUL)  
 Dokter DE WEERDT Gaston van Merelbeke (UGent)  
 Dokter D'HAENENS Herman van Denderleeuw (UGent)  
 Dokter DUJARDIN Luc van Gent (Dr) (UGent)  
 Dokter GOOSSENS Leo van Buggenhout (UGent)  
 Dokter HAESAERT Werner van Aalter (UGent)  
 Dokter KEMPENEERS Gustaaf van Eeklo (KUL)  
 Dokter LAGACHE Henri van Gent (Zw) (UGent)  
 Dokter LESCORNEZ Karel van Kruibeke (Ru) (KUL)  
 Dokter LYBAERT Armand van Evergem (Sl) (UGent)  
 Dokter PAELINCK Pierre van Zele (UGent)  
 Dokter ROLLY Georges van Gent (Zw) (UGent)  
 Dokter RONSE Edouard van Gent (KUL)  
 Dokter STAELENS Richard van Gent (Gtb) (UGent)  
 Dokter VANDAMME Jan van Ronse (KUL)  
 Dokter VAN DEN BERGHE Daniël van Fuveau - Frankrijk (UGent)  
 Dokter VAN DER HAEGHEN Paul van Zomergem (UGent)  
 Dokter VANDERLINDEN Antoon van Nazareth (Eke) (UGent)  
 Dokter VAN DE VELDE Georges van Ellezelles (UGent)  
 Dokter VAN POECK Karel van Kruibeke (Ba) (KUL)

# Symposium 19 november 2008

“Deontologische implicaties bij het begin en het einde van de medische loopbaan.”

Onder deze ruime titel organiseert onze Raad, in samenwerking met de Vereniging der Geneesheren, oud-studenten van de Universiteit Gent, een symposium dat plaatsvindt op woensdag 19 november 2008 te 20.30 uur in auditorium D van het Universitair Ziekenhuis Gent.

Het opzet is om tal van concrete knelpunten die er zullen aan bod komen in een concrete leidraad uit te werken.

Onder meer volgende topics worden er behandeld : het medisch kabinet, wacht-dienst, erkenning/accreditering, het medisch dossier, samenwerkingsverbanden, artsenvennootschappen en contracten, overdracht medische dossiers, overdracht cliënteel en intredegeld.

Heikele punten worden hierbij niet uit de weg gegaan.

Kan bijvoorbeeld een weekwacht voor huisartsen op deontologische gronden af-dwingbaar worden gesteld? Kan volgehouden worden dat een deeltijds werkend huisarts voltijds aan de weekendwacht dient deel te nemen? Is een standaardformulier, voorgesteld door de Orde, voor overdracht van medische dossiers wenselijk? Hoe zit het met de dertigjarige bewaartermijn voor medische dossiers? Welke criteria worden vooropgesteld i.v.m. inbreng en overdracht van een artsenpraktijk? Zin en onzin van typecontracten ...

Dit symposium wordt afgesloten met een receptie.

Accreditering wordt aangevraagd.

Het spreekt vanzelf dat alle verdere praktische informatie u ten gepaste tijde zal worden meegedeeld.

# Administratief verslag werkzaamheden 2007

<b>A. Artsen (31/12)</b>	5187 (+67)	- Het stellen van daden of doen van uitspraken die de eer en de waardigheid van het beroep zouden kunnen schaden of in opspraak brengen (2 gevallen)
<b>1. Inschrijvingen Lijst</b>		
- promotie	94	- Het niet beantwoorden van brieven van de Orde der Geneesheren (2 gevallen)
- overschrijvingen van andere Raden	69	- Het niet naleven van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (2 gevallen)
- tijdelijke inschrijvingen	-	- Het weigeren een bloedproef te verrichten met het oog op het bepalen van het alcoholgehalte
- andere	21	- Het niet zorgvuldig en gewetensvol toedienen van de met de thans geldende wetenschappelijke kennis strokende zorgen (2 gevallen)
<b>2. Afvoeringen Lijst</b>		- Het niet verzorgen van de continuïteit der zorgen
- overleden	26	- Het nalaten gevolg te geven aan een oproep tot medische hulpverlening tijdens de wachtdienst (2 gevallen)
- overgeschreven naar andere Raden	71	- Het niet gematigd en bescheiden zijn bij het vaststellen van het ereloon
- afloop tijdelijke inschrijvingen	-	- Het niet op voorhand informeren over (de financiële gevolgen van) een voorgenomen behandeling
- andere	20	- Het niet afleveren van een welwillendheidattest (5 gevallen)
<b>B. Vergaderingen</b>		- Inmenging in familiale aangelegenheden (2 gevallen)
<b>Raad :</b>		- Schending van het beroepsgeheim
- vergaderingen	17	- Het meenemen van medische dossiers uit het ziekenhuis
- gehoorde artsen	24	- Het ronselen van patiënten
<b>Bureau :</b>		Geen sanctie : 8
- vergaderingen	13	Beslissingen inzake medische activiteiten : 0
- behandelde dossiers	561	Geseponeerde zaken (door de Onderzoekscommissie onderzocht en door de Raad zonder gevolg gelaten bij ontstentenis van afdoende argumenten om de betrokkene in beschuldiging te stellen wegens een inbreuk op de regelen van de medische plichtenleer) : 44
<b>Onderzoekscommissie</b>		Beslissingen waartegen hoger beroep werd aangetekend : 5
- vergaderingen	11	Beslissingen Raad van beroep waartegen casatieberoep werd aangetekend : 1
- gehoorde artsen	48	
<b>Commissie “Vennootschappen – Specialisten”</b>		
- vergaderingen	11	
- behandelde dossiers	218	
<b>Commissie “Vennootschappen – Huisartsen”</b>		
- vergaderingen	11	
- behandelde dossiers	124	
<b>Commissie “Contracten en Med.Act.”</b>		
- vergaderingen	9	
- behandelde dossiers	295	
<b>Commissie “Websites”</b>		
- vergaderingen	9	
- behandelde dossiers	60	
<b>C. Schriftelijke adviezen nopens deontologische problemen</b>	78	
<b>D. Disciplinaire beslissingen</b>		
Door de Raad of de Raad van beroep werden sancties van waarschuwing, censuur, berisping of schorsing opgelegd wegens :		

## I. INSCHRIJVINGEN

## A. Promotie 2007

47846 VAN INGELGEM Annemie  
 47847 STROBBE Tine  
 47848 LAUTE Margo  
 47849 BORDERE Alicia  
 47850 DESCHEPPER Griet  
 47851 VAN DALEM Freia  
 47852 CALIS Sarah  
 47853 DEBERGH Isabelle  
 47854 VANDEWIELE Anne  
 47855 RUYFFELAERT Muriel  
 47856 DE WAELE Eva  
 47857 BUYTAERT Eva  
 47858 VANSTECHELMAN Filip  
 47859 VERBEKE Maaïke  
 47860 JOOS Ellen  
 47861 WAELPUT Dagmar  
 47862 BERVOETS Caroline  
 47863 VAN GINCKEL Rein  
 47864 RADONIC Teodora  
 47865 GEERS Sybille  
 47866 HAMERLYNCK Tjalina  
 47867 IMERAJ Lindita  
 47868 HUYLEBROECK Gert  
 47869 ENGELN Karen  
 47870 JACOBS Bart  
 47871 VAN DER HEYDEN Matthias  
 47872 EECKHOUT Koen  
 47873 MUYLLAERT Catherine  
 47874 VAN LANCKER Kenneth  
 47875 FREDERIX An  
 47876 VAN DOORSSELAER Eline  
 47877 PANHUYSEN Tine  
 47878 DE BAERE Isabel  
 47879 VAN EECKHOVEN Venessa  
 47880 PAUMEN Sarah  
 47881 VEIRMAN Leen  
 47882 SPRIET Evelyne  
 47883 ONRAEDT Lien  
 47884 VANSTEENBRUGGE Valerie  
 47885 MUSSCHOOT Melissa  
 47886 DE PELSEMAEKER Aline  
 47887 VANDAELE Emmy  
 47888 DE VLEESSCHAUWER Vera  
 47889 CADRON Annelies  
 47890 GORLEER Koen  
 47891 GOUBIN Gwendolyn  
 47892 VAN CROMBRUGGE Leen  
 47893 CLAEYS Jeroen  
 47894 VAN DEN BERGHE Dorothée  
 47895 DECLERCQ Evelyne  
 47896 KESTELYN Philippe  
 47897 BEECKMAN An  
 47898 LYBAERT Benjamin  
 47899 COPPENS Frederik

47900 VAN LANCKER Griet  
 47901 DESCHUYTENEER Evan  
 47902 VAN ERCK Annelies  
 47903 MARTENS Thomas  
 47904 BONTINCK Julie  
 47905 DEBELS Heidi  
 47906 HEYSE Catherine  
 47907 BAHERI Babak  
 47908 D'HAENINCK Sigrid  
 47909 NOTEBAERT Anneleen  
 47910 VERMASSEN Joris  
 47911 CORDENIER Ann  
 47912 SCHAUWVLIEGHE Pieter-Paul  
 47913 HADDAD Maryam  
 47914 BREYNAERT Christine  
 47915 GOEMINNE Pieter  
 47916 DENDOOVEN Amélie  
 47917 GOUBAU Christophe  
 47918 SEGHERS Alexandra  
 47919 DE CLERCQ Dieter  
 47920 VAN AELST Lucas  
 47921 TANSENS Anneleen  
 47922 ESTEVES MARTINS Yolande  
 47923 BREBELS Anneleen  
 47924 BROUCKAERT Olivier  
 47925 DEGRAVE Stijn  
 47926 OOSTERLINCK Wouter  
 47927 VAN LANGENHOVE Nele  
 47928 VAN LANDEGHEM Karen  
 47929 VAN DE VOORDE Lien  
 47930 VAN DEN BROEK Benjamin  
 47931 SULTIGOV Murad  
 47932 GALITSKAYA Yelena  
 47933 MAGERMAN Kim  
 47934 WIJNS Lara  
 47936 GENBRUGGE Eva  
 47937 VANDENABEELE Birgit  
 47938 VAN LANGENHOVE Tim  
 47939 DHAENENS Peter  
 47942 GALITSKIY Boris

## B. Overschrijvingen van andere provinciale Raden

## Antwerpen

07567 DE RAEVE Hendrik  
 14715 DOPCHIE Myriam  
 14791 DE WOLF André  
 16226 LUST Wouter  
 16382 JADOUL Christina  
 16971 COREMANS Peter  
 17963 DE BAETS Annick  
 18566 HERMANS Kurt  
 18819 TRUIJEN Geert  
 19061 VERHEYE Koen  
 19156 DE MEULDER Frédéric  
 19213 ZENNER Peter

19395 MESSIAEN Peter  
 19472 CALLEBAUT Sam  
 19713 DESMIDT Hilde  
 19854 COLLE David  
 19964 VERHELST Xavier  
 36528 POPPE Bart  
 47317 DE BELDER Tine

### Brabant (nederlandstalig)

04612 WIBOWO Ridwan  
 08086 DELSUPEHE Anita  
 08858 LEFEVRE Lucien  
 09397 ROBBERECHTS Quinten  
 09643 JANSSENS Virginie  
 09644 ADRIAENSSENS Bert  
 09883 PLATTEAU Sofie  
 09948 KEUPPENS Marie  
 09962 CLAEYS Veerle  
 18002 SCHEPENS Elisabeth  
 36202 VLIEGHE Barbara  
 47386 VAN BOVEN Birgit  
 76062 BERQUIN Kristof  
 76241 FOUQUET Andries  
 76368 VAN DE VOORDE Liesbeth  
 76510 LAMPMANN Sybien  
 76782 DE TROYER Bart

### Brabant (franstalig)

89553 PINTO Raul  
 93004 LAURENT Stephanie

### Henegouwen

36230 DE VLEESCHAUWER An

### Limburg

36088 IDE Louis  
 73091 VAN DE CASTEELE Geert  
 73673 SELS Giel

### West-Vlaanderen

09783 HEYRMAN Jo  
 09920 GABRIEL Charlotte  
 34949 LAMBRECHT Bart  
 36168 MARICHAL Denis  
 36228 DECLERCQ Heidi  
 36281 DE GEETER Sven  
 36314 DEGRAEVE Gunther  
 36354 VANHAUWAERT Dimitri  
 36412 DEMEYER Caroline  
 36442 TANDT Hannelore  
 36537 HEYTENS Wendy  
 36575 DHOLLANDER Marjan  
 36598 VANFLETEREN Mathieu  
 36613 GORRE Frauke  
 36614 VERVAET Veerle  
 36621 VERPRAET Andries  
 36673 KEYMEULEN Liefke  
 36679 VAN DEN STEEN Elke

36691 STRUBBE Beatrijs  
 36693 DELVA Hans  
 47443 DE CUYPER Kristof  
 47567 HAMELS Marjan  
 47620 LAFAUT Dirk  
 47645 RAEMDONCK Tia  
 47710 HERMAN Pieter  
 76719 AL NASIRY Gazwan  
 76890 DEWEGHE Sofie

### C. Andere

19063 NOE Piet  
 41295 VAN DEN BERGHE Daniël  
 41426 DEFAUW Anne-Marie  
 42354 SIERENS Luc  
 42753 JACOBS Frank  
 46148 VAN TRAPPEN Philippe  
 47126 BOSQUE An  
 47275 JACOBS Tom  
 47329 BARBATO Emanuele  
 47454 SOENS Mieke  
 47841 DEZZA Maria Clara  
 47842 KRUSE Vibeke  
 47843 ALTHUISIUS Sietske  
 47844 ROSSETTO Anna  
 47845 SIEDERS Egbert  
 47935 VAN DER SCHAAF Irene  
 47940 ZAR Michel  
 47941 GAL Benjamin  
 47943 JANSSEN Camelia  
 47944 DASSEN Helen  
 47945 NTALIANIS Argyrios

## II. WEGLATINGEN

### A. Overlijdens

40480 WANNYN Johannes  
 40571 CAMU Willy  
 40691 DECOCK Marcel  
 40736 VAN LOO André  
 40773 VAN OOSTENDE Etienne  
 40779 VERJANS Hubert  
 40797 TEMMERMAN Gilbert  
 40906 BROECKAERT Jaak  
 40915 DECKERS Adolf  
 40949 VAN OOTEGHEM Paul  
 40991 PELEMAN Georges  
 41029 CAPIAU Hugo  
 41042 STEENHOUDT Herman  
 41330 MONTAUBAN van SWYNDREGT  
 Leonardus  
 41461 VERPOORT José  
 41528 SORGELOOSE Christiane  
 41692 ONGENAE Donald  
 41840 HEMELAERS Elmar  
 41985 VANDEWEGHE Mark  
 42445 TEERLINCK Leo  
 42863 VAN DEN BOSSCHE Henny

- 43174 STROBBE Filip  
 43544 VAN RECHEM Godelieve  
 43612 DE GALAN Jean-Luc  
 43991 VANDERHAEGHEN Luc  
 44021 NAEYAERT Jean-Marie

## B. Overschrijvingen naar andere provinciale Raden

### Antwerpen

- 17251 FORNHOFF Hendrik  
 18885 BOTELBERGE Thomas  
 19156 DE MEULDER Frédéric  
 19182 VAN MIGEM Peter  
 19213 ZENNER Peter  
 19511 KUYLEN Marjolijn  
 19540 RUYLS Joke  
 19702 DE WEERDT Wim  
 19787 VERTOMMEN Elke  
 36621 VERPRAET Andries  
 42897 VAN HAVER Gaspard  
 44307 GEPTS Lodewijk  
 46647 DE LAET Inge  
 46761 VANOORBEEK Jo  
 46778 VAN MARCK Veerle  
 46999 ULENS Sara  
 47103 DE HAAN Japke  
 47128 HOUBEN Henricus  
 47224 DELEU Sofie  
 47227 DAMEN Joost  
 47334 CORVER Hellen  
 47342 VANWALLEGHEM Phyllis  
 47344 VANDENHOVE Marieke  
 47588 ENGELS Eva  
 47724 DE MEULENAERE Jan  
 47913 HADDAD Maryam  
 76302 DE BRUECKER Yves  
 76713 MARROGHI Hikmat

### Brabant (nederlandstalig)

- 07518 VANDERSCHUEREN Geert  
 07748 DUSAUCHOIT Christine  
 08179 HAMELS Kristel  
 09746 MIKHALSKI Dmitri  
 18190 VAN TICHELEN André  
 44197 HENDERICK Françoise  
 44346 POELAERT Jan  
 45089 SCHEERLINCK Rudi  
 47308 DICK Hilde  
 47698 HOFMAN Ingeborg  
 47708 BOUCKAERT Miriam  
 47712 COSCO Maria  
 47717 ROELANDTS Koen  
 47737 GOORENS Chul Ki  
 76065 DERIDDER Pascal  
 76182 HEERINCKX Philippe

### Brabant (franstalig)

- 47655 VERBIST Anne

### Henegouwen

- 36230 DE VLEESCHAUWER An  
 47937 VANDENABEELE Birgit

### Limburg

- 09990 REIJNIERSE Christianne

### Luik

- 17053 DEPRETER Marianne  
 47420 VAN QUICKELBERGHE Ilse

### West-Vlaanderen

- 35916 CAUWE Stefaan  
 35968 MEKEIRELE Katia  
 36156 VAN DYCKE Koen  
 36160 DE PAUW Rebecca  
 36193 VRANKEN Evelyn  
 36208 MADDENS Sofie  
 36548 LESAFFRE Bart  
 45233 BAUWENS Frank  
 47158 VAN DE MAELE An  
 47185 VAN DE WALLE Stefaan  
 47191 DE DECKER Christophe  
 47299 DE SCHRYVER Lore  
 47305 CHAFAI Alli  
 47383 VANDERBRUGGEN Karen  
 47422 VAN ROBAEYS Frédérique  
 47563 VERMEULEN Bob  
 47606 VERBEKE Evelyn  
 47733 WATTEYNE Karel  
 47782 VAN PUYVELDE Ellen  
 47825 ANDRIC Emilija  
 76061 CLAES Veerle

### C. Andere

- 19245 NOOTEBOOM Sanne  
 35979 DEVELTER Willem  
 40529 BOELAERT Raoul  
 40661 CAMERLINCK Jozef  
 40810 VAN LANGENHOVE Hubert  
 40837 VAN STAEY Jan  
 41261 BRIHET Ignace  
 42575 SAMUEL Karel  
 42601 VAN QUICKELBERGHE Josiane  
 45976 MEDINA-PALOMINO Hector  
 46471 COOREMAN Erwin  
 46863 DE NAEYER Ludwig  
 46989 SCHELFHOUT Vanessa  
 47198 WEYNE Steven  
 47216 EGGERS Evi  
 47747 HOUWAART Jim  
 47757 CARBOTTA Giuseppe  
 81359 DE MULDER Rudiger  
 85515 LOONTJENS Bernadette  
 85522 DIMMER Carlo



- 1. TENLASTELEGGING :** **Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat een arts, behoudens uitdrukkelijk vastgestelde uitzonderingen, in alle omstandigheden door het beroepsgeheim is gebonden en hij, behalve in geval van duidelijke therapeutische weerslag, zich van elke inmenging in familiale aangelegenheden moet onthouden.**

*Beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden*

(...)

Door voormelde brief werd de Raad ingelicht door de jeugdrechter in hoger beroep van het bestaan van een attest dat de betrokken arts heeft afgeleverd aan de vader van het kind (geboren 1996); In dit niet gedateerd attest verklaart de betrokken arts dat hij het kind al verschillende jaren kent, dat hij tijdens zijn kleuterjaren recidiverende gastritis (Salmonella o.a.) vaststelde; in 2000 was er een kliniek opname met commotio cerebri; ook zeer slechte tanden (caries) wijzen op een zeer slechte voedingstoestand en hygiëne van de tanden; “ook was ik op huisbezoek bij de grootouders; de verwaarlozing van het huis aldaar en de levensgewoonten verklaren de verwaarlozing (is mishandeling) van het kind”, aldus het attest.

Aangeschreven door de Onderzoekscommissie, vulde de betrokken arts de gegevens van zijn attest o.m. als volgt aan : sinds de scheiding van de ouders zijn alleen nog het kind en zijn vader patiënt in mijn praktijk, alsook de grootouders (langs moederszijde); deze mensen leefden in een zeer onhygiënische toestand en zijn alcoholisten; in deze situatie werd het kind regelmatig opgevangen; het kon als peuter en kleuter vrij frisdranken drinken. De flessen slingerden dan ook rond in huis; deze “opvoeding” gaf aanleiding tot verwaarlozing van het kind. Het is dan ook mijn overtuiging en visie dat een minderjarig kind dat opgroeit in zulke situatie eigenlijk mis(be)handeld wordt en moet beschermd worden.”, aldus de betrokken arts.

Opgeroepen voor de Onderzoekscommissie, verklaarde de betrokken arts dat hij het attest over het kind heeft afgegeven aan de vader die erom gevraagd had op verzoek van zijn advo-

caat. “Ik wou dit attest hoofdzakelijk opmaken uit verantwoordelijkheid naar het kind toe. Ik heb het niet opgemaakt in samenspraak met de moeder. Ik vond dat hier werkelijk sprake was van verwaarlozing van het kind en dat dit echt gevaar liep. Het kind is inmiddels, na een gerechtelijke beslissing, toegewezen aan de moeder.”, aldus de betrokken arts.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de betrokken arts had moeten weten dat hij het attest over het kind slechts had mogen opstellen in samenspraak met de vader én de moeder en geenszins op het enkel verzoek van de vader; dat deze het bezorgd heeft aan zijn advocaat die het zoals te verwachten doch ten onrechte heeft aangewend in een rechtsgeding teneinde het hoederecht over het kind te helpen bekomen; dat de betrokken arts het beroepsgeheim, waardoor hij gebonden was, heeft geschonden; Overwegende dat indien het zijn enige bedoeling was de verwaarlozing van een kind in gevaar tegen te gaan, hij niet een juiste methode heeft gebruikt; dat hij immers in dergelijke situatie ofwel de Procureur des Konings ofwel een vertrouwenscentrum van de toestand van het kind had moeten op de hoogte brengen;

Overwegende dat de tenlastelegging derhalve bewezen voorkomt; dat de Raad evenwel van oordeel is dat, door de goede intenties waarmee de betrokken arts blijkbaar bezielde was tegenover het kind, er in casu hem geen sanctie dient te worden opgelegd;

(...)

BESLISSING RAAD : GEEN SANCTIE

**2. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat een arts, behoudens uitdrukkelijk vastgestelde uitzonderingen, in alle omstandigheden door het beroepsgeheim is gebonden en hij, behalve in geval van duidelijke therapeutische weerslag, zich van elke inmenging in familiale aangelegenheden moet onthouden.**

*Beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden*

(...)

Door voormelde brief werd de Raad ingelicht door de jeugdrechtbank in hoger beroep van het bestaan van een brief die door de betrokken arts werd verstuurd naar het justitiehuis en die voor de jeugdrechtbank is aangewend geworden in een gerechtelijke procedure betreffende het hoederecht over een minderjarig kind.

In deze brief aan het justitiehuis schreef de betrokken arts, die huisarts was geweest van de ouders en hun gezin, dat hij getuige was van de domesticale problemen en de psychiatrische toestand van de moeder van het kind, en dat hij ten zeerste ongerust was over haar pedagogische aanpak en de psycho-sociale context ; hij voegde eraan toe dat hij zich later geen verwijten wenste te maken dat hij zijn getuigenis nooit zou hebben kenbaar gemaakt;

Geconfronteerd met de neergeschreven klacht, reageerde de betrokken arts o.m. met : “als het gerecht er niet in slaagde om het aan de vader toegekende hoederecht te effectueren en ik de gevolgen van de chaos die dit teweeg bracht bij alle kinderen, vaststelde en ik ook hier als huisarts achter de feiten aanliep, achtte ik het nodig hier melding van te maken. Het betrof hier een interpretatie van mijnentwege van “kind in nood”;

Ondervraagd door de Onderzoekscommissie, verklaarde de betrokken arts dat de moeder het

huis verlaten had en dat hij reeds dikwijls was opgeroepen n.a.v. een familiaal probleem; die waren veroorzaakt door de soms psychotische en hysterische gedragingen van de moeder. De vader kan zeer goed voor de kinderen zorgen. “Dit waren allemaal redenen die meespeelden om de brief aan het justitiehuis te schrijven. Ik heb het uitsluitend gedaan in het belang van de kinderen”.

Voor de Raad verklaarde de betrokken arts o.m. dat hij contact had gehad met de dienst “Kind in Nood” en een vertrouwensarts doch dat hij de Procureur niet had verwittigd;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de betrokken arts niet alleen goede bedoelingen had met zijn brief, doch uitsluitend gehandeld heeft uit bezorgdheid over de rampzalige toestand waarin het gezin zich bevond, en blijkbaar nadat hij tevergeefs “Kind in Nood” en een vertrouwenscentrum heeft verwittigd; dat hij wellicht gedacht heeft - echter verkeerdelijk - de diensten van de Procureur te verwittigen door zijn brief aan het justitiehuis.

Overwegende dat de Raad dan ook van oordeel is dat de tenlastelegging in casu niet bewezen voorkomt;  
(...)

BESLISSING RAAD : GEEN SANCTIE

**3. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het afleveren van een welwillendheidattest en het niet naleven van de beginselen dat een arts, behoudens uitdrukkelijk vastgestelde uitzonderingen, in alle omstandigheden door het beroepsgeheim is gebonden en hij, behalve in geval van duidelijke therapeutische weerslag, zich van elke inmenging in familiale aangelegenheden moet onthouden, een en ander door het opstellen van een attest, betreffende o.m. de gezondheidstoestand van klager zonder betrokkene te hebben onderzocht, attest dat door de echtgenote werd aangewend in het kader van een procedure voor de vrederechter.**

*Welwillendheidattest – beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden*

(...)

In voormelde brief deelde klager aan de Raad mee dat hij langs zijn advocaat kennis had gekregen van een attest van de betrokken arts waarin deze verklaart dat zijn patiënte onder zware stress staat door het alcoholprobleem van haar echtgenoot die geen ziekte inzicht heeft en weigert zich psychiatrisch te laten behandelen;

De betrokken arts reageerde hierop aan de Raad, dat hij sedert september 2002 zijn collega in de groepspraktijk verving en in juli 2003 de echtgenote van klager ontvangen heeft en kennis genomen heeft van haar psychologische en relationele problemen die zij weet aan het agressief gedrag van haar echtgenoot die met een alcoholprobleem worstelde; “en deze elementen kwamen ook aan bod in het dossier van de fa-

milie dat mijn voorgangster bijhield; toen ik vernam dat ze begin augustus voor de vrede-rechter ging verschijnen, heb ik haar (en niet aan haar advocaat) een verklaring geschreven, gebaseerd op de elementen die ik tot mijn beschikking had ... Ik heb klager nooit ontmoet of persoonlijk behandeld... Ik heb enkel getracht de situatie te beschrijven zoals ze me kenbaar gemaakt was.”, aldus de betrokken arts;

Voor de Onderzoekscommissie verklaarde de betrokken arts dat bij het zien en lezen van het bedoelde attest, hij enkel de intentie had om alleen te vermelden wat de vrouw aanbracht, nl. de grote mate van stress wegens de zware problemen omwille van de toestand van haar man; “het is juist dat ik die psychische problematiek niet zelf heb vastgesteld”, aldus de arts; Overwegende dat uit de behandeling van de zaak gebleken is dat de betrokken arts aan zijn patiënte een geneeskundige verklaring heeft af-

geleverd die niet alleen handelde over haarzelf maar ook over het ziektebeeld van haar echtgenoot die hij nooit ontmoet heeft; dat deze verklaring is aangewend in een gerechtelijke procedure over echtelijke onenigheid;

Overwegende dat de betrokken arts hierdoor een welwillendheidsattest heeft neergeschreven waardoor hij het medisch beroepsgeheim niet heeft geëerbiedigd en zich tevens gemengd heeft in familiale aangelegenheden; dat de Raad de indruk heeft dat de betrokken arts weet dat hij zich vergist heeft;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de tenlastelegging bewezen is doch dat er aanleiding is om hiervoor geen sanctie op te leggen;

(...)

BESLISSING RAAD : GEEN SANCTIE

#### 4. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door

*Uitreiken van G.V.V.H. niet conform met nomenclatuur – erelonen – aanrekenen ereloon aan naaste verwanten – voorafgaand informeren van patiënten over elke voorgenomen behandeling – collegialiteit*

**a. het niet naleven van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name door het uitreiken van een getuigschrift voor verstrekte hulp van verstrekkingen die niet mochten worden aangerekend omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden (nomenclatuur) niet werd voldaan;**

**b. het niet naleven van het deontologisch beginsel dat een arts gematigd en bescheiden moet zijn bij het vaststellen van het ereloon betreffende zijn prestaties en dat het vragen van honoraria die merkelijk te hoog liggen duidt op een gebrek aan eerlijkheid en bescheidenheid, alsook dat het gebruikelijk is dat een arts geen ereloon aanrekenen voor de verzorging van zijn naaste verwanten en zijn medewerkers, evenmin als van zijn collega's en de personen ten laste van deze laatsten, met dien verstande dat niettemin een vergoeding mag gevraagd worden voor de kosten die hieruit voortvloeien;**

**c. het niet naleven van de plicht die op elke arts rust om de patiënt zo goed mogelijk op voorhand te informeren over elke voorgenomen behandeling, o.m. de financiële gevolgen ervan (kostprijs, honoraria, remgelden, supplementen...);**

**d. het niet in acht nemen van de regels van collegialiteit, inzonderheid door het inschakelen van een deurwaarder om ter plaatse bij patiënte de achterstallige erelonen te laten vorderen.**

(...)

Door voormelde brief legde Dokter X klacht neer bij de Raad tegen de betrokken arts wegens het aangerekende ereloon voor de operatie van zijn echtgenote van buikwandcorrectie; “ondanks de hospitalisatieverzekering moest ik 1000,- euro uit mijn eigen zak betalen”, wat hij uiteindelijk betaalde omdat het resultaat goed was. Maar na 2 à 3 maand later kwam er nog een

factuur van een supplement van 1250,- euro; de klager vroeg de betrokken arts schriftelijk om uitleg doch er kwam geen reactie. Blijkbaar omdat hij dat niet betaalde, kreeg zijn echtgenote een half jaar later een gerechtsdeurwaarder aan huis en een hele tijd later een tweede aanmaning per deurwaarder;

Aangeschreven door de Voorzitter van de Onderzoekscommissie, reageerde de betrokken arts door zijn brief waarin hij o.m. vermeldde

dat hij zich preoperatief voornamelijk geconcentreerd heeft op het medische en wel degelijk melding heeft gemaakt van de totaalkost van 1500 à 2000 euro voor de behandeling. Er werd een ereloon gevraagd van 200% op het RIZIV-nomenclatuurnummer waarbij melding werd gemaakt dat er een aanvullend ereloon zou gevraagd worden op het eind van de behandeling en zou gefactureerd worden. Uiteindelijk werd er een aanvullende factuur gestuurd van 1250 euro, wat klager niet aanvaardde. Ik ben bereid deze 1250 euro terug te brengen tot 500 euro. Rekening gehouden met de beperkte terugbetaling (335,- euro) kunnen wij dit niet meer aan terugbetaling uitvoeren”, aldus de schriftelijke reactie van de betrokken arts.

Opgeroepen voor de Onderzoekscommissie, verklaarde hij o.m. dat zodra de klacht hem bekend was, hij deze met zijn collega besproken heeft. “Ik heb hem gezegd dat ik zeker en vast bereid was hem tegemoet te komen... het betrof een oudere collega ... de aangerekende nomenclatuur ressorteert onder heelkunde van de abdomen ... er is nagenoeg steeds discussie over de gevolgen van dergelijke ingreep voor de esthetische component”.

Door de Onderzoekscommissie gewezen op artikel 79 van de code i.v.m. het niet aanrekenen van ereloon voor de verzorging van collega's en hun personen ten laste, zei de betrokken arts: “Ik kan mij hierbij volledig aansluiten zeker wat betreft de consultaties. Wel denk ik echter dat wij dit niet volledig mogen doortrekken naar lange operaties waaraan grote kosten verbonden zijn. Dit is toch niet volledig te vergelijken. Ik kan tenslotte zeggen dat we ons oorspronkelijk verzoek hebben laten vallen en alleen nog een aanvullende kost van 300 euro hebben aangerekend. Dokter X was hiermee volledig akkoord”, aldus de betrokken arts.

Overwegende dat door de behandeling van de zaak ter zitting is gebleken dat de tenlastelegging onder a) i.v.m. de niet-naleving van de nomenclatuur alsmede de tenlastelegging d) i.v.m. het inschakelen van een gerechtsdeurwaarder voor de invordering van erelonen, niet bewezen zijn; dat echter de tenlastelegging b) en c) wel bewezen voorkomen en deze samen door de hierna vermelde sanctie zijn te beteugelen;

(...)

BESLISSING RAAD : CENSUUR

**5. TENLASTELEGGING :** **Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat voor het instellen en voortzetten van een behandeling, een arts zijn patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen dient toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis en dat hij zijn bevoegdheid niet mag overschrijden, waarbij hij advies moet inwinnen van confraters, o.m. van specialisten - hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de patiënt - telkens wanneer dit binnen de diagnostische of therapeutische context nuttig of noodzakelijk blijkt.**

*Niet zorgvuldig en gewetensvol toedienen van zorgen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis – overschrijden bevoegdheid*

(...)

De Raad ontving van klager een brief met dossier over zijn prostaatbehandeling, samen met zijn eigen relaas over de ondergane onderzoeken, de aanvraag voor biopsie door zijn huisarts (zijnde de betrokken arts), rapporten en onderzoeken van de dienst urologie van Dr. X en het dossier van zijn huisarts.

Klager houdt voor dat na de verhoging van de P.S.A., hij op 22 oktober 2002 door zijn huisarts – die hem sedert jaren volgde – voor biopsie naar een uroloog werd verwezen, met normale bevindingen als resultaat; dat volgens regelmatig uitgevoerde controles, er telkens een lichte stijging van de P.S.A. was maar dat hij zich niet moest ongerust maken; ook een radioloog werd regelmatig ingeschakeld voor een echografie: in november 2002 is de P.S.A. fel toegenomen en

raadt de radioloog een biopsie aan; zo wordt een afspraak gemaakt met uroloog dokter X die verbaasd is over het hoog P.S.A. cijfer; uit een M.R. onderzoek blijkt prostaatcancer; er blijkt ook kapseldoorbraak en uitzaaiing in de lymfeklieren; ook het bot blijkt aangetast te zijn; er is geen curatieve behandeling meer mogelijk, alleen nog hormonale om te stabiliseren, aldus het relaas van de klager;

Aangeschreven door de Voorzitter van de Onderzoekscommissie om zijn visie te vernemen, reageerde de betrokken arts o.m. met een korte historiek van de patiënt: P.S.A. screening vanaf 5 december 2002; bezorgd om de in de loop der jaren oplopende waarden, verwijst hij de patiënt op 12 december 2005 naar de dienst urologie UZ; kort nadien komt Prof. Y voor zijn huisartsenkring spreken, wat zijn handelwijze tegen-

over P.S.A.-patiënten veranderde en waardoor zijn biopsiebeleid agressiever werd (wat nogal wat weerstand oproept bij sommige mannen); op het einde van zijn brief vindt hij dat in het relaas van klager veel van zijn woorden zijn verdraaid;

Opgeroepen voor de Onderzoekscommissie, verklaart de betrokken arts o.m. :

“Vanaf het ogenblik dat de P.S.A. een waarde vertoonde van 10,16 (30 mei 2002) heb ik reeds gezegd dat een biopsie moest genomen worden; dit was negatief. Ik vermoed dat de uroloog wellicht ook niet 100% zeker was; ik ben ook nooit door Dokter Y gewaarschuwd dat zijn bevindingen geen definitief uitsluitsel over eventuele prostaatkanker gaven. Misschien heb ik gedurende het laatste jaar één keer patiënt te lang gerustgesteld. U zal kunnen vaststellen dat ik vanaf 22 oktober 2002, bij het vaststellen van een P.S.A. van 11,22 patiënt onmiddellijk heb doorverwezen naar dokter Z, uroloog.

De uitspraken van dokter X hebben mij “afgemaakt” en zijn mij zeer zwaar gevallen. Ik vind

dat het niet kan dat men vanuit het U.Z. de patiënt zo hard heeft aangepakt. Hij werd er aangezien als terminaal en palliatief.

Op uw vraag of ik een rectaal touché heb gedaan, moet ik u zeggen dat ik dit zelden doe,... ik heb korte vingers en voel mij bij deze behandeling zeer onzeker. Ik betrouw dit niet, ik geef dit eerlijk toe.”

Overwegende dat de Raad tot het besluit is gekomen dat de betrokken arts blijkbaar nagelaten heeft om, overeenkomstig de medische plichtleer, zijn patiënt de zorgen toe te dienen of te laten toedienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis en dat hij vlugger advies had moeten inwinnen bij specialisten;

dat de ten laste gelegde inbreuk op de deontologie dan ook bewezen voorkomt en op de hierna vermelde wijze dient gesanctioneerd te worden;

(...)

BESLISSING RAAD : WAARSCHUWING

## 6. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat :

*Beroepsgeheim – inmenging  
familiale aangelegenheden  
– niet beantwoorden  
brieven van de Orde*

**a.een arts, behoudens uitdrukkelijk vastgestelde uitzonderingen, in alle omstandigheden door het beroepsgeheim is gebonden;**

**b.een arts, behalve in geval van duidelijke therapeutische weerslag, zich van elke inmenging in familiale aangelegenheden moet onthouden;**

**c.een arts er steeds moet voor waken correct te zijn en geen daden te stellen die de eer en de waardigheid van het beroep zouden kunnen schaden, door het niet beantwoorden van brieven van de Orde.**

(...)

Door voormelde brief van augustus 2005 heeft klager – na zijn klacht van december 2002 waarover de Raad reeds heeft geoordeeld – bij de Raad opnieuw klacht ingediend tegen de betrokken arts wegens inmenging in familiale aangelegenheden ( door een kranteninterview) en schending van het beroepsgeheim (door een schriftelijke verklaring) n.a.v. onenigheid en juridische betwisting tussen hem en zijn gewezen echtgenote over zijn omgangsrecht met het gemeenschappelijk kind;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de tenlastelegging a. niet bewezen is; dat de betrokken arts immers haar brief over haar confrontatie met het kind, aan de moeder zelf heeft gericht en geenszins aan een derde (bv. haar advocaat); dat een tweede brief, reeds het voorwerp uitmaakte

van een vroegere beoordeling door de Raad en derhalve terzake niet meer dienstig kan zijn;

Overwegende dat de onder tenlastelegging b. aangeklaagde inmenging in familiale aangelegenheden, nl. door het toegestane interview – dat volgens de betrokken arts nagenoeg volledig uit de lucht is gegrepen – evenmin bewezen voorkomt;

Het blijkt dat de betrokken arts herhaaldelijk en vruchteloos is aangeschreven door de Voorzitter van de Onderzoekscommissie van de Raad om haar standpunt te vernemen over de klachtbrief;

De betrokken arts verklaarde dat zij die brieven onbeantwoord aan de kant heeft gelegd; “Ik ben meer dan een jaar thuis met een zware depressie geweest ... daarenboven werd ik geconfronteerd met zware familiale problemen.”, aldus de betrokken arts.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de tenlastelegging c. wel bewezen is; dat er echter, gelet op de medische en familiale problematiek, terzake geen tuchtsanctie dient opgelegd;

(...)

BESLISSING RAAD : GEEN SANCTIE

**7. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het afleveren van een welwillendheidattest en het niet naleven van het beginsel dat een arts, behalve in geval van duidelijke therapeutische weerslag, zich van alle inmenging in familiale aangelegenheden moet onthouden.**

*Welwillendheidattest –  
inmenging in familiale  
aangelegenheden*

(...)

Bij brief van 1 maart 2006 legde klager, die gescheiden leeft van zijn echtgenote, maar bezoekreht heeft, klacht neer tegen de betrokken arts daar hij zijn zoon niet heeft kunnen zien wegens een attest dat de arts op 24 februari 2006 heeft geschreven waarin hij verklaart dat zijn zoon “om medische redenen niet naar zijn vader kan gaan van heden tot 31 maart 2006”. De betrokken arts schreef naar de Onderzoekscommissie dat hij de beslissing nam in eer en geweten en op een zo professioneel mogelijke manier en dat dit in casu gebeurd is in samenspraak met de psycholoog van de zoon; Opgeroepen voor de Onderzoekscommissie, verklaarde de betrokken arts dat het een zeer moeilijke situatie was daar de vader een moeilijk man is die de kinderen tegen zijn echtgenote trachtte op te zetten; dat hij het attest louter om psychologische redenen geschreven heeft om

het kind een rustperiode te gunnen; de betrokken arts legde een brief neer die hij kreeg van de bedoelde psycholoog waarin hij o.m. schreef dat de jongen angstig was en psycho-somatische klachten had en dat de betrokken arts het ziekenbriefje geschreven heeft in overleg met hem en dat zonder dit briefje de zoon niet de tijd had gekregen de dingen even te laten rusten en dat een beetje begrip in plaats van het machts spel heel wat heilzamer was geweest voor de zoon, aldus de brief van de psycholoog aan de betrokken arts;

Overwegende dat de Raad op grond van bovenstaande gegevens van oordeel is dat de tenlastelegging niet bewezen voorkomt en derhalve geen tuchtsanctie is op te leggen;

(...)

BESLISSING RAAD : GEEN SANCTIE

**8. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het nalaten gevolg te geven aan een oproep tot medische hulpverlening tijdens de wachtdienst.**

*Wachtdienst – oproep  
medische hulpverlening*

(...)

Door voormelde brief liet klaagster weten dat haar vriend in de nacht van zaterdag op zondag naar de dokter van wacht telefoneerde omdat zij vreselijke hoofdpijn had, steeds moest braken en het gevoel had geen lucht meer te krijgen; de arts van wacht antwoordde dat hij voor hoofdpijn niet uit zijn bed kwam, aldus de klaagster; De betrokken arts, die op het ogenblik van de telefoon zich niet realiseerde dat hij niet van wacht was voor het gebied van waaruit gebeld werd, doch hiervan geen punt wil maken, schreef aan de Onderzoekscommissie dat de oproep kwam zaterdagavond rond 3 u 30 en dat uit de telefonische anamnese bleek dat het een 31-jarige jongedame betrof zonder medische voor-

geschiedenis die al vier dagen hoofdpijn had en wenste gezien te worden omdat zij nog meer hoofdpijn had gekregen en absoluut de slaap niet kon vatten; zijn telefonisch antwoord zoals weergegeven in de klachtbrief, klopt, zegt de betrokken arts, “met dien verstande dat ik ook nog de mogelijkheid van een spoedopname adviseerde.”; “ik had zo mijn bedenkingen omtrent de discrepantie tussen het begin van de klachten (vier dagen) en de oproep ...; dit in het licht van 40 beantwoorde oproepen die dag.”, aldus de arts.

Ondervraagd door de Onderzoekscommissie, verklaarde de betrokken arts o.m. dat hij het wat overdreven vond dat klaagster voor medische tussenkomst beroep deed op de wachtdienst ;

“Mocht het een oudere dame hebben betroffen dan zou ik zeker gegaan zijn. De jonge leeftijd en de pathologie waren voor mij de reden om niet te gaan.”, aldus de betrokken arts.

roep had kunnen doen op de co-wacht die in zijn wachtgebied bestaat bij te veel oproepen, zoals de betrokken arts toch eveneens aan de Onderzoekscommissie heeft verklaard;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de door de arts ingeroepen reden om geen gevolg te geven aan de oproep zich ter plaatse bij de zieke te begeven, nl. “jonge dame met vier dagen hoofdpijn en zonder medische voorgeschiedenis”, niet overtuigend overkomt; dat, zo de arts overbelast of oververmoeid zou geweest zijn, wat hij niet inroept, hij steeds be-

Overwegende dat de tenlastelegging dan ook bewezen voorkomt en op de hierna vermelde wijze is te sanctioneren;

(...)

BESLISSING RAAD : BERISPING

#### 9.-10. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door :

*Niet/laattijdig beantwoorden brieven Orde – niet aanpassen associatieovereenkomst conform opmerkingen Orde*

**a. het niet- of laattijdig reageren op brieven en richtlijnen van de Orde i.v.m. de aanpassing van de samenwerkingsovereenkomst tussen de dokters X en Y;**

**b. het nalaten gevolg te geven aan de veelvuldige verzoeken van de Orde om de oorspronkelijke overgelegde tekst aan te passen overeenkomstig de opmerkingen van de werkgroep.**

(...)

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de tenlasteleggingen niet bewezen zijn;

Overwegende dat de Raad vaststelt dat de bedoelde samenwerkingsovereenkomst, die aangepast werd volgens de door de “Werkgroep Contracten en Medische activiteiten” geformuleerde opmerkingen, door de Raad is goedgekeurd op haar zitting van 25 april 2007.

(...)

BESLISSING RAAD : GEEN SANCTIE

#### 11. TENLASTELEGGING : a. Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van het beginsel dat een arts er steeds moet over waken correct te zijn en geen daden te stellen of uitspraken te doen die de eer en de waardigheid van het beroep zouden kunnen schaden of in opspraak brengen,

*Oncorrecte handelwijze – eer en waardigheid van het beroep – onterecht uitreiken van G.V.V.H. – ronselen patiënten – niet zorgvuldig en gewetensvol zorgen toedienen die stroken met de thans wetenschappelijke kennis*

**b. Ondeontologische handelwijze door**

**b.1. het niet naleven van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name door het uitreiken van getuigschriften voor verstrekte hulp van verstrekkingen die niet mochten worden aangerekend omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden (nomenclatuur) niet werd voldaan;**

**b.2. het niet naleven van het beginsel dat het verboden is, onder welke vorm ook, patiënten te ronselen, een en ander door het systematisch uitnodigen van patiënten met het oog op het laten meten van hun botdensiteit;**

**b.3. het niet naleven van het beginsel dat voor het instellen en voortzetten van een behandeling, een arts zijn patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen dient toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis.**

(...)

- Wat betreft de tenlastelegging onder a.
- klager 1 beklagde zich over de wijze waarop de betrokken arts zijn ouders heeft ontvan-

gen en behandeld; de huisarts had met de betrokken arts een afspraak gemaakt voor een echografie van zijn moeder die onlangs in het UZ geopereerd was van een kwaadaardig gezwell aan de baarmoeder, waarna

zich complicaties hebben voorgedaan, aldus de klager die zegt dat zijn ouders eerst voor leugenaar werden uitgemaakt en niet konden ontvangen worden; wanneer zijn moeder toch binnen mocht, werd zij “behandeld als een beest; toen de kleefband van de operatie afgetrokken werd, gilte ze van de pijn”; de reactie van de arts was dat ze niet flauw moest doen...; na de echografie zei hij nog dat door haar, zijn dochter in de regen had moeten staan, aldus de klager.

De betrokken arts schreef aan de Onderzoekscommissie dat klager een loopje heeft genomen met de waarheid; dat patiënte twintig minuten te laat was en dat ze lastig werd toen hij haar dat zei, maar hij ontkent haar uitgemaakt te hebben voor leugenaar en de kleefband moest verwijderd worden voor de echografie. “Ik heb haar gevraagd, daar ze zoveel pijn had, waarom zij zich niet in de klinieken van de stad die een goede reputatie hebben, liet verzorgen. Ik heb de patiënte normaal onderzocht en een normaal verslag meegegeven. ... Sommige mensen zijn nooit tevreden.”, aldus de betrokken arts.

- In een brief lichtte de advocaat van klager 2 de Raad in van de “onophoudelijke geruchtenstroom en systematische lasterlijke uitspraak” van de betrokken arts, in de uitoefening van zijn functie als arts, tegen klager 2 met toevoeging, ter illustratie, van een kopie van een brief van een patiënte; deze schreef daarin dat zij tijdens haar behandeling een hele tirade moest aanhoren over klager 2 als dief, die voor de werken in de straat veel miljoenen had opgestreken, en over de villa die hij door de aannemer had laten bouwen voor zijn dochter; De betrokken arts reageerde hierop bij brief aan de Onderzoekscommissie: nadat hij geklaagd had over de duur van de werken in de stad en over de hinder die hij en de middenstand in het algemeen ondervonden en ook zijn patiënten om zijn kabinet te bereiken, staan volgens hem in de brief van patiënte veel leugens; hij heeft niet gezegd dat klager 2 een dief is en miljoenen in zijn zak heeft gestoken en hij ontkent zijn zgn. gezegde over de villa van de dochter; “klager 2 moet van mij geen kritiek meer verwachten daar de werken nu uiteindelijk gedaan zijn.”, aldus de betrokken arts; Na zijn verhoor door de Onderzoekscommissie stuurde de betrokken arts kopie van een verklaring aan de politie, n.a.v. een klacht van klager 2 en zijn dochter, waarin o.m. staat: “indien bepaalde zaken beledi-

gend en kwetsend overgekomen zijn, dan wens ik mij hiervoor te verontschuldigen”.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de betrokken arts, - door tijdens zijn consultatie, aan patiënten misplaatste opmerkingen te maken over privé-aangelegenheden of door commentaar te geven die niets te maken heeft met de reden van het patiëntenbezoek maar alles met hinderlijke stadswerken en lokale politiek - zich niet correct heeft gedragen en de eer en de waardigheid van het beroep geschaad heeft; dat de tenlastelegging onder a. dan ook bewezen voorkomt.

- Wat betreft de tenlastelegging onder b. Door naamloos toegestuurde stukken nam de Raad kennis van een “herinneringsbrief” die door de betrokken arts toegestuurd werd aan vrouwelijke patiënten over botontkalking (osteoporose); de brief deelt mee dat het wenselijk is een controle botmeting te laten verrichten in zijn gespecialiseerd centrum; met verzoek, na akkoord van de huisarts, een afspraak te maken langs zijn telefoonnummer; ook werd een brief toegevoegd gericht aan de huisarts met verzoek om zijn medewerking in een soort enquête over de staat van de botontkalking bij de patiënte alsmede een “lijst met calciumrijke voeding: de nuttige calcium, de slechte dus minder goede verzadigde vetten en cholesterol”; In zijn brief aan de Onderzoekscommissie en in zijn verder verhoor door de Onderzoekscommissie, verantwoordt de betrokken arts zich door te verklaren dat hij de patiënten laat besluiten om een afspraak te maken indien het de goedkeuring van de huisarts heeft, dat veel huisartsen en specialisten ermee akkoord gaan en meewerken en dat het de eerste klacht is die hij over zijn studie ontvangen heeft; “het woord ‘studie’ is misschien niet goed gekozen en ik zou beter spreken van “opvolging”... “Ik kan u verzekeren dat ik hard mijn best doe voor de mensen”, aldus de betrokken arts die na zijn verhoor nog een brief toestuurt waarin hij in verband met zijn osteoporoseonderzoek schrijft dat het consultatienummer 102535 in de prijs van 45 € begrepen is; dit wordt enkel gebruikt als het een densitometrie betreft; RIZIV en Mutualiteit zeggen er niets op en verschillende collega’s hebben me dit nummer doorgespeeld.”;

Overwegende dat de Raad, op grond van het dossier en hierboven vermelde gegevens, van mening is dat de betrokken arts ondeontolo-



gisch gehandeld heeft door het verbod om systematisch patiënten uit te nodigen, te hebben overtreden voor zijn osteoporoseonderzoek; dat hij ook ondeontologisch gehandeld heeft door getuigschriften te hebben uitgereikt voor verstrekingen die niet mochten worden aangerekend omdat aan de reglementaire voorwaarden niet werd voldaan; dat daarom zowel de tenlastelegging b1. als de tenlastelegging b2. bewezen

zijn; dat evenwel de tenlastelegging b3. niet bewezen voorkomt;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat voor de bewezen tenlasteleggingen a., b1. en b2. samen de hierna vermelde sanctie is op te leggen;

(...)

BESLISSING RAAD : EEN WEEK SCHORSING

## 12. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het afleveren van een welwillendheidsattest.

### Welwillendheidsattest

(...)

Door voormelde brief legde de zaakvoerder van de BVBA klacht neer tegen betrokken arts omdat de werkneemster die dikwijls afwezig was en telkens na enkele dagen met een attest kwam van de betrokken arts; op 6 juni was zij opnieuw afwezig en bezorgde na telefonische vraag van de werkgever andermaal een attest voor de periode van 28 juni tot 8 juli; van 15 juli tot 10 augustus was zij met vakantie doch op 11 augustus verscheen zij niet op het werk doch op 12 augustus liet zij door haar dochter een attest afgeven van de betrokken arts, gedateerd 9 augustus, waarin deze enkel verklaart dat zij “het werk dat zij thans verricht, niet meer mag verder zetten om gezondheidsredenen”.

“Op dat ogenblik beschikt zij niet over een verklaring van arbeidsonderbreking.”, aldus de klager, volgens wie het afgegeven attest “alleen dienst kan doen voor haar verzoek om de arbeidsovereenkomst te beëindigen, zijnde een procedure die zij zelf niet wenst te starten”; de werkgever contacteerde dan de geneeskundige dienst IDEWE voor een afspraak om de definitieve arbeidsongeschiktheid te controleren, nl. 30 augustus; klager lichtte de werkneemster hiervan telefonisch in op 22 augustus en wees er haar op dat zij geen rechtvaardiging had voor haar afwezigheid, gezien het attest tal van noodzakelijke gegevens niet bevatte; hierop zou de werkneemster verklaard hebben niet meer te willen werken daar ze al meer dan lang genoeg gewerkt had; op 23 augustus ontving de klager dan een doktersattest waarin de betrokken arts verklaart haar “op 11 augustus te hebben onderzocht en haar onbekwaam te hebben bevonden om arbeid te verrichten van 11 tot 29 augustus wegens ziekte”, 29 augustus zijnde de dag voor de afspraak met IDEWE. “Voor mij is het duidelijk dat de dokter haar niet heeft onderzocht op 11 augustus, zoniet was het attest mij overhandigd op 12 augustus, samen met het andere attest van 9 augustus. Ik vermoed valsheid in geschrifte teneinde een werkonwillige aan een inkomen te helpen.”, aldus de klachtbrief.

Aangeschreven door de Onderzoekscommissie, reageerde de betrokken arts schriftelijk dat hij op 9 augustus het attest had geschreven omdat de werkneemster haar werk niet kon verder zetten wegens een veralgemeende allergische dermatitis op de niet bedekte delen van haar lichaam (waarschijnlijk door aanraking met planten); “de controlearts heeft mij opgebeld en gelijk gegeven. De federale politie, die de betrokken arts contacteerde, zei de werkneemster te hebben ondervraagd en dadelijk te hebben aangevoeld dat het o.m. ging om een financiële kwestie; ik heb mijn patiënte aangeraden voor dergelijke zaken naar de vakbond te gaan.”, aldus de betrokken arts die een verslag opstuurde van de dermatoloog dat er geen allergie van planten of struiken was te bespeuren bij de patiënte;

Ondervraagd door de Onderzoekscommissie herhaalde de betrokken arts ongeveer zijn vroegere uitleg en zei o.m. betreffende de arbeidsongeschiktheid, dat hij niet goed thuis was in de reglementering en de patiënte verschillende keren naar de vakbond heeft gestuurd.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat uit de bovenstaande gegevens van het dossier duidelijk blijkt dat de betrokken arts zich tegenover de werkneemster van klager zeer meegaand heeft getoond en haar een welwillendheidsattest heeft afgeleverd dat duidelijk de waarheid geweld heeft aangedaan; dat de door hem later opgestuurde verklaring van de dermatologe geen bevestiging was maar een ontkenning van de door de betrokken arts voorgehouden ziekte;

Overwegende dat de Raad daarom tot overtuiging is gekomen dat de tenlastelegging bewezen is en met de hierna vermelde tuchtsanctie is te betugelen.

(...)

BESLISSING RAAD : EEN MAAND SCHORSING

**13. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat voor het instellen en voortzetten van een behandeling, een arts zijn patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen dient toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis en dat hij zijn bevoegdheid niet mag overschrijden, waarbij hij advies moet inwinnen van confraters, o.m. van specialisten - hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de patiënt - telkens wanneer dit binnen de diagnostische of therapeutische context nuttig of noodzakelijk blijkt.**

*Niet zorgvuldig en gewetensvol zorgen toedienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis – overschrijden bevoegdheid*

(...)

Door voormelde klacht schreven de ouders dat hun zoon op 7 oktober op de speelplaats van het klimrek was gevallen met een dubbele armbreuk tot gevolg; nadat foto's werden genomen werd het kind geopereerd door de betrokken arts die als algemeen chirurg in de kliniek met wachtdienst was; toen na veertien dagen het gipsverband verwijderd was, stond de arm scheef; aan de huisarts werden de foto's getoond en deze verwees het kind naar Dr. X die het opnieuw geopereerd heeft, nadat hij de handelwijze van zijn collega had bekritiseerd, aldus de klagers. De betrokken arts die het kind als eerste behandelde, verklaarde aan de Onderzoekscommissie dat hij een diafysaire fractuur vaststelde van ulna en radius rechts; "Conservatief reduceren ging niet. Ik stelde vast dat er een interpositie bleek te zijn van spierweefsel in de fractuurhaard. Het inbrengen van pinnen was niet mogelijk, gelet op de kleine diameter van het merg-

kanaal. Op 14 november werd het gips verwijderd en bleek dat er meer angulaties optraden met callusvorming..."; aldus de betrokken arts die zijn werkwijze verdedigde en zei dat hij het kind na de verwijdering van het gipsverband niet meer heeft teruggezien en voorhoudt dat de klacht door collega X is geïnspireerd;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat over de behandeling van de armbreuk twee medisch verschillende opvattingen bestaan en daarom de werkwijze die de betrokken arts heeft toegepast verdedigbaar is zodat de hem aangewreven ondeontologische handelwijze niet is aangetoond; dat de tenlastelegging derhalve niet bewezen voorkomt en de betrokken arts dan ook van tuchtvervolgning dient ontslagen te worden;

(...)

BESLISSING RAAD : GEEN SANCTIE

**14. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het afleveren van een welwillendheidattest en het plegen van valsheid in geschrifte, een en ander door het afleveren van attesten van arbeidsongeschiktheid ten behoeve van de werkgever daar waar betrokken patiënt-werknemer zich alsdan in de gevangenis bevond.**

*Welwillendheidattest – valsheid in geschrifte*

(...)

De personeeldirecteur legde klacht neer tegen de betrokken arts wegens door hem afgeleverde attesten over de afwezige werknemer, die blijkens een attest van de psychiater in het ziekenhuis van 17 tot en met 19 maart 2006 verbleef;

De betrokken arts leverde over hem, "na onderzoek", een attest van arbeidsongeschiktheid van 31 dagen wegens ziekte af, van 17 maart tot en met 16 april 2006, en hij schreef bovenaan dit attest "regularisatie"; daarna leverde hij op 1 april 2006 een verlenging van arbeidsongeschiktheid af van 17 april tot en met 14 mei 2006 en tenslotte een attest "arbeidsongeschiktheid verlengd van 15 mei tot en met 30 juni 2006"; Behalve deze attesten, stuurde de werkgever met zijn klacht ook een "attest van gevangenis-

schap" mee waarin de dienst van de strafinrichting verklaart dat betrokken werknemer van zijn vrijheid is beroofd sinds 14 maart 2006; Aangeschreven door de Onderzoekscommissie, reageerde de betrokken arts met de mededeling dat hij bezoek had gekregen van de echtgenote van betrokken werknemer, zeggende dat deze in de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis verbleef en zij de psychiater niet kon bereiken en daarom aan hem (de betrokken arts) een ziekteattest van verlenging kwam vragen; de betrokken arts zei ook dat hij dan een attest voor de administratie (van de werkgever) afleverde en bovenaan "regularisatie" schreef omdat hij de patiënt niet had onderzocht; een maand later gaf hij de echtgenote een nieuw attest voor een maand (op vraag van haar advocate) mee; toen hij vernam dat patiënt in de gevangenis zat, heeft hij dan enkel nog een gewoon attest ge-

schreven nl. dat de werknemer verder arbeidsongeschikt was (van 15 mei tot 30 juni 2006)”; “Ik wenste enkel de patiënt administratief in orde te brengen om, indien hij vrij kwam, terug zijn werk te kunnen hervatten (enige kostwinner in een gezin van 5 kinderen)”; de betrokken arts voegde bij zijn brief als bijlage 1 een verklaring van de echtgenote dat de betrokken arts bij haar bezoek op 16 maart 2006 niet kon weten dat haar man op 15 maart van het ziekenhuis naar de gevangenis was getransfereerd (in deze verklaring zegt zij echter niet of zij het zelf al dan niet wist); in bijlage 2 schrijft de betrokken arts dat hij na bijna 20 jaar praktijkvoering voor het eerst in aanraking komt met de Orde en een wrang gevoel heeft dat hij “gepakt” wordt. “Ik heb steeds gepoogd om deontologisch correct te handelen met maximaal respect voor de be-

langen van de patiënt.”, aldus de betrokken arts.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat uit deze verklaringen en de gegevens van het dossier, duidelijk blijkt dat de betrokken arts, bij het afleveren van onjuiste verklaringen over langdurige arbeidsongeschiktheid, zich ten onrechte heeft laten misleiden door de echtgenote van de patiënt-werknemer en hun advocate; dat de tenlastelegging dan ook bewezen voorkomt en hiervoor de hierna vermelde tuchtsanctie dient opgelegd te worden;

(...)

BESLISSING RAAD : BERISPING

### 15. TENLASTELEGGING : **Ondeontologische handelwijze door het afleveren van welwillendheidattest.**

#### *Welwillendheidattest*

(...)

Door voormelde brief legde een werkgever klacht neer tegen de betrokken arts die op zaterdag 23 september een ongeschiktheidattest afleverde van werknemer X voor woensdag 20 september. X is werknemer onder leercontract die de woensdag lessen moest gaan volgen, wat hij die dag niet gedaan heeft;

Op vraag van klager bekende de leerjongen dat hij niet naar de les was geweest en geen doktersbriefje kon voorleggen omdat de dokter die woensdag een dag verlof had.

“Hoe kan die dokter zien dat die jongen woensdag ziek was als hij de donderdag en vrijdag is komen werken.”, vraagt klager zich af.

De betrokken arts verklaarde op 23 september in zijn attest : “X heden persoonlijk te hebben ondervraagd en onderzocht, waarbij diens verklaringen met de werkelijkheid blijken te stroken en te hebben vastgesteld dat hij onbekwaam is om de lessen te volgen op 20 september wegens ziekte”.

In zijn antwoord aan de Onderzoekscommissie schreef de betrokken arts, dat hij die week tot vrijdag niet te bereiken was wegens het overlijden van zijn schoonmoeder en dat hij zijn eerste consultatie op zaterdag gehouden heeft en dat het niet zijn bedoeling was iemand door het betwiste attest te benadelen en dat hij vond dat de

werkomstandigheden van de jongen dat attest konden rechtvaardigen; “reeds verschillende malen had zijn familie gemeld dat de jongen telkens doodop thuis kwam na 14 à 16 uur werken ... hij had geen fut meer. Ik heb hem gezegd dit attest op zaterdag te geven onder strikte voorwaarde dat hij de bevoegde personen moest contacteren om te melden dat hij zoveel uren moest kloppen. Zijn leercontract is beëindigd op 30 september. Half oktober is hij dan met een nieuw leercontract begonnen, maar nu wel met normale uren. Ik heb het attest opgemaakt en afgeleverd de zaterdag. Ik wou het absoluut niet antideren (hetgeen mij waarschijnlijk veel moeilijkheden had voorkomen).”, aldus de betrokken arts.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat, hoe begrijpelijk de visie van de betrokken arts in onderhavig geval ook was, een medisch attest dat hij aflevert, steeds correct en verantwoord moet zijn (en geenszins mag geantidateerd zijn); dat de tenlastelegging dan ook bewezen voorkomt en op de hierna vermelde wijze is te sanctioneren;

(...)

BESLISSING RAAD : BERISPING

**16. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat een arts, behoudens uitdrukkelijk vastgestelde uitzonderingen, in alle omstandigheden door het beroepsgeheim is gebonden en dat hij, behalve ingeval van duidelijke therapeutische weerslag, zich van elke inmenging in familiale aangelegenheden moet onthouden.**

*Beroepsgeheim – inmenging in familiale aangelegenheden*

(...)

Door voormelde brief legde klagster, die tien jaar bij de betrokken arts als poetsvrouw heeft gewerkt, klacht neer tegen deze arts (die haar en haar echtgenoot voorheen had ontvangen en behandeld) omdat hij over haar een brief had geschreven naar de advocaat van haar echtgenoot over hun huwelijksproblematiek; daarin heeft hij het over een midlifecrisis waarin zij een “obstinaat onbegrip” en een “paranoïde gedrag” vertoonde;

Ondervraagd door de Onderzoekscommissie, zei hij uitdrukkelijk dat zijn brief bedoeld was voor de advocaat van de echtgenoot van de klagster; erop gewezen door de voorzitter van de Onderzoekscommissie dat dit deontologisch niet toegelaten was, zei de betrokken arts : “Ik zie niet in wat er fout is om dat attest te richten naar de advocaat van de persoon die het vraagt. Als u me zegt dat mijn werkwijze niet juist is, dan heb ik een fout begaan. Mijn excuses hiervoor”.

Overwegende dat de betrokken arts blijkbaar heeft ingezien dat zijn brief-attest aan een advocaat van de echtgenoot van de klagster, een niet toegelaten inmenging in familiale aangelegenheden is; dat de tenlastelegging dan ook bevozen voorkomt.

Overwegende dat een arts moet weten dat een medisch attest alleen gegevens mag bevatten over de persoon die het aanvraagt en geenszins over derden (zoals in casu de klagster) en dat het attest uitsluitend aan de aanvrager zelf mag overhandigd worden (en dus ook niet aan zijn/haar advocaat); dat een advocaat aan wie een medisch attest zou overhandigd zijn door zijn cliënt (patiënt) die in een gerechtelijke procedure betrokken is, verplicht is al de stukken die hij in een procedure aanwendt, aan de tegenpartij (tegenstrever) moet mededelen;

(...)

BESLISSING RAAD : WAARSCHUWING

**17. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door**

*Welwillendheidattest – inmenging in familiale aangelegenheden – zorgvuldig en gewetensvol toedienen van zorgen*

- a.het afleveren van een welwillendheidattest,**
- b.het niet naleven van het beginsel dat, behalve in geval van duidelijke therapeutische weerslag, een arts zich van elke inmenging in familiale aangelegenheden moet onthouden,**
- c.het niet naleven van het beginsel dat een arts zijn patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen dient toe te dienen.**

(...)

Door voormelde klacht liet klager weten dat hij zijn kind (5 à 6 jaar) onmogelijk voor bezoekrecht kan meekrijgen door “veel en onterechte attesten” van de betrokken arts; deze attesten van 11 september, 19 oktober, 23 oktober en 20 november kwamen er telkens op neer dat bij het kind kwetsuren (hematomen op de rug en de lenden) werden vastgesteld na weekendbezoeken bij de vader; op het laatste attest schreef de betrokken arts er ook bij : “vermoedelijk door toegebrachte slagen”;

Aangeschreven door de Onderzoekscommissie, bevestigde de betrokken arts zijn vaststellingen en schreef hij dat hij het logisch vond dat een arts melding maakt in geval kinderen worden mishandeld of er vermoeden van mishandeling is;

Ondervraagd door de Onderzoekscommissie, verklaarde de betrokken arts dat hij het attest (de attesten) heeft afgegeven aan de moeder die ermee naar haar advocaat is gegaan; hij benadrukte ook dat hij nooit geschreven heeft dat de man slagen heeft gegeven: “Ik weet zeer goed dat men zich niet mag moeien met familiale aangelegenheden; thans weet ik hoe de feiten in elkaar zitten ... Het blijkt de stiefmoeder (de nieuwe vriendin van de vader) te zijn geweest die het kind regelmatig in de hoek zette en slagen toebreacht.”, aldus de betrokken arts.

Overwegende dat de betrokken arts ten onrechte in zijn attesten heeft vermeld dat zijn vaststellingen bij het kind zich voordeden nadat het op bezoek was geweest bij de vader en dat hij zodoende de vader als dader van de toegebrachte

kwetsuren heeft gesuggereerd, waardoor deze zijn bezoekrechten niet kon uitoefenen; dat hij zich door deze attesten duidelijk wel ingelaten heeft met familiale aangelegenheden en dat hij die attesten aan de moeder heeft afgegeven om haar ter wille te zijn; dat de tenlasteleggingen onder a) en b) dan ook bewezen voorkomen; Overwegende dat de betrokken arts moet weten dat de attesten kunnen gebruikt worden in een gerechtelijke procedure over het bezoekrechten en dat de advocaat die er kennis van neemt, ze moet meedelen aan zijn tegenstrever; dat als een arts een vermoeden of zekerheid heeft van de mishandeling van een kind, hij dit niet moet

neerschrijven in een attest dat hij meegeeft met de ouder die met het kind op consultatie kwam, maar dit heeft mee te delen aan de Procureur des Konings of aan een vertrouwenscentrum.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de tenlastelegging c) niet bewezen is en dat de betrokken arts hiervoor derhalve van alle vervolging is te ontslaan;

(...)

BESLISSING RAAD : WAARSCHUWING

**18. TENLASTELEGGING : a. Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van het beginsel dat een arts er steeds moet voor waken correct te zijn en geen daden te stellen die de eer en de waardigheid van het beroep zouden kunnen schaden, door het niet beantwoorden van brieven van de Orde, een en ander in het kader van vragen om aanvullende informatie gericht aan betrokkene aangaande haar deelname aan de huisartsenwachtdienst;**

*Niet beantwoorden van brieven van de Orde – niet ingaan op oproep tijdens wachtdienst - niet zorgvuldig en gewetensvol zorgen toedienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis*

**b. ondeontologische handelwijze door het nalaten gevolg te geven aan een oproep tot medische hulpverlening tijdens de wachtdienst en het niet naleven van het beginsel dat voor het instellen en voortzetten van een behandeling, een arts zijn patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen dient toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis.**

(...)

■ Wat betreft tenlastelegging a.:

Bij brief van 1 december 2004 vroeg de betrokken arts bevestiging dat er geen probleem was dat ze deelneemt aan de wachtdienst van de gemeente A (waar het merendeel van haar patiënten woont) en niet die van de gemeente B (waar haar praktijk gevestigd is); van de gemeente B had ze nog geen formele instemming gekregen, doch "Ik laat ze u geworden van zodra ze in mijn bezit is.", schrijft ze;

Het Bureau van de Raad heeft haar op 14 december 2004 schriftelijk de zienswijze van de wachtdienst van de gemeente A en die van de gemeente B gevraagd; op deze brief en de herinneringen van 9 februari, 2 maart en 19 april 2005 reageerde de betrokken arts niet, waarna het Bureau op 19 september 2005 de zaak naar de Onderzoekscommissie verwees, die op 30 oktober aan de betrokken arts haar visie vroeg; deze liet weten dat zij aan de weekendwachtdienst van de gemeente A deelneemt, wat bevestigd werd op 21 augustus 2005 door de wachtdienstverantwoordelijke; de betrokken arts liet echter na de mening van de wachtdienstverantwoordelijke van het gebied van de gemeente B mee te delen, wat haar door de Onderzoekscommissie uitdrukkelijk was gevraagd door brieven van 22

december 2005, 23 januari en 21 februari 2006, waaraan zij geen gevolg heeft gegeven;

Overwegende dat, nu blijkt dat de betrokken arts de voormelde brieven van de Orde niet heeft beantwoord, de Raad van oordeel is dat de betrokken arts, in strijd met de medische deontologie, de eer en de waardigheid van het beroep in het gedrang heeft gebracht; dat hierdoor de tenlastelegging onder a. bewezen voorkomt;

BESLISSING RAAD : WAARSCHUWING

■ Wat betreft tenlastelegging b. :

Door hierboven aangehaalde brief, liet klager weten dat zijn dochter, op maandag omstreeks 23 uur aan de betrokken arts getelefoneerd had wegens de hoge koorts (39 °) van zijn vijfjarig kleinkind; dat de arts gezegd had koortsremmers en een lauwwaterbad toe te dienen; om 1 uur 's nachts had zijn dochter nog geen arts gezien en was de koorts gestegen tot 40 graden; de dinsdag werd rond 7 uur opnieuw gebeld om dringend te komen, waarop de betrokken arts meldde dat ze naar haar moesten komen daar het spreekuur reeds begonnen was; bij het zien van het kind zei de arts dat het dringend naar het hospitaal moest, waar hersenvliesontsteking type B werd vastgesteld waarop tot de overplaat-

sing naar de intensieve zorgen van het universitair ziekenhuis werd beslist, aldus de klachtbriefschrijver.

Aangeschreven door de Onderzoekscommissie, bevestigt de betrokken arts de feiten zoals weergegeven in de klachtbrief van de grootvader van het kind, doch ontkent zij ten stelligste dat er een expliciete vraag naar een huisbezoek was en schrijft ze dat ze zo goed mogelijk telefonisch advies heeft gegeven; toen ze de dinsdagmorgen het kind op haar spreekuur onderzocht, vielen haar direct petechieën op ter hoogte van abdomen en ledematen; de moeder van het kind zei spontaan dat die vlekken er 's nachts niet waren en de betrokken arts besloot dan onmiddellijk het kind naar het hospitaal te verwijzen van waaruit het naar de spoedgevallendienst van het universitair ziekenhuis werd overgebracht; "Ik wil er aan toevoegen dat ik me 's nachts waarschijnlijk heb laten (mis)leiden door de voorbijgeerde werkdag waar een groot deel van de pathologie gastro-intestinale beelden waren.", aldus de brief van de betrokken arts.

Ondervraagd door de Onderzoekscommissie, verklaarde de betrokken arts dat ze in haar praktijk onmiddellijk de petechieën bij het kind zag en het verschrikkelijk vond; "Ik voelde mij daar absoluut niet goed bij...; ik mag misschien zeggen dat uit de telefonische contacten ik niet de idee had dat het een ernstige zaak was. Maar ik weet nu en beseft dat goed dat ik had moeten gaan; zeker en vast, na de eerste telefonische contact, heb ik niet gezegd dat ik bij de moeder zou langskomen ..."

Overwegende dat de Raad van mening is dat de betrokken arts niet aan de oproep tot medische hulpverlening gevolg heeft gegeven; dat zij de situatie telefonisch verkeerd heeft ingeschat; dat in geval van twijfel zij zich ter plaatse had moeten begeven, ook al was dit niet uitdrukkelijk gevraagd; dat zij zodoende het zieke patiëntje niet zodra mogelijk de nodige zorgen heeft kunnen toedienen; dat de tenlastelegging b. dan ook bewezen voorkomt.

(...)

BESLISSING RAAD : CENSUUR

**19. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van het beginsel dat een arts er steeds moet over waken correct te zijn en geen daden te stellen die de eer en de waardigheid van het beroep zouden kunnen schaden, door het niet beantwoorden van brieven van de Orde i.v.m. de verschuldigde lidmaatschapsbijdrage.**

*Niet beantwoorden van brieven van de Orde*

(...)

In verband met achterstallige lidmaatschapsbijdragen werden vanaf 19 oktober 2003 door de Voorzitter van de Raad een reeks brieven geschreven over die bijdrage en meer bepaald ook aan de betrokken arts op 21 juni 2006, op 11 oktober 2006, op 17 november 2006 (waarin ook vermeld is dat het niet beantwoorden van brieven van de Orde aanleiding kan geven tot tuchtrechtelijk onderzoek) en op 30 november 2006; Gezien de betrokken arts op deze brieven niet reageerde, besliste het Bureau de zaak naar de Onderzoekscommissie te sturen; Aangeschreven door de Voorzitter van de Onderzoekscommissie, antwoordde de betrokken arts op, "... dat zijn gedeeltelijke bijdrage tot de Orde te maken heeft met de kritiek op de Orde geuit langs allerlei kanalen."

Ondervraagd door de Onderzoekscommissie, ging de verklaring van de betrokken arts hoofd-

zakelijk opnieuw over zijn kritiek op de Orde en eindigt hij met te zeggen met veel zaken akkoord te kunnen gaan en dat hij over het gesprek met de Commissie en over zijn houding i.v.m. het betalen van de bijdrage zal nadenken; Op de zitting van de Raad verklaarde de betrokken arts dat hij altijd gereageerd heeft op de brieven, maar misschien wat trager en dat hij ook altijd zijn bijdrage heeft betaald;

Overwegende dat uit de stukken van het dossier duidelijk blijkt dat, als de betrokken arts op de brieven van de Orde gereageerd heeft, dit met veel vertraging was, nl. na de vierde brief; dat de tenlastelegging dan ook bewezen voorkomt en met de hierna vermelde tuchtstraf is te sanctioneren;

(...)

BESLISSING RAAD : CENSUUR

## 20. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het afleveren van een welwillendheidsattest.

*Welwillendheidsattest*

(...)

Door voormelde brief maakte de schooldirecteur aan de Raad een medisch getuigschrift over van 1 juni 2006; daarin verklaarde de betrokken arts, op een “getuigschrift van werkonbekwaamheid”, dat hij de leerling onderzocht heeft en dat deze van 26 tot 31 juni 2006 niet in staat zal zijn de lessen te volgen wegens ziekte;

Aan de Onderzoekscommissie schreef de betrokken arts dat vooral de moeder van de jongen aan rust en vakantie toe was en, volgens haar zeggen, een reis had geboekt voor de periode van eind juni en dat de jongen mee moest daar ze hem niet alleen kon thuis laten; steeds, volgens de moeder aan de betrokken arts verklaarde, was dat volgens de (leerlingenbegeleider van de) school geen probleem daar de leerlingen die week slechts twee dagen een half uur op school verwacht werden; de betrokken arts schreef ook dat ze het attest afleverde omdat ze ervan uitging dat de school ervan op de hoogte was.

Opgeroepen voor de Onderzoekscommissie verklaarde de betrokken arts o.m. over de bewoordingen in het afgeleverde attest : “Ik begrijp

dat dit inderdaad moeilijk ligt. Het is juist dat in de enge zin van het woord er geen ziekte aanwezig was. Toch vond ik dat ik dit attest kon verantwoorden. Ik begrijp nu wel dat ik dit niet had mogen vermelden op dergelijk voorgedrukt formulier voor werkonbekwaamheid. In het vervolg zal ik in dergelijke gevallen een eigen attest opstellen waarbij ik uitsluitend in algemene termen zal verwijzen naar de gezinsproblematiek”.

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de betrokken arts nogal goedgevolg op het verhaal van de moeder van de leerling is ingegaan zonder het echte akkoord van de school te hebben nagegaan en dat zij op een ongelukkige en onjuiste wijze haar getuigschrift heeft opgesteld; dat zij echter blijkbaar te goeder trouw heeft gehandeld en, volgens haar verklaring in de Onderzoekscommissie, haar les heeft geleerd; dat de tenlastelegging evenwel bewezen is en, zoals hierna bepaald, is te sanctioneren;

(...)

BESLISSING RAAD : WAARSCHUWING

# Beslissingen raad van beroep/cassatie

- 1. TENLASTELEGGING :** Valsheid in geschrifte en ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name door het attesteren op getuigschriften voor verstrekte hulp van verstrekkingen die niet konden worden geattesteerd daar er niet voldaan werd aan de omschrijving vermeld in de nomenclatuur (in casu prestaties niet “dringend” in de zin van de nomenclatuur) en het attesteren op G.V.V.H. van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd.

*Z.I.V. – valsheid in geschrifte – ten onrechte attesteren van G.V.V.H. want niet voldaan aan de nomenclatuur – attesteren van G.V.V.H. van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd*

## Raad van Oost-Vlaanderen :

(...)

De Raad werd door een brief dd. 26 februari 2003 van het RIZIV ingelicht dat door een beslissing dd. 23 januari 2003 van de Beperkte Kamer van het Comité van de Dienst voor geneeskundige controle de betrokken arts werd gesanctioneerd met een verbod van verzekeringstegemoetkoming van één maand en tevens veroordeeld werd tot een terugbetaling van 4.256,90 euro wegens overtreding van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte geneeskundige verzorging en uitkeringen; de betrokken arts die niet akkoord was met de veroordeling, heeft tegen deze beslissing beroep aangetekend dat echter wegens laattijdigheid werd afgewezen; de beslissing van 23 januari 2003 heeft kracht van gewijsde en is derhalve definitief;

Het blijkt uit de stukken dat de betrokken arts op 20 september 2001 door de Beperkte Kamer voor een gelijkaardig geval (dat volgens de betrokken arts minder schrijnend was) eerst ook veroordeeld was doch dat in beroep op 25 april 2003 de beslissing vernietigd werd zodat er in dat geval geen aanleiding meer was tot sanctienering;

Uit de beslissing dd. 23 januari 2003 van de Beperkte Kamer, die een definitieve veroordeling is, blijkt dat de betrokken arts werd gesanctioneerd voor prestaties geleverd in de periode van 1 juni 1999 tot 30 april 2000 bij zijn patiënt tijdens 118 avondbezoeken en 171 nachtbezoeken, waarvoor niet voldaan is aan de terzake geldende nomenclatuur (artikel 2 § 1F van het KB van 14.09.1984);

De patiënt blijkt een multiple pathologie te vertonen en volgens de internist in een RVT thuis te horen; niettemin achtte de betrokken arts dat hij de patiënt best thuis kon verzorgen met alle dure en veelvuldige behandelingen tot gevolg, ook 's

avonds en 's nachts, die hij als dringend beschouwde, ook al waren ze niet aangevraagd; De betrokken arts houdt voor dat de toestand van zijn patiënt voortdurend urgent was en dus voortdurend nauwlettend moest opgevolgd worden; de Raad is echter van oordeel dat zijn interpretatie van het begrip “dringend” in strijd is met de opvattingen van de terzake geldende RIZIV-wetgeving en nomenclatuur, die bepaalt dat een prestatie 's avonds of 's nachts slechts als dringend kan beschouwd worden als ze op die uren aangevraagd en uitgevoerd wordt wanneer de toestand van de patiënt dringende verzorging vergt en niet kan worden uitgesteld;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat, hoe zinvol en medisch verantwoord de prestaties ook waren, de betrokken arts zich aan de RIZIV-wetgeving had te houden en niet zijn eigen interpretatie van dringendheid mocht hanteren; dat, door op de G.V.V.H.'s prestaties te attesteren in strijd met de toe te passen nomenclatuur, de Raad van mening is dat de betrokken arts medisch ondeontologisch heeft gehandeld en dat de tenlastelegging bewezen voorkomt en op de hierna bepaalde wijze te beteugelen is;

## OP DIE GRONDEN,

De Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen, Rechtdoende op tegenspraak en bij meerderheid van de aanwezige leden, Verklaart de tenlastelegging bewezen en legt hiervoor aan de betrokken arts de sanctie van **schorsing gedurende één week** op.

Aldus uitgesproken op de zitting van woensdag 29 maart 2006.

## Raad van Beroep :

Bij beslissing van de Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren van 29 maart 2006 werd ten laste van Dr. X de tuchtstraf uitgesproken van één maand schorsing in het recht de genees-



kunde uit te oefenen op grond van de volgende tenlastelegging :

"Valsheid in geschrifte en ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name door het attesteren op getuigschriften voor verstrekte hulp van verstrekkingen die niet konden worden geattesteerd daar er niet voldaan werd aan de omschrijving vermeld in de nomenclatuur (in casu prestaties niet "dringend" in de zin van de nomenclatuur) en het attesteren op G.V.V.H's van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd, feiten waarvan sprake in de definitief geworden beslissing van de Beperkte Kamer van het RIZIV van 23 januari 2003."

Aan appellant en zijn raadsman werd meegedeeld dat de tenlastelegging, gesteund op dezelfde feiten als deze die ten grondslag lagen van de oorspronkelijke tenlastelegging, als volgt wordt heromschreven :

"Bij inbreuk op de bepalingen van art. 6. 2° en 16 van het K.B. N.79 van 10 november 1967 een ondeontologische handelwijze aan de dag te hebben gelegd door het attesteren op getuigschriften voor verstrekte hulp van verstrekkingen die niet konden worden geattesteerd daar er niet voldaan werd aan de omschrijving vermeld in de nomenclatuur (in casu prestaties niet "dringend" in de zin van de nomenclatuur) en het attesteren op G.V.V.H's van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd, feiten waarvan sprake in de definitief geworden beslissing van de Beperkte Kamer van het RIZIV van 23 januari 2003."

Aan appellant en zijn raadsman werd ook meegedeeld dat de rechtsgeldigheid van de bestreden beslissing in vraag diende te komen ingevolge twee mogelijke nietigheden in verband met de wettelijke mogelijkheid van de juridische assessor om beroep in te stellen tegen de bestreden beslissing en in verband met het optreden van de juridische assessor zowel in de onderzoekscommissie als in de raad die de bestreden beslissing nam.

- T.a.v. de rechtsgeldigheid van de bestreden beslissing:

Krachtens artikel 6, 1° van het EVRM heeft eenieder, bij het vaststellen van zijn burgerlijke rechten en verplichtingen, recht op een eerlijke en openbare behandeling van zijn zaak door een onpartijdige rechterlijke instantie bij de wet ingesteld.

Krachtens artikel 7 § 1 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967 betreffende de Orde van Geneesheren is elke provinciale Raad (bevoegd in tuchtzaken) samengesteld uit verkozen gewone en plaatsvervangende geneesheren (lid 1) en een (door de Koning benoemde) gewoon en plaatsvervangende bijzitter (lid 2). Uit deze bepaling en uit artikel 3 van het K.B. van 06.02.1970 (tot regeling van de organisatie en de werking van de raden van de Orde van Geneesheren) blijkt onbetwistbaar dat de bijzitter lid is van de provinciale Raad zonder dewelke deze niet wettig zitting kan houden.

Op de vraag of de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de rechter (vereist door het EVRM) verzoenbaar is met een stelsel waarin een lid van een rechtsprekend orgaan het recht heeft om hoger beroep in te stellen tegen de beslissing van dat orgaan moet negatief geantwoord worden (zie het arrest van het Hof van Cassatie in openbare zitting uitgesproken op 22 december 2005 - Orde van Architecten - Nr. D.04.0021.N).

Uit wat voorafgaat, blijkt dat de bestreden beslissing moet te niet gedaan worden zodat de Raad van Beroep dient kennis te nemen van "het geheel van de zaak" bij toepassing van artikel 25 § 4 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967.

- T.a.v. grond van de heromschreven tenlastelegging:

De beslissing van de Beperkte Kamer van het RIZIV van 23 januari 2003, feitelijke grondslag van de tenlastelegging, is definitief geworden nu niet betwist wordt dat appellant hiertegen een dag te laat hoger beroep instelde.

Of de door deze beslissing bewezen geachte feiten het bewijs leveren van een door appellant ondeontologische handelwijze (in de zin van art. 6, 2° van het K.B. Nr. 79 van 10.11.1967) wordt bepaald door het antwoord op de vraag of de medische prestaties die appellant heeft geleverd aan de patiënt P (tijdens veelvuldige avond- en nachtconsultaties) al dan niet als "dringende verzorging" kunnen aangezien worden.

Op basis van de omvangrijke medische gegevens en rapporten nopens de ziekte-toestand van de patiënt P (overgelegd in het stukkenbundel van de raadsman van appellant) en conform het expliciet en ondubbelzinnig advies van de afgevaardigde van de Nationale Raad verwoord ter zitting van deze raad van 22 januari 2007 nadat deze appellant had bevraagd over zijn medische prestaties t.a.v. voornoemd patiënt, oordeelt deze raad dat appellant medisch en ethisch cor-

rect heeft gehandeld (ten aanzien van de ziekte-toestand van de patiënt en de evolutie ervan) en dat de prestaties van appellant niet uitgevoerd werden op een deontologisch onverantwoorde wijze.

OP DEZE GRONDEN,

De Raad van Beroep, beslissende op tegenspraak en met de meerderheid van de stemmen van de bij de beraadslaging aanwezige leden,

Doet de bestreden beslissing te niet en zelf te gronde beslissend,

Acht de heromschreven tenlastelegging niet be-  
wezen en zegt rechtens dat er **geen** redenen zijn  
om een **tuchtstraf** op te leggen.

Aldus uitgesproken in openbare zitting van 12  
maart 2007.

**2. TENLASTELEGGING : a. Oncollegiale handelwijze en het niet naleven van het deontologisch beginsel dat een arts er steeds moet over waken correct te zijn en geen daden te stellen of uitspraken te doen die de eer en de waardigheid van het beroep zouden kunnen schaden of in opspraak brengen;**

*Handelwijze die de eer of de waardigheid van het beroep in opspraak brengen – oncollegiale handelwijze – meenemen van medische dossiers uit het ziekenhuis*

**b. ondeontologische handelwijze door het meenemen van medische dossiers uit het ziekenhuis, waardoor collega's van dezelfde dienst verhinderd worden tegemoet te komen aan hun deontologische plicht om de continuïteit van de zorgverstrekking in alle omstandigheden te waarborgen alsmede om steeds de vereiste kwaliteitsvolle medische zorgen aan de patiënten toe te dienen.**

**Raad van Oost-Vlaanderen :**

(...)

De klager, die hoofdgeneesheer is van een ziekenhuis, legde klacht neer tegen de betrokken arts door voormelde brieven, die na onderzoek aanleiding werden tot zijn oproeping en vervolging voor de Raad.

De betrokken arts werpt in conclusies op dat de Raad, die op 30 november 2005 besliste dat de arts zal worden vervolgd ten gronde voor bepaalde tenlasteleggingen, zich tezelfdertijd opstelt als een vervolgende en als beoordelende instantie en dat hierdoor te kort wordt gedaan aan de eis van onpartijdigheid en onafhankelijkheid die als algemeen beginsel geldt voor de provinciale Raden; de verdediging meent daarom de Raad te moeten wraken;

Overwegende dat het KB van 6 februari 1970 tot regeling van de organisatie en werking van de Raden van de Orde der Geneesheren in artikel 24 bepaalt dat wanneer een onderzoek lastens een geneesheer is afgesloten, de Raad na het rapport van de verslaggever, beslist of de zaak zonder gevolg wordt gelaten of een aanvullend onderzoek moet worden ingesteld dan wel of de geneesheer voor het gerecht moet verschijnen;

Overwegende dat de ter zake geldende wetgeving geen afzonderlijk orgaan zoals een openbaar ministerie voorzien heeft dat zou beslissen of tot vervolging wordt overgegaan; dat derge-

lijke taak immers aan het tuchtcollege, dat de Raad is, zelf is opgedragen; dat een beslissing om tot vervolging over te gaan, geen beslissing ten gronde is, in tegenstelling tot wat de verdediging voorhoudt, maar een soort beslissing alvorens recht te doen over de grond van de zaak; dat het van algemene bekendheid is dat de Raad nadien in volle onafhankelijkheid en onpartijdigheid oordeelt en vaak een vervolgte heeft vrijgesproken; dat een Raad door enerzijds te vervolgen en anderzijds nadien te oordelen, volledig handelt binnen de mogelijkheden die de wet voor de tuchtinstantie heeft bepaald; dat de gevraagde wraking van de Raad, omdat deze tot vervolging besliste, het hele tuchtrechtelijk apparaat zou lamleggen en derhalve dient te worden van de hand gewezen;

Overwegende dat de tenlastelegging onder a. steunt op de klachtbrieven en de bijlagen waarnaar verwezen wordt ter staving van de klacht; deze bijlagen zijn bijna allen door betrokken arts geschreven, soms als “open brieven”;

Overwegende dat de betrokken arts in conclusies opwerpt dat hij door de tenlastelegging met verwijzing naar brieven en bijlagen niet met zekerheid weet over welke feiten hij verantwoording dient te geven ; dat hij daarom meent dat de tenlastelegging onder a. dient verworpen te worden;

Overwegende dat het bijna een onmogelijke onderneming is de specifieke passages in de brie-

ven van de betrokken arts die als beledigend worden beschouwd, aan te halen in de tenlastelegging; dat het immers om zeer lange brieven gaat waaruit veel onderdelen zouden moeten geciteerd worden; dat dit totaal ongebruikelijk is en zelfs overbodig; dat de betrokken arts immers kan kennis nemen en ook genomen heeft van het volledige dossier dat in grote mate gevuld is met brieven die hij zelf geschreven heeft;

Overwegende ten anderen dat een beslissing van de Raad om tot vervolging van een arts over te gaan, geen concrete inhoudelijke precisering van de omschreven tenlastelegging vereist (Herman Nys : "Geneeskunde, Recht en Medisch handelen", nr. 244, A.P.R., 2005);

Overwegende dat uit de klachtbrieven en uit de bijlagen blijkt dat de betrokken arts aan de klager o.m. verwijt dat hij "promotor is van ondenkbare corrupte praktijken", dat hij "onbekwaam is als hoofdgeneesheer en die functie totaal onwaardig"; dat hij hem ook provocaties, lasterlijke uitspraken, pesterijen, valsheid in geschrifte en chantage verwijt en hem in gebreke stelt voor "zovele laakbare handelingen, nalatigheden, intimidaties en andere dergelijke praktijken..."

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat dergelijke en nog andere beweringen en bewoordingen aan het adres van klager – in een soort polemisch scheldproza met een zekere vervolgingswaangehalte – duidelijk beledigend overkomen en van een gebrek aan collegiale correctheid getuigen;

Dat het een arts, die in conflict ligt met zijn ziekenhuis en collega's niet past zulke beledigende brieven te schrijven, daarenboven soms als "open brieven"; dat de betrokken arts door zo te handelen duidelijk te ver is gegaan en de eer en de waardigheid van het beroep heeft geschaad, dat de tenlastelegging a. derhalve bewezen is;

#### ■ De tenlastelegging onder b. :

De betrokken arts werd door het ziekenhuis om dringende redenen ontslagen; het komt niet aan de Raad toe te oordelen over de al dan niet grondigheid van het ontslag; daarover en over eventuele schadevergoeding heeft de rechtbank desgevallend te beslissen;

Overwegende dat het een feit is dat de betrokken arts medische dossiers van zijn patiënten op de afdeling geriatrie van het ziekenhuis heeft meegenomen; dat hij blijkbaar persoonlijke dos-

siers verwart met dossiers van het ziekenhuis die daar ter plaatse moeten blijven; dat een arts en het ziekenhuis geen eigenaar zijn van de medische dossiers doch enkel de bewaarder ervan; dat het medisch dossier dat samen met het verpleegkundig dossier het patiëntendossier vormt, in het ziekenhuis moet bewaard worden onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer (art.17 quater van de wet op de ziekenhuizen);

Overwegende dat door het meenemen van de hiervoor bedoelde dossiers uit het ziekenhuis, de betrokken arts ook de collega's van dezelfde dienst heeft verhinderd de continuïteit van de zorgverstrekking te waarborgen;

Dat de tenlastelegging onder b. eveneens bewezen voorkomt.

#### OP DIE GRONDEN,

De provinciale Raad van de Orde van Geneesheren van Oost-Vlaanderen,  
Rechtdoende op tegenspraak en bij meerderheid van de aanwezige leden,  
Alle andere conclusies van de hand wijzende,  
Verklaart zich bevoegd om over de zaak te oordelen;

Zegt dat de tenlastelegging onder a. en de tenlastelegging onder b. bewezen zijn;

Veroordeelt de betrokken arts voor de tenlastelegging a. tot een **schorsing van 3 dagen** en veroordeelt hem voor tenlastelegging b. tot een **schorsing van 4 dagen**.

Aldus uitgesproken op de zitting van woensdag 22 februari 2006.

#### Raad van Beroep :

De provinciale Raad van de Orde van Geneesheren veroordeelde op 22 februari 2006 Dr. X tot :

- een tuchtstraf van drie dagen schorsing op grond van de tenlastelegging oncollegiale handelwijze en het niet naleven van het deontologisch beginsel dat een arts er steeds moet over waken correct te zijn en geen daden te stellen of uitspraken te doen die de eer en de waardigheid van het beroep zouden kunnen schaden of in opspraak brengen;

- een tuchtstraf van vier dagen schorsing op grond van de telastlegging ondeontologische handelwijze door het meenemen van medische dossiers uit het ziekenhuis Z, waardoor collega's van dezelfde dienst verhinderd worden tegemoet te komen aan hun deontologische plicht om de continuïteit van de zorgverstrekking in alle omstandigheden te waarborgen alsmede om steeds

de vereiste kwaliteitsvolle medische zorgen aan de patiënten toe te dienen.

(...)

Dit hoger beroep werd behandeld ter zitting van deze Raad op 20 november 2006, waarop de heer Emeritus Eerste Voorzitter L. Janssens gehoord werd in zijn verslag en waarop de Raad aan Dr. X meedeelde dat hij zich diende te verdedigen t.a.v. volgende op dezelfde feiten steunende heromschrijving van voormelde tenlasteleggingen :

De eer, de waardigheid en de eerlijkheid te hebben geschonden in de uitoefening van het beroep van geneesheer in de zin van art. 6, 2° van het K.B. Nr.79 betreffende Orde der geneesheren door :

1) in de loop van het jaar 2004 in menigvuldige brieven (vaak "open brief" genoemd) gericht tot en/of handelend over collega's geneesheren en directieleden van het ziekenhuis Z, zeer ernstige verwijten, verregaande verdachtmakingen en zware beledigingen aan hun adres te hebben verwoord (brieven aangehaald in de klachten van Dr. X1 van 14 oktober 2004 en 31 januari 2005) ;

2) na de onmiddellijke beëindiging op 25 april 2005 door voornoemd ziekenhuis van de samenwerkingsovereenkomsten bestaande tussen hem en dit ziekenhuis door ontslag om dringende redenen met verbod het ziekenhuis nog te betreden, een twintigtal medische dossiers (hospitalisatiedossiers) van patiënten (in het ziekenhuis gehospitaliseerd) te hebben meegenomen (uit het ziekenhuis) zodat collega's van dezelfde dienst verhinderd werden hun deontologische plicht na te komen om de continuïteit van de zorgverstrekking in alle omstandigheden te waarborgen alsmede om steeds de vereiste kwaliteitsvolle medische zorgen aan de patiënten toe te dienen.

- T.a.v. de vraag of de zaak rechtsgeldig werd aanhangig gemaakt bij de provinciale Raad :

Dr. X werpt op dat de tuchtrechtelijke betwisting niet rechtsgeldig aanhangig werd gemaakt bij de provinciale raad daar deze opgetreden is zowel als vervolgende en beoordelende instantie en dit in strijd met art. 6.1 van het EVRM.

Uit de stukken van het provinciaal dossier blijkt evenwel dat na ontvangst van de klacht van een geneesheer (cfr. infra) het bureau gehandeld heeft conform de bepalingen van art. 20. § 1. lid 2 en

lid 4 van het K.B. Nr. 79 van 10.11.1967 (betreffende de Orde van geneesheren) en van art. 24 van het K.B. van 06.02.1970 (tot regeling van de organisatie en de werking der raden van de Orde).

Nadat de provinciale Raad het verslag gehoord heeft van de werkzaamheden van de onderzoekscommissie heeft de Raad niet beslist dat de zaak zonder gevolg mocht gelaten worden maar heeft hij beslist dat D. X moest verschijnen voor zijn gerecht om zich te verantwoorden t.a.v. de hoger aangehaalde tenlasteleggingen.

Deze beslissing moet (luidens voormeld art. 4) "met redenen omkleed..." zijn. Deze redenen worden verwoord in de twee tenlasteleggingen

Deze werkwijze komt erop neer dat het Bureau de door de onderzoekscommissie onderzochte feiten ter kennis brengt van de raad die dient te oordelen of deze feiten als gewichtig genoeg kunnen aangezien worden om gebeurlijk - na oproeping van de geneesheer, na deze ter zitting gehoord te hebben in zijn middelen en conclusies en na beraadslaging - aanleiding te kunnen zijn tot het nemen van een tuchtmaatregel.

De opwerping van Dr. X impliceert ten onrechte dat de raad door een keuze te maken tussen de twee mogelijkheden geboden in art. 24 (K.B. 06.02.1970) reeds enige beoordeling ten gronde zou gemaakt hebben en impliceert ook ten onrechte dat de leden van de Raad, na de oproeping optredend als tuchtrechter, niet meer onafhankelijk en onpartijdig (in de zin van art. 6.1 van het EVRM) zouden kunnen beslissen tot vrijspraak of veroordeling in het licht van de gevoerde verdediging door de geneesheer.

Er worden geen overtuigende argumenten aangebracht in de richting van voormelde implicaties.

De tuchtbetwisting werd rechtsgeldig aanhangig gemaakt bij de provinciale Raad.

- T.a.v. de nietigheid van de bestreden beslissing :

Krachtens artikel 6, 1° van het EVRM heeft eenieder, bij het vaststellen van zijn burgerlijke rechten en verplichtingen, recht op een eerlijke en openbare behandeling van zijn zaak door een onpartijdige rechterlijke instantie bij de wet ingesteld.

Krachtens artikel 7 § 1 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967 betreffende de Orde van Ge-

neesheren is elke provinciale Raad (bevoegd in tuchtzaken) samengesteld uit verkozen gewone en plaatsvervangende geneesheren (lid 1) en een (door de Koning benoemde) gewoon en plaatsvervangende bijzitter (lid 2). Uit deze bepaling en uit artikel 3 van het K.B. van 06.02.1970 (tot regeling van de organisatie en de werking van de raden van de Orde van Geneesheren) blijkt onbetwistbaar dat de bijzitter lid is van de provinciale Raad zonder dewelke deze niet wettig zitting kan houden.

Op de vraag of de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de rechter (vereist door het EVRM) verzoenbaar is met een stelsel waarin een lid van een rechtsprekend orgaan het recht heeft om hoger beroep in te stellen tegen de beslissing van dat orgaan moet negatief geantwoord worden (zie het arrest van het Hof van Cassatie in openbare zitting uitgesproken op 22 december 2005 -, Orde van Architecten - Nr. D.04.0021.N).

Uit wat voorafgaat, blijkt dat de bestreden beslissing moet te niet gedaan worden zodat de Raad van Beroep dient kennis te nemen van "het geheel van de zaak" bij toepassing van artikel 25 § 4 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967.

Ten onrechte meent Dr. X dat deze raad niet tot evocatie van de zaak kan overgaan daar hij hierdoor zijn "recht op dubbele aanleg" zou verliezen.

De behandeling van de zaak voor de provinciale Raad geleid hebbend tot de bestreden beslissing bewijst dat hij zich "in eerste aanleg" heeft kunnen verdedigen.

De beslissing door deze raad om de bestreden beslissing nietig te verklaren heeft niet als gevolg dat voormelde behandeling ophoudt in een eerste aanleg te zijn verlopen.

Hij bevindt zich voor deze Raad van Beroep "in tweede aanleg" zodat zijn verzuchting naar een "dubbele aanleg" zonder voorwerp is.

■ T.a.v. de tenlasteleggingen ten gronde :

A) 1° tenlastelegging (beledigingen) :

De tenlastelegging verwijst naar de brieven van Dr. X gevoegd bij de twee klachtbrieven van Dr. X1 van 14.10.2004 en 31.01.2005. Al deze brieven bevinden zich in het overgelegd provinciaal dossier.

In de tenlastelegging wordt aan Dr. X verweten dat hij in voormelde brieven, gericht tot en/of handelend over collega's geneesheren en directieleden van het Algemeen Ziekenhuis Z, zeer ernstige verwijten, verregaande verdachtmakingen en zware beledigingen verwoord aan het adres van voornoemden.

Dr. X laat gelden dat zijn recht van verdediging is geschonden nu "de wijze waarop de telastlegging is omschreven geen verdediging toelaat..." vermits er "op geen enkele wijze geconcretiseerd wordt welke daden of uitspraken een tekortkoming op de deontologie uitmaken".

Indien evenwel het begripsvermogen en de intelligentie van Dr. X beantwoorden aan de normen die bij geneesheren uiteraard en normaliter mogen verwacht worden - gelet op hun vorming en de zeer delicate taken die zij dagelijks als geneesheer dienen te verrichten - is het onbegrijpelijk en onaanvaardbaar dat hij bij de lezing van voormelde brieven (die door hem opgesteld, ondertekend en verzonden werden als "open brieven") niet zou vatten en verstaan welke de talrijke verwijten, verdachtmakingen en beledigingen precies zijn die in deze brieven voorkomen.

Deze Raad is van oordeel dat de inhoud van kwestieuze brieven het bewijs bevat dat Dr. X - door dergelijke grove verwijten, beledigingen en verdachtmakingen aan de bestemmingen te richten - de eer en de waardigheid heeft geschonden in de zin van art. 6.2° van het K.B. Nr.79 betreffende de Orde van Geneesheren.

De tenlastelegging is bewezen en deze raad oordeelt dat als tuchtsanctie een schorsing van een maand verantwoord voorkomt.

B) 2° tenlastelegging (meenemen van hospitalisatie dossiers) :

Dr. X vraagt de opschorting van onderhavige procedure tot de definitieve uitspraak van de strafrechter. Hij deelt desbetreffend (ter zitting) een kopie mee van het vonnis van de correctionele rechtbank van 30.06.2006 waarbij de betichting ten zijne laste als bewezen wordt aanzien.

Deze betichting luidt : "Ten nadele van Z en X1, de hierna vermelde medische dossiers, die hem niet toebehoorden bedrieglijk weggenomen te hebben, de dief op heterdaad betrapt zijnde, geweld of bedreigingen gebruikt hebbende, hetzij om in het bezit van de weggenomen voorwerpen te kunnen blijven, hetzij om zijn vlucht te

verzekeren" (met aanduiding van de namen van 21 patiënten).

Dr. X vraagt opschorting daar hij tegen dit vonnis - hetwelk met zijn instemming de opschorting van de uitspraak van de veroordeling gelast gedurende een termijn van drie jaar - hoger beroep heeft ingesteld.

Het tuchtonderzoek en de tuchtvervolgning verlopen in principe onafhankelijk t.a.v. het strafonderzoek en de strafvervolgning. De tuchtrechter dient concreet in elke zaak na te gaan of er al dan niet enig gevaar bestaat voor tegenstrijdige uitspraken.

In onderhavige tuchtvervolgning is (voor wat betreft de 2° telastelegging) het essentieel verwijt aan Dr. X dat hij na zijn ontslag uit het ziekenhuis medische dossiers uit het hospitaal heeft meegenomen zodat de continuïteit van de zorgverstrekking t.a.v. de in het hospitaal verblijvende patiënten in het gedrang kwam.

Deze raad oordeelt over voldoende gegevens te kunnen beschikken om ook t.a.v. de 2° tenlastelegging tuchtrechtelijk ten gronde te oordelen.

De vraag tot opschorting is onterecht.

■ Ten gronde :

Dr. X verwijst naar het recht van zijn patiënten om vrij hun geneesheer te kiezen (Wet op het patiëntenrecht).

Deze verwijzing is interessant op zich maar is in onderhavige betwisting totaal irrelevant nu blijkt dat de kliniek dit recht duidelijk erkend heeft en meegedeeld heeft op welke wijze dit recht concreet zal gevrijwaard worden t.a.v. zijn patiënten na de beëindiging van de overeenkomst (zie brief tot hem gericht door de bestuurder-directeur van de kliniek dd. 29.04.2005 - stuk 039/2 van het provinciaal dossier - overbrenging van de patiënten naar een ander ziekenhuis).

In deze (aangetekende) brief (van de kliniek) wordt tevens benadrukt dat het door de ontvreemding van de ziekenhuisdossiers (door Dr. X) is dat de veiligheid van de patiëntenzorg in het gedrang dreigt te komen en dat door het afnemen van een volledige anamnese zal getracht worden in de mate van het mogelijke de ontvreemde dossiers opnieuw samen te stellen.

Op deze brief is geen enkele reactie van Dr. X gekomen om voorgaande feitelijke toedracht te ontkennen.

Ook reeds op de aangetekende brieven aan Dr. X uitgaande van de kliniek dd. 26.04.2005 en van de provinciale raad dd. 28.04.2005 - waarin telkens de vaststelling van het wegnemen door hem van een stapel ziekenhuisdossiers bevestigd werd - was geen enkele ontkennende reactie vanwege Dr. X gekomen.

Hetzelfde gebeurde (geen reactie van Dr. X) op de aangetekende brief van de provinciale raad van 18 mei 2005 - waarin nogmaals werd aangedrongen (na verzoek van de Procureur des Konings om als Orde bemiddelend tussen te komen) tot teruggave van de medische dossiers "... met het oog op de continuïteit van de zorgverstrekking....alles in het belang van de patiënt."

Slechts op 07.06.2005 komt de eerste reactie namens Dr. X - nadat de onderzoekscommissie hem op 26.05.2005 gevraagd had zijn schriftelijke visie van de feiten te geven - in de brief naar de provinciale raad van de Orde der geneesheren van zijn raadsman (Mr. M) waarin deze alleszins toegeeft dat Dr. X "enkel de dossiers heeft 'behouden' van die patiënten die hem tot behandelende arts hadden gekozen en die deze keuze ook na het ontslag bevestigd hebben..." zonder weliswaar expliciet te stellen dat dit 'behouden' in feite neerkomt op 'meegenomen'.

In zijn beroepsconclusies wordt eveneens bevestigd dat Dr. X verplicht was zijn patiënten die op hem beroep deden - "ook na zijn ontslag" - bij te staan zolang zij in het ziekenhuis Z opgenomen bleven en dat hij "...hiertoe diende te kunnen beschikken over de medische dossiers van de patiënten".

In de concrete omstandigheden (ontslag met verbod nog enige activiteit te hebben in het ziekenhuis) kon hij uiteraard slechts beschikken over deze medische dossiers door deze mee te nemen uit de kliniek.

Op grond van alle voorgaande gegevens acht deze raad de feiten, die ten grondslag liggen van de 2° tenlastelegging bewezen en oordeelt dat als tuchtsanctie één maand schorsing verantwoord is.

OP DIE GRONDEN,

De Raad van Beroep, beslissend na tegenspraak en met de twee/derde meerderheid van de stemmen van de bij de beraadslaging aanwezige leden,

Stelt rechtens vast dat de oorspronkelijke tuchtvervolgning rechtsgeldig aanhangig werd gemaakt bij de provinciale Raad van de Orde der Geneesheren,

Doet de bestreden beslissing te niet en zelf ten gronde oordelend,

Verklaart de heromschreven telastleggingen gegrond en veroordeelt Dr. X tot volgende tuchtsancties :

1/ **één maand schorsing** in het recht de geneeskunde uit te oefenen uit hoofde van de eerste tenlastelegging.

2/ **één maand schorsing** in het recht de geneeskunde uit te oefenen uit hoofde van de tweede tenlastelegging.

Aldus uitgesproken in openbare zitting van 26 maart 2007.

Het **cassatieberoep** ingesteld door betrokkene werd door het Hof van Cassatie bij arrest dd. 10 april 2008 **verworpen**.

### 3. TENLASTELEGGING : **Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van het beginsel dat :**

*Wachtdienst – niet verzekeren van continuïteit van verzorging  
– financiële bijdrage in de werkingskosten  
– informeren collega's nopens patiënten gezien tijdens de wachtdienst  
– collegialiteit – meedelen werkingsmodaliteiten wachtdienst aan de Orde*

**a.het verzekeren van de continuïteit van de verzorging een deontologische plicht is en elke arts ingeschreven op de Lijst van de Orde, overeenkomstig zijn bevoegdheid, moet deelnemen aan de wachtdienst;**

**b.een arts ertoe gehouden is financieel bij te dragen in de werkingskosten van de verplichte wachtdienst;**

**c.een arts niet mag nalaten om, conform de geldende afspraken binnen de eigen regionale wachtdienst, de collega's te informeren nopens patiënten van deze collega's die hij gedurende de wachtdienst heeft gezien;**

**d.collegialiteit een voorname plicht is en zij moet beoefend worden in eerbied voor de belangen van de zieke,**

**e.de werkingsmodaliteiten van de wachtdienst door de verantwoordelijke arts aan de Provinciale Raad van de Orde dienen te worden meegedeeld.**

#### Raad van Oost-Vlaanderen :

(...)

Door voormelde brief van de voorzitter van de huisartsenvereniging en door verschillende brieven en faxen van nadien, sommige ondertekend door het merendeel van de huisartsen, werd de Raad ingelicht van problemen die zich hadden voorgedaan met de betrokken arts over de wachtdienst; aan de betrokken arts werd o.m. verweten dat hij geweigerd heeft op 24 juli 2004 wachtdienst te doen, dat hij zijn lidgeld niet wilde betalen, dat hij weigert na het uitvoeren van een wachtdienst zijn collega's huisartsen te verwittigen van zijn medische handelingen tijdens de wachtdienst en dat hij normale communicatie met collega's weigert;

De betrokken arts die zelf jarenlang een bestuursfunctie in de Huisartsenvereniging had en o.m. secretaris en wachtdienstverantwoordelijke was en na vier jaar zelfs herkozen werd door zijn collega's, besloot einde 2003 ontslag te nemen uit al

zijn functies omdat hij zich niet meer kon verenigen met het beleid dat gevoerd werd door de huisartsenvereniging, o.m. omdat het lidgeld geleidelijk aan aanzienlijk verhoogd werd en omdat naast de verplichte wachtdienst voor weekend en feestdagen ook een weekwacht werd ingericht en omdat hij vond dat het beroepsgeheim geschonden werd daar de wachtdiensten werken via de brandweer die de naam en aandoening van de patiënt noteert, waarmee de betrokken arts het niet eens was evenmin als hij akkoord was met de opgelegde regeling om de soms gevoelige informatie over de patiënt per fax aan de collega huisarts mee te delen; daarom bezorgde hij die informatie in gesloten omslag aan de patiënt zelf met verzoek deze omslag aan zijn behandelende huisarts te overhandigen.

\* \* \*

Uit de gegevens van het dossier blijkt dat de betrokken arts niet financieel heeft bijgedragen in de werkingskosten van de verplichte wachtdienst; zijn bezwaren tegen de hoegroetheid van

het gevraagde bedrag ontsloeg hem er niet van zijn bijdrage te betalen, zij het voorlopig en onder voorbehoud;

De Onderzoekscommissie heeft over die bijdrage uitleg gevraagd aan de voorzitter van de Huisartsenvereniging, die hierover niet echt antwoordde in zijn brief van 25 november 2005 doch wel meedeelde dat de bijdrage thans door een nieuwe organisatie bepaald wordt;

Overwegende dat nu de betrokken arts echter geen enkele bijdrage betaalde, de tenlastelegging onder b. bewezen voorkomt;

De betrokken arts heeft over de uitoefening van het beroep van arts een hoogstaande opvatting die echter in de ogen van heel wat collega's blijkbaar nogal verouderd overkomt en onaangepast aan de veranderende tijden; hij gaat nogal zijn eigen gang, gedraagt zich als een "einzegänger" en heeft nogal weinig contact met de meeste van zijn collega's huisartsen; hij heeft een eigen opvatting over collegialiteit en de continuïteit van de verzorging en hij verliest blijkbaar uit het oog dat deontologisch artsen goede collegiale betrekkingen met elkaar moeten onderhouden en collegialiteit een voorname plicht is;

Overwegende dat de Raad dan ook van mening is dat de tenlastelegging onder d. bewezen voorkomt;

De wachtdienst te A wordt ingericht volgens het huishoudelijk reglement van de Huisartsenvereniging; dat reglement bepaalt in fine dat het opgesteld is in 20 exemplaren (18 voor de leden, 1 voor het bestuur en 1 voor de Orde); daarnaast heeft op 24 september 2002 de vzw een "organisatie en afspraken wachtdienst huisartsen te A" uitgewerkt; geen van beide documenten werd aan de Orde overgemaakt, in strijd met de vermelding in fine van het huishoudelijk reglement; daarover aangeschreven door de Voorzitter van de Onderzoekscommissie, omzeilde de voorzitter van de Huisartsenvereniging in zijn antwoord van 1 september 2005 de vraag door voor te houden dat er nooit opmerkingen zijn gekomen van de Orde over de functionering van de wachtdienst;

Doordat echter blijkt dat bij het opmaken van voormelde documenten, de betrokken arts secretaris en wachverantwoordelijke was van de vzw, is de Raad van oordeel dat het hem toekwam de stukken met de werkingsmodaliteiten aan de Orde over te maken, wat hij blijkbaar niet gedaan heeft;

Overwegende dat de tenlastelegging onder e. dan ook eveneens bewezen is;

Overwegende dat de Raad echter van oordeel is dat de tenlasteleggingen onder a. en c. niet bewezen zijn en dat de bewezen tenlasteleggingen

onder b., d., en e. samen moeten beteugeld worden door de hierna vermelde sanctie;

OP DEZE GRONDEN,

De Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen, Rechtdoende op tegenspraak en bij meerderheid van de aanwezige leden,

Verklaart de tenlasteleggingen onder b., d. en e. bewezen en legt aan de betrokken arts voor deze tenlasteleggingen samen de sanctie van de **cen-**  
**suur** op;

Ontslaat hem echter voor de tenlasteleggingen a. en c. van elke tuchtvervolgung.

Aldus uitgesproken op de zitting van woensdag 29 maart 2006.

#### Raad van Beroep :

##### ■ Nietigheid van de bestreden beslissing :

Uit de stukken van de tuchtrechtspleging is komen vast te staan dat de Magistraat-Assessor deelnam aan de zittingen zowel van het Bureau, de Onderzoekscommissie als de zittingen van de provinciale Raad die ten gronde zetelde. Als onderzoekend lid kan overeenkomstig het artikel 6.2 van het E.V.R.M. niet worden aanvaard dat de Magistraat-Assessor na aan het onderzoek van de zaak te hebben deelgenomen, later deelneemt aan de berechting zelfs door een loutere aanwezigheid zonder aan de beraadslaging noch aan de stemming te participeren.

De mogelijkheid van een vermoeden van partijdigheid is voldoende om bij toepassing van artikel 6.2 E.V.R.M. de bestreden beslissing te vernietigen.

De zaak is evenwel in staat van berechting en overeenkomstig het artikel 25 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967 is de Raad van Beroep bevoegd om van de zaak in zijn geheel kennis te nemen.

##### ■ Onderzoek ten gronde :

Tijdens het tuchtrechtelijk onderzoek wordt Dr. X vervolgd wegens de volgende tenlasteleggingen:

Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van het beginsel dat

a. het verzekeren van de continuïteit van de verzorging een deontologische plicht is en elke arts ingeschreven op de Lijst van de Orde, overeenkomstig zijn bevoegdheid, moet deelnemen aan de wachtdienst;



- b. een arts ertoe gehouden is financieel bij te dragen in de werkingskosten van de verplichte wachtdienst;
- c. een arts niet mag nalaten om, conform de geldende afspraken binnen de eigen regionale wachtdienst, de collega's te informeren nopens patiënten van deze collega's die hij gedurende de wachtdienst heeft gezien;
- d. collegialiteit een voorname plicht is en zij moet beoefend worden in eerbied voor de belangen van de zieke;
- e. de werkingsmodaliteiten van de wachtdienst door de verantwoordelijke arts aan de Provinciale Raad van de Orde dienen te worden meege-deeld.

Tijdens het onderzoek ter zitting van de Raad van Beroep is komen vast te staan dat vermelde tenlasteleggingen als volgt dienen heromschreven te worden, mochten de feiten ervan bewezen worden verklaard te A, tussen 16 december 2003 en 25 november 2005:

Bij inbreuk op de artikelen 6, 2° en 16 van het K.B. Nr. 79 van 10 november 1967 en artikel 9, §§ 1 en 2 van het K.B. Nr.78 van 10 november 1967, de eer, de bescheidenheid, de eerlijkheid en de waardigheid van het medisch beroep te hebben geschonden, door:

- a. het verzekeren van de continuïteit van de verzorging een deontologische plicht is en elke arts ingeschreven op de Lijst van de Orde, overeenkomstig zijn bevoegdheid, moet deelnemen aan de wachtdienst ;
- b. een arts ertoe gehouden is financieel bij te dragen in de werkingskosten van de verplichte wachtdienst;
- c. een arts niet mag nalaten om, conform de geldende afspraken binnen de eigen regionale wachtdienst, de collega's te informeren nopens patiënten van deze collega's die hij gedurende de wachtdienst heeft gezien;
- d. collegialiteit een voorname plicht is en zij moet beoefend worden in eerbied voor de belangen van de zieke;
- e. de werkingsmodaliteiten van de wachtdienst door de verantwoordelijke arts aan de provinciale Raad van de Orde dienen te worden meege-deeld.

Deze heromschrijving steunt, zoals de aanvankelijke tenlasteleggingen op dezelfde feiten.

In kennis gesteld van de mogelijkheid van een heromschrijving, heeft Dr. X in persoon en bij monde van zijn raadsman zijn verweermiddelen voorgedragen.

Overeenkomstig artikel 9, § 2, K.B. Nr.78 van 10 november 1967, zoals gewijzigd door de wet van

25 januari 1999, zijn alleen de provinciale commissies bevoegd "geschillen inzake de wachtdiensten te beslechten".

De Raad van Beroep is derhalve niet bevoegd een geschil betreffende de organisatie, de wijze van deelname en de financiering van de wachtdiensten te beslechten.

(cf. Advies Nationale Raad dd. 1 februari 2003 - Wachtdienst - Wederzijdse taken van de provinciale geneeskundige commissies en van de provinciale raden, Tijdschrift van de Nationale Raad, nr. 100, blz. 4).

Slechte houdingen inzake wachtdiensten die een gevaar inhouden voor de patiënten kunnen in het kader van art. 6, 2°, van het K.B. Nr. 79 van 10 november 1967 door de bevoegde tuchtrechtelijke instanties van de Orde der Geneesheren worden beoordeeld.

Er dient derhalve te worden onderzocht of bij de werking van de wachtdiensten en de deelneming eraan, Dr. X zich schuldig zou hebben gemaakt aan de plichten van naleving van de deontologie van zijn beroep door zich te onttrekken aan de plichten de continuïteit van de zorgen van de patiënten te garanderen.

Uit de concrete gegevens van het tuchtdossier kan in genedeel naar recht worden besloten dat de betrokken geneesheer aan deze verplichtingen op enigerlei wijze tekort zou hebben geschoten. Het tegenovergestelde dient eerder te worden aanvaard.

Abstractie gemaakt van enig geschil inzake werking en organisatie van de wachtdiensten dient besloten te worden dat de tenlasteleggingen a, b, c, en d. in de mate deze een tekortkoming zouden kunnen uitmaken aan de eer en de waardigheid van het medisch beroep , zoals omschreven door artikel 6, 2° van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967, naar recht niet bewezen zijn geworden zodat Dr. X uit dezen hoofde ontslag van tuchtvervolgning dient te worden verleend.

OP DIE GRONDEN,

De Raad van beroep, rechtdoende na tegenspraak en beslissend met de meerderheid van de stemmen van de bij de beraadslaging aanwezige leden,

Vernietigt de bestreden beslissing,

Ten gronde oordelend na de zaak tot zich te hebben getrokken,

Zegt voor recht dat de Raad van Beroep niet bevoegd is zich uit te spreken omtrent enig geschil inzake de wachtdiensten.

Heromschrijft de tenlasteleggingen zoals hierboven bepaald.

**Geen tuchtvervolging** bij toepassing van art. 6, 2°, K.B. Nr.79 van 10 november 1967.

Aldus uitgesproken in openbare zitting van 26 maart 2007.

**4. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van het beginsel dat een arts zijn beroep steeds zorgvuldig en gewetensvol dient uit te oefenen en dit onder voorwaarden die de kwaliteit van de zorgen en van de continuïteit van de medische behandeling niet in het gedrang brengen.**

*Niet zorgvuldig en gewetensvol toedienen van zorgen – kwaliteit en continuïteit van zorgen*

**Raad van Oost-Vlaanderen :**

(...)

In voormelde brief liet klaagster (die terloops ook schreef dat zij hoofdverpleegster is geweest) weten dat zij met haar broer, die Alzheimer- en diabetespatiënt is, verblijvend in een RVT, op aanraden van de behandelend tandarts, werd verwezen naar de betrokken arts, stomatoloog, voor extractie van de resterende tanden; klaagster schrijft dat ze om 8 uur verwacht werden in de kliniek op woensdag 18 augustus 2005, dat de ingreep plaats had rond 13 u 45 en dat patiënt rond 16 u 15 terug op zijn kamer was, waar zij als mantelzorgster van haar broer dag en nacht verbleef; dat deze rond 19 u 30 een massa bloed is beginnen overgeven en volledig verschoond werd; dat zich een zelfde scenario voordeed anderhalf uur later; dat de betrokken arts hiervan werd verwittigd doch het niet nodig vond om langs te komen; dat het verplegend personeel een internist heeft verwittigd die anderhalf uur nadien is komen kijken; dat inmiddels de patiënt weer een massa bloed heeft overgegeven, wat nog bleef duren tot 2 uur in de morgen; dat de betrokken arts opnieuw verwittigd werd maar niet is gekomen, aldus klaagster die vervolgens beschrijft wat de internist gedaan heeft, om ten slotte haar verbolgenheid en verontwaardiging om het optreden van de artsen te uiten;

Aangeschreven door de Onderzoekscommissie, reageerde de betrokken arts dat hij overgegaan is tot de extractie van de resterende tanden en wortelresten onder totale narcose maar gezien de mentale toestand van de patiënt en zijn diabetes, er een verhoogd risico was voor infectie; dat er bij het verlaten van de operatiezaal geen actieve bloeding meer was en er preventief ijszakjes werden aangelegd; dat hij na het beëindigen van zijn programma het ziekenhuis verlaten heeft om in zijn praktijk zijn consultatie te houden, dat hij

daar op de hoogte gesteld werd van de bloedingen bij de patiënt en dat, gezien hij bezig was met zijn consultaties, hij opdracht heeft gegeven de stolling te controleren en desgevallend de dienst anesthesie advies te vragen voor eventuele noodzakelijke bijkomende maatregelen, aldus de brief van de betrokken arts;

Aan de Onderzoekscommissie verklaarde de betrokken arts o.m. dat hij tijdens zijn consultaties te verwittigd werd van de bloedingen van de patiënt; dat dit zeker en vast niet uitzonderlijk was; “wat de hoeveelheid bloed betreft, kan ik aannemen dat dit misschien dramatisch is overgekomen; ’s anderendaags zei men mij dat de patiënt koorts deed en ook braakte. Ik geef toe : misschien had ik toch eens moeten langs gaan bij de patiënt; ik ben in de dienst gepasseerd maar ben niet echt bij de patiënt binnengegaan; ik vond dat het probleem met die diabetes niet echt tot mijn competentie behoorde. Misschien had ik er beter aan gedaan de patiënt een dag eerder te laten binnenkomen om preoperatieve onderzoeken te laten uitvoeren.”, aldus de verklaring van de betrokken arts;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat de betrokken arts, alvorens tot de mondoperatie over te gaan, zich op voorhand had moeten vergewissen van de preoperatieve toestand van de Alzheimer en diabetespatiënt; dat hij niet alleen de mond had moeten behandelen maar ook had moeten rekening houden met de mens die zich had aangeboden; dat hij zich te weinig bekommerd heeft over de gevolgen van de operatie, dat hij voor zijn consultatie naar zijn praktijk is vertrokken en zich onvoldoende van de ontstane complicaties heeft aangetrokken en zelfs ’s anderendaags in de kliniek bij de patiënt niet is binnengegaan;

Overwegende dat de Raad derhalve van mening is dat de betrokken arts in casu niet zorgvuldig en gewetensvol is opgetreden en dat hij tevens

de continuïteit van de medische verzorging onvoldoende heeft helpen verzekeren; dat de tenlastelegging dan ook bewezen voorkomt en dat hiervoor de hierna volgende tuchtsanctie is op te leggen;

OP DEZE GRONDEN,

De Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen, Rechtdoende op tegenspraak en bij meerderheid van de aanwezige leden, Verklaart de tenlastelegging bewezen en legt aan de betrokken arts hiervoor de sanctie van **vijf dagen schorsing** op.

Aldus uitgesproken op de zitting van woensdag 20 september 2006.

#### Raad van beroep :

Gelet op de beslissing van de Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren dd. 20 september 2006, waarbij aan Dokter X de tuchtsanctie van vijf dagen schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen werd opgelegd, uit hoofde van de tenlastelegging :

Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van het beginsel dat een arts zijn beroep steeds zorgvuldig en gewetensvol dient uit te

oefenen en dit onder de voorwaarden die de kwaliteit van de zorgen en van de continuïteit van de medische behandeling niet in het gedrang brengen.

Gehoord ter zitting van de Raad van Beroep dd. 16 april 2007, waarop Dr. X niet verschijnt, alhoewel behoorlijk opgeroepen, het verslag uitgebracht door de heer Emeritus Kamervoorzitter L. Gallet ;

Gelet op de brief van Dr. X, aangetekend verstuurd op 10 april 2007, waarbij hij mededeelt dat hij afstand doet van het door hem ingesteld hoger beroep.

Overwegende dat niets het decreteren van deze afstand van hoger beroep in de weg staat.

OM DEZE REDENEN,

De Raad van Beroep, beslissende bij verstek, en met de meerderheid van de stemmen van de bij de beraadslaging aanwezige leden,

Decreteert de **afstand van hoger beroep**.

Aldus uitgesproken in openbare zitting van 23 april 2007.

**5. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de wets- en verordeningbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name door het opstellen/ondertekenen en uitreiken van getuigschriften voor verstrekte hulp van verstrekkingen die niet werden verleend of die niet mochten worden aangerekend omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden niet werd voldaan.**

*Z.I.V. – opstellen van G.V.V.H. voor niet verleende verstrekkingen of voor niet aanrekenbare prestaties*

#### Raad van Oost-Vlaanderen :

(...)

Uit het dossier dat door het RIZIV werd overgemaakt aan de Onderzoekscommissie blijkt dat het profiel van de betrokken arts voor 1999 een totale terugbetaling toont van 5.367.248 Bfr. voor 1578 raadplegingen en 5678 huisbezoeken, waarvan 2216 weekend-, nacht- of avondbezoeken, zijnde 40 % van het totaal, wat wijst op zeer veel van dat soort bezoeken; deze profielgegevens en die van 1998 waren aanleiding tot een verder onderzoek;

De betrokken arts werd door het Comité schuldig bevonden aan de tenlasteleggingen, op grond van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en het KB van 14 september 1984 (nomenclatuur), voor het opstellen/ondertekenen en

uitreiken van getuigschriften voor verstrekte hulp met aanrekenen aan de Z.I.V.:

- a. van 51 niet-verrichte prestaties bij 2 verzekerden, voor een bedrag van 795,22 Euro, in de periode van 16 december 1998 tot 30 december 1999;
- b. van 1912 prestaties die niet-conform werden aangerekend bij 10 verzekerden voor een bedrag van 15.889,60 Euro, in de periode van 16 december 1998 tot 31 mei 2000;

De beide bedragen, samen 16.684,82 Euro, werden door de betrokken arts vrijwillig terugbetaald;

Het Comité beschouwde in zijn beslissing van 24 december 2004 de tenlasteleggingen als bewezen en stelde vast dat de terugbetaling van de betrokken verstrekkingen reeds eerder spontaan gebeurde en dat de termijn voor een bijko-

mende administratieve geldboete verstreken was;

Tijdens de zitting van de Raad betwiste de betrokken arts, zoals voorheen, enkel de "niet-verrichte prestaties" bij twee patiënten (een echtpaar) van wie de man, een gepensioneerd analfabeet hovenier, bij de betrokken arts in het zwart gewerkt had; deze zou aan het onderzoeksteam de prestaties ontkend hebben omdat hij tijdens de ondervraging dacht dat het om een controle op het zwartwerk ging, aldus de betrokken arts.

Het Comité heeft bij het afwegen van de gegevens en verklaringen in het onderzoek, ook de voormelde "niet-verrichte prestaties" als bewezen beschouwd ;

Overwegende dat, nu de betrokken arts geen hoger beroep heeft ingesteld tegen de beslissing van het Comité, deze beslissing definitief is geworden; dat de betrokken arts daarenboven, zoals reeds aangehaald, al de ten onrechte aangerekende bedragen aan het RIZIV heeft terugbetaald (nl.16.684 Euro);

Overwegende dat de Raad dan ook van oordeel is dat de betrokken arts ondeontologisch gehandeld heeft door het uitreiken van getuigschriften van verstrekkingen die niet werden verleend of niet mochten worden aangerekend omdat aan de reglementaire voorwaarden niet voldaan was, zoals door het Comité werd beslist; dat de tenlastelegging derhalve bewezen voorkomt en op de hierna bepaalde wijze is te sanctioneren;

OP DEZE GRONDEN,

De Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen,  
Rechtdoende op tegenspraak en bij meerderheid van de aanwezige leden,  
Verklaart de tenlastelegging bewezen en legt aan de betrokken arts als tuchtsanctie  
**één week schorsing** op.

Aldus uitgesproken op de zitting van woensdag 20 september 2006.

### Raad van Beroep :

Door de beslissing van de Provinciale Raad was uitspraak gedaan over de tegen hem ingestelde vervolging wegens :

Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name door het opstellen/ondertekenen en uitreiken van getuigschriften voor verstrekte hulp

van verstrekkingen die niet werden verleend of die niet mochten worden aangerekend omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden niet werd voldaan.

(...)

### ■ Nietigheid van de bestreden beslissing :

Krachtens artikel 6, 1° van het EVRM heeft eenieder, bij het vaststellen van zijn burgerlijke rechten en verplichtingen, recht op een eerlijke en openbare behandeling van zijn zaak door een onpartijdige rechterlijke instantie bij de wet ingesteld.

Krachtens artikel 7 § 1 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967 betreffende de Orde van Geneesheren is elke provinciale Raad (bevoegd in tuchtzaken) samengesteld uit verkozen gewone en plaatsvervangende geneesheren (lid 1) en een (door de Koning benoemde) gewoon en plaatsvervangende bijzitter (lid 2). Uit deze bepaling en uit artikel 3 van het K.B. van 06.02.1970 (tot regeling van de organisatie en de werking van de raden van de Orde van Geneesheren) blijkt onbetwistbaar dat de bijzitter lid is van de provinciale Raad zonder dewelke deze niet wettig zitting kan houden.

Op de vraag of de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de rechter (vereist door het EVRM) verzoenbaar is met een stelsel waarin een lid van een rechtsprekend orgaan het recht heeft om hoger beroep in te stellen tegen de beslissing van dat orgaan moet negatief geantwoord worden (zie het arrest van het Hof van Cassatie in openbare zitting uitgesproken op 22 december 2005 - Orde van Architecten - Nr.D. 04.0021.N.)

Uit wat voorafgaat, blijkt dat de bestreden beslissing moet te niet gedaan worden zodat de Raad van Beroep dient kennis te nemen van het "geheel van de zaak" bij toepassing van artikel 25 § 4 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967.

Volledigheidshalve wordt aangestipt dat, ingevolge artikel 97 van de wet van 1 maart 2007 (B.S. 14.3.2007), waarbij artikel 21 van het K.B. Nr.79 van 10.11.1967 in die zin werd gewijzigd, dat de magistraat-assessor geen hoger beroep meer kan instellen tegen de beslissingen van een provinciale Raad, met als gevolg dat de aangehaalde nietigheidsgrond vervalt voor de uitspraken, die dateren van na de inwerkingtreding van deze wet.

■ Ten gronde :

Ter zitting dd. 1 oktober 2007 werd aan Dr. X medegedeeld dat hij zich diende te verdedigen over dezelfde feiten, thans omschreven als volgt : “De eer, de waardigheid en de eerlijkheid te hebben geschonden van het medisch beroep in de zin van art. 6, 2° van het K.B. Nr.79 betreffende de Orde der geneesheren, door een ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de wets- en verordeningsbepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met name door het opstellen/ondertekenen en uitreiken van getuigschriften voor verstrekte hulp van verstrekkingen die niet werden verleend of die niet mochten worden aangerekend omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden niet werd voldaan, feiten waarvan sprake in de beslissing van het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV dd. 24 september 2004 en navolgende stukken”.

Voor de Raad van Beroep heeft Dr. X geen andere verweermiddelen aangevoerd dan hetgeen hij tijdens zijn verhoor door de onderzoekscommissie van de provinciale raad had aangevoerd. Hij beweerde dat de verhoren van het echtpaar "moeilijk als geldig bewijsmateriaal mogen geobjecteerd worden" omdat de man analfabeet was en de vrouw laag begaafd en omdat ze schrik hadden van bestraffing wegens zwart werk dat ook bij hem thuis werd gepresteerd.

Het staat vast dat Dr. X heeft berust in de beslissing van het Comité van het RIZIV en dat hij de gevorderde bedragen vrijwillig heeft betaald.

De bewering van Dr. X heeft uitsluitend betrekking op de echtgenoten Y en Z. In de beslissing van het comité van het RIZIV werden deze patiënten vermeld onder de betichting van het aanrekenen van niet verrichte prestaties voor een bedrag van 795,22 Euro en onder de betichting voor het aanrekenen van niet-conforme prestaties slechts voor een bedrag van 187,82

Euro terwijl het totaal van de terugvordering wegens niet-conforme prestaties 15.889,60 Euro bedraagt, voor alles samen 1.912,00 Euro niet-conforme prestaties. De - overigens niet bewezen - bewering inzake de echtgenoten Y en Z kan derhalve slechts slaan op een klein gedeelte van de door het RIZIV bestrafte inbreuken.

De berusting in de beslissing van het Comité en het ontbreken van enige verklaring voor het zeer groot aantal niet-conforme prestaties wijst op een zeer laakbare houding van de geneesheer en kan niet het gevolg zijn van een vergissing. Het betreft derhalve een zware deontologische fout en een ernstige schending van de eer, de eerlijkheid en de waardigheid van het beroep.

De straf dient in verhouding te zijn met de ernst en de zwaarwichtigheid van deze fout en moet daarom bepaald worden op een schorsing van één maand.

OP DEZE GRONDEN,

De Raad van Beroep, beslissende op verzet en met de meerderheid van twee/derde van de stemmen van de bij de beraadslaging aanwezige leden,

Verklaart het verzet ontvankelijk, doet de aangevochten beslissing teniet en opnieuw oordelend over het beroep tegen de beslissing van de provinciale Raad,

Doet de bestreden beslissing van de provinciale Raad van P teniet,

Trekt de zaak aan zich en zelf ten gronde recht doende,

Zegt dat de feiten ten laste gelegd aan Dr. X bewezen zijn en veroordeelt hem uit dien hoofde tot een **schorsing van één maand** uit het recht de geneeskunde uit te oefenen.

Aldus uitgesproken in openbare zitting van 5 november 2007.

**6. TENLASTELEGGING : Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat een arts die krachtens de vigerende wetgeving betreffende de bloedproef met het oog op het bepalen van het alcoholgehalte, wordt opgevorderd, de gevraagde bloedproef dient te verrichten, behoudens de uitzonderingen zoals opgenomen in artikel 131 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer.**

*Bloedproef met oog op bepalen alcoholgehalte*

**Raad van Oost-Vlaanderen :**

(...)

Door voormelde brieven liet de Procureur des Koning aan de Raad weten dat er door de politie een proces-verbaal werd opgesteld lastens betrokken arts (die niet van wacht was) omdat hij geweigerd had in de nacht van donderdag op vrijdag, een bloedproef te nemen op een persoon bij wie vastgesteld was dat hij onder invloed had gereden; dien tengevolge werd een andere arts bereid gevonden een bloedproef te komen afnemen;

Geconfronteerd met deze politionele vaststellingen, ontkent de betrokken arts deze feiten niet doch, aangeschreven door de Onderzoekscommissie, stelt hij zich over zijn weigering, op een principieel standpunt; en voor de Onderzoekscommissie verklaarde hij dat in zijn visie, hij als arts van wacht zich volledig ter beschikking moet stellen van de patiënt en dat dit toch moeilijk te combineren is met het feit (als opgevorderde arts) tezelfdertijd het verlengde van de wet te zijn; dat hij daarom vindt dat de twee functies volledig dienen gescheiden te worden;

Overwegende dat de Raad van oordeel is dat er begrip kan opgebracht worden voor het standpunt van de betrokken arts doch dat er echter geen rekening kan gehouden worden bij de beoordeling van de tenlastelegging met ontwerpen en/of voorstellen van wetswijzigingen ("de lege ferenda"), maar enkel met de bestaande wetgeving; dat ook (artikel 131 van de Code van) de geneeskundige plichtenleer het nemen van een bloedstaal aan een opgevorderde arts uitdrukkelijk gebiedt, behoudens in de er opgesomde gevallen die evenwel in casu niet van toepassing zijn; dat de Nationale Raad die de medische deontologie formuleert, zijn standpunt (nog) niet heeft gewijzigd; dat de tenlastelegging derhalve bewezen voorkomt en op de hierna vermelde wijze is te sanctioneren;

OP DEZE GRONDEN,  
De Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen,  
Rechtdoende op tegenspraak en bij meerderheid van de aanwezige leden,  
Verklaart de tenlastelegging bewezen;

En legt aan de betrokken arts de sanctie van de **waarschuwing** op.

Aldus uitgesproken ter zitting van woensdag 28 februari 2007.

**Raad van beroep :**

Bij beslissing van de provinciale Raad van de Orde van Geneesheren dd. 28 februari 2007 werd t.a.v. Dr. X de tuchtsanctie van waarschuwing uitgesproken op grond van de tenlastelegging:

Ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat een arts die krachtens de vigerende wetgeving betreffende de bloedproef met het oog op het bepalen van het alcoholgehalte, wordt opgevorderd, de gevraagde bloedproef dient te verrichten, behoudens de uitzonderingen zoals opgenomen in artikel 131 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer, feiten waarvan sprake in de brieven van 18 en 31 mei 2006 van de Procureur des Konings.

(...)

Aan appellant werd ter zitting meegedeeld dat hij zich diende te verdedigen omtrent de volgende heromschreven tenlastelegging, gesteund op dezelfde feiten als de oorspronkelijke tenlastelegging :

"Te W op 17 maart 2006, bij inbreuk op de artikelen 6, 2° en 16 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967, de eer, de bescheidenheid, de eerlijkheid en de waardigheid van het medisch beroep te hebben geschonden door ondeontologische handelwijze door het niet naleven van de beginselen dat een arts die krachtens de vigerende wetgeving betreffende de bloedproef met het oog op het bepalen van het alcoholgehalte, wordt opgevorderd, de gevraagde bloedproef dient te verrichten."

Na kennisname van deze heromschrijving heeft appellant bevestigd dat hij desbetreffend geen bemerking te maken had.

- T.a.v. Nietigheid van de bestreden beslissing :

Krachtens artikel 6, 1° van het EVRM heeft eenieder, bij het vaststellen van zijn burgerlijke rechten en verplichtingen, recht op een eerlijke en openbare behandeling van zijn zaak door een onpartijdige rechterlijke instantie bij de wet ingesteld.

Krachtens artikel 7 § 1 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967 betreffende de Orde van Geneesheren is elke provinciale Raad (bevoegd in tuchtzaken) samengesteld uit verkozen gewone en plaatsvervangende geneesheren (lid 1) en een (door de Koning benoemde) gewoon en plaatsvervangende bijzitter (lid 2). Uit deze bepaling en uit artikel 3 van het K.B. van 06.02.1970 (tot regeling van de organisatie en de werking van de raden van de Orde van Geneesheren) blijkt onbetwistbaar dat de bijzitter lid is van de provinciale Raad zonder dewelke deze niet wettig zitting kan houden.

Op de vraag of de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de rechter (vereist door het EVRM) verzoenbaar is met een stelsel waarin een lid van een rechtsprekend orgaan het recht heeft om hoger beroep in te stellen tegen de beslissing van dat orgaan moet negatief geantwoord worden (zie het arrest van het Hof van Cassatie in openbare zitting uitgesproken op 22 december 2005 - Orde van Architecten - Nr. D. 04.0021.N.)

Uit wat voorafgaat, blijkt dat de bestreden beslissing moet te niet gedaan worden zodat de Raad van Beroep dient kennis te nemen van het "geheel van de zaak" bij toepassing van artikel 25 § 4 van het K.B. Nr.79 van 10 november 1967.

Volledigheidshalve wordt aangestipt dat, ingevolge artikel 97 van de wet van 1 maart 2007 (B.S. 14.3.2007), waarbij artikel 21 van het K.B. Nr.79 van 10.11.1967 in die zin werd gewijzigd, dat de magistrat-assessor geen hoger beroep meer kan instellen tegen de beslissingen van een provinciale raad, met als gevolg dat de aangehaalde nietigheidsgrond vervalt voor de uitspraken, die dateren van na de inwerkingtreding van deze wet.

- T.a.v. de grond van de tenlastelegging :

De heromschrijving van de tenlastelegging steunt op dezelfde feiten als deze van de oorspronkelijke telastlegging.

Appellant heeft ter zitting van deze raad expliciet bevestigd dat hij niet betwist geweigerd te hebben (tijdens de nacht van 16.03.06 op 17.03.06) de vordering van de politie te W - tot uitvoering van een bloedafname - uit te voeren zoals vastgesteld in het procesverbaal van deze politie van 17.03.2006.

In zijn brief waarbij hij hoger beroep instelt (dd. 13.03.03) benadrukt appellant vooreerst dat hij "wel degelijk van wacht was..."

Dit is een overbodige benadrukking nu het overduidelijk is (op grond van alle gegevens van het provinciaal dossier en inz. van voormeld p.v. van de politie) dat de vermelding in de bestreden beslissing (dat hij niet van wacht was) een loutere materiële vergissing is in de redactie van deze beslissing.

Vervolgens beklemtoont hij in zijn beroepsbrief dat tijdens zijn wachtdienst zijn curatieve verantwoordelijkheid voor alle op het grondgebied verblijvende personen tegenstrijdig was met opdrachten van gerechtelijke aard, standpunt dat hij trouwens tijdens gans het onderzoek in nam.

Dit standpunt is niet gegrond nu de dokter, door het uitvoeren van de opdracht (het bepalen van het alcoholgehalte in het bloed van een persoon), louter technische bijstand verleent aan de vorderende overheid opdat de bloedafname op een medisch verantwoorde wijze zou geschieden en dit met toepassing van een aantal wettelijke voorschriften.

Bij de uitvoering van zijn opdracht is de dokter noch aan het genezen noch aan het vervolgen zodat hij bezwaarlijk (vermeende of echte) gewetensproblemen moet of kan hebben voor een niet bestaande "incompabiliteit" of "dualiteit".

De mening van appellant dat moet gewacht worden op "correcties" die aan een volgens hem "slecht samengestelde wet" zouden moeten aangebracht worden om te vermijden dat de dokters (zoals thans) "verkeerde handelingen zouden moeten stellen", is totaal ongemotiveerd en irrelevant.

Tenslotte kan de opwerping van appellant (in zijn beroepsbrief) "dat de uitzonderingen voorzien in art. 131 van de Code dus wel degelijk toepasselijk zijn..." op hem als wachtgeneesheer niet ernstig genomen worden nu hij niet aantoonde welke van de drie voorwaarden aangehaald in art. 131 (van de code van geneeskundige plichtenleer) kon ingeroepen worden in de nacht van 16 op 17 maart 2006 toen hij weigerde in te gaan op de vordering van de politie van W.

De totaal onverantwoorde weigering van appellant om de vordering tot afname van een bloed-

staal uit te voeren moet als zeer ernstig aangezien worden.

De raad van beroep kan bovendien niet voorbijgaan aan de "inlichtingen" en de "bijkomende inlichtingen" die door het p.v. van de politie van W worden verstrekt en die door niets op enige ernstige wijze worden tegengesproken of afgezwakt.

De Raad van Beroep is van oordeel dat de tuchtsanctie van berisping billijk en rechtmatig voorkomt.

OP DIE GRONDEN,

De Raad van Beroep, beslissende op tegenspraak,

Ontvangt het hoger beroep van Dr. X tegen de beslissing van de provinciale Raad van de Orde van Geneesheren uitgesproken op 28 februari 2007,

Doet de bestreden beslissing teniet en, zelf ten gronde beslissend met de twee/derde meerderheid van de stemmen van de bij de beraadslaging aanwezige leden,

Verklaart de heromschreven tenlastelegging beproven en gegrond en spreekt de tuchtsanctie van **berisping** uit.

Aldus uitgesproken in openbare zitting van 19 november 2007.