

Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de wachtarts om zich te verplaatsen

Doc	a130015
Publicatiedatum	08/05/2010
Origine	NR
	Huisarts
Thema's	Wachtdiensten
	Telefonisch advies

Betreffende de organisatie van de wachtdiensten in de huisartsgeneeskunde, het antwoord op een stelling van Dr. DAVID SIMON (MG-Action en UMGB - Union des Médecins Généralistes Borains), verwoord in juridische documenten [1](Juridische documenten (brief 7 december 2009) Marc UYTENDAELE – Marie COOMANS) en artikels in de medische pers (Journal du Médecin nr. 2045 – 11/12/2009 en Artsenkrant nr. 2048 – 22/12/2009): “de vervanging van de verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen door een triagesysteem van de oproepen, dat de noodzakelijke garanties geeft voor een goede toediening van de zorgen, onder de verantwoordelijkheid van de Staat via callcenters (TASRE – triage des appels sous la responsabilité de l’état).”

Advies van de Nationale Raad :

De Nationale Raad besprak op 8 mei 2010 de problematiek van de wachtdiensten - in het bijzonder de verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen - op basis van juridische documenten en artikels in de medische pers, aangebracht door dr. X die alternatieven voorstelde om de triage van oproepen te laten uitvoeren onder verantwoordelijkheid van de overheid, via callcenters.

Die informatie is bekeken vanuit de huidige stand van zaken wat betreft het strafrecht, het burgerlijk recht, het wettelijk medisch kader en de deontologie.

1. Strafrecht

De aangebrachte juridische denkpiste is dat, als de huisarts niet zelf antwoordt op een telefonische oproep, hij niet op de hoogte is van de toestand van de patiënt zolang de persoon die wel de telefoon beantwoordt hem niet op de hoogte heeft gebracht. Als die persoon dan oordeelt dat de toestand "niet ernstig" is en dat er geen reden is om een huisarts ter plaatse te sturen, zal de huisarts ook niet verwittigd worden en is hij dus niet op de hoogte van een eventueel "ernstig gevaar". Aldus zouden de voorwaarden van art. 422bis SW (hulpverleningsplicht) niet vervuld zijn, in hoofde van de huisarts.

Het uitgangspunt is dus om de wettelijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid - volgens art. 422bis SW - van de huisarts van wacht juridisch te omzeilen door het creëren van een soort tussenstation (dispatching- of callcenter waar de zorgaanvraag én -triage door een "derde" wordt behandeld) als een feitelijke barrière tussen de patiënt (of zijn omgeving) en de huisarts van wacht, die dan "niet meer persoonlijk" akte kan nemen van "de toestand die hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen. (...) en indien hij op grond van de omstandigheden waarin hij werd verzocht te helpen kon geloven dat het verzoek niet ernstig was of dat er gevaar aan verbonden was", dan kan hij niet gestraft worden.

- Een eerste vraag is of een huisarts van wacht zich in de geest van art. 422bis SW zo permanent "onbereikbaar" kan opstellen voor de ontvangst én de beoordeling van de zorgvraag - met de inherente verantwoordelijkheid en beroepsaansprakelijkheid - van "degenen die zijn hulp inroepen" door dit systematisch aan een "derde" over te laten en/of dit op deze af te wentelen bij eventuele problemen.

De toepasbaarheid van art. 422bis SW op artsen [2] is nochtans evident (cf. jurisprudentie). Bovendien wordt de hulpverleningsplicht nog eens verzaamd in het kader van de uitoefening van de wachtdienst versus artsen die niet van wacht zijn (en die juist door het bestaan van een wachtdienst eventueel een verzachtende omstandigheid kunnen aanwenden).

In elk geval mag een arts - zeker hij die van dienst is tijdens een wachtdienst - zich niet in de onmogelijkheid plaatsen om de ernst van een gevaar te (kunnen) inschatten, omdat bij de hulpverlening deskundigheid een belangrijke factor is.

De arts mag zich niet tevreden stellen met een beschrijving van de toestand door diegene die zijn hulp inroept (zelfs niet via een collega); de arts moet integendeel "actief" informatie inwinnen en moet zich zo een nauwkeurig oordeel vormen van de situatie. Er wordt verwacht dat de arts zich exact op de hoogte stelt en dat hij

zich bij twijfel (o.a. telefonische oproepen met onduidelijkheid) ter plaatse begeeft.

Bij de werking van de wachtdienst - en in het kader van art. 422bis SW - speelt het onderscheid tussen hulp "verlenen" (venir en aide) en hulp "verschaffen" (procurer une aide) [3] : het eerste is de plicht om zelf te handelen, het tweede is deze om hulp in te roepen van een ander en dit dan nog nadat men zelf eerst hulp heeft verleend.

Het zich "onbereikbaar" opstellen kan enkel voor artsen die niet van wacht zijn, juist omdat er een wachtdienst bestaat en zij daarop beroep doen voor de continuïteit van de zorg.

- Een tweede vraag is of een toepassing van dergelijk procédé de uitvoering van art. 422bis SW onmogelijk maakt versus enerzijds de "uitvoerende" huisarts van wacht en de "organiserende" huisartsenkring, en anderzijds wat de verantwoordelijkheid én aansprakelijkheid wordt van die "derde".

De meeste huisartsenkringen werken met een lokaal centraal oproepnummer, dat ofwel direct opgenomen wordt door de huisarts van wacht zelf, ofwel indirect via een telefonische receptionist die dan - zonder zorgtriage maar met beschrijving van de zorgvraag - elke oproep gestandaardiseerd en onmiddellijk doorgeeft aan de huisarts van wacht. Soms kan de huisarts van wacht dan zelf persoonlijk contact opnemen met de patiënt en aanvullend directe(re) informatie inwinnen.

In beide gevallen blijft de huisarts van wacht dus "bereikbaar" en draagt hij de volledige verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorgvraag en voor de hulpverleningsplicht conform art. 422bis SW.

Bij het voorgestelde systeem van een dispatching- of callcenter wordt daarentegen de zorgvraag daar telefonisch ontvangen én ook daar beoordeeld - naar ernst én uitvoering - door een "derde": die beslist over een eventuele verplaatsing van de huisarts.

De kwalificatie van die "derde" staat ter discussie: is het al dan niet een arts?

Kan het systematisch beoordelen van een medisch probleem - seu zelfs het stellen van een diagnose en het daaraan al dan niet verbinden van een (be)handeling - gebracht worden onder de noemer "(onwettige) uitoefening van de geneeskunde"?

- Blijft de gekende problematiek van het telefonisch inschatten [4] van een medisch probleem zonder onderzoek (telefonisch consult/advies), zelfs door een arts.

De communicatie van de zorgvraag of van het medisch probleem naar de huisarts van wacht is in het voorgestelde systeem zeker problematisch, waarbij blijkbaar ook een eventuele "weigering" van het sturen van de huisarts van wacht en dus een non-informatie van die huisarts - cf. de geciteerde "wettelijke" verschoningsgrond van art. 422bis SW - tot de mogelijkheden behoort.

Er bestaat een telefonische "triage" van dringende geneeskundige oproepen via de dienst "100". Dit valt onder de Wet Dringende Geneeskundige Hulpverlening (8 juli 1964). Er wordt echter via de "100" in elk geval een passend gevolg gegeven aan elke oproep én men geeft zelfs een opvorderingsrecht aan de receptionist (art. 4): "Op aanvraag van de aangestelde van het eenvormig oproepstelsel, welke persoonlijk tot een geneesheer wordt gericht, is deze verplicht zich op de aangeduide plaats te begeven en er de eerste noodzakelijke zorgen toe te dienen aan de personen bedoeld in het eerste artikel."

Het belangrijkste probleem blijft de aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid van die "derde" persoon die systematisch ingeschakeld wordt als tussenstation tussen de zorgvragende patiënt en de huisarts van wacht en die ook belast wordt met de triage van de zorgvraag en de beslissing om al dan niet de huisarts uit te sturen om hulp te verlenen.

- Aansluitend is dan de vraag wie daarvan de organisatie desgevallend op zich zal nemen: de staat (personne publique) of een privaat rechtspersoon (personne privée).

Uit de voorliggende juridische analyse blijkt echter dat de eerste optie, TASRE (tri des appels sous la responsabilité de l'Etat), als niet voor de hand liggend wordt beoordeeld.

De tweede optie is dan de oprichting van dispatching- of callcenters door private rechtspersonen. De allusie die in de analyse gemaakt wordt is het afwentelen van de verantwoordelijkheid van de "derde" persoon (personeelslid) die instaat voor de telefonische receptie en beoordeling van de zorgvragen naar die "rechtspersonen": die dan wél verantwoordelijk zouden kunnen gesteld worden voor een slechte organisatie.

In het kader van de oprichting van die geciteerde dispatching- en callcenters en de mogelijkheid tot zorgtriage door een "derde", verwijzen de voorliggende juridische documenten naar het wettelijk kader van huisartsenkringen: het KB. 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen, art. 5, 8°(aangevuld KB. 9 december 2004 tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen) "het eventuele gebruik van een systeem van centraal oproepnummer gebeurt volgens de artikelen 2, 5°, en 4 van het KB 4 juni 2003 tot vaststelling van de voorwaarden (...) die een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsenkringen (...)."

Uit de lezing van die KB's blijkt dat dergelijke conclusies zowel structureel als inhoudelijk verkeerd zijn en dat ze dan ook ten onrechte geëxtrapoleerd worden naar een systeem van dispatching- of callcenter mét een zorgtrialoge.

De meeste huisartsenkringen hebben zoals reeds gesteld een eigen lokaal centraal oproepnummer. De kring krijgt een basisfinanciering voor haar opdrachten doch niet voor dat oproepnummer, maar kan wél "aanvullend financiering" verkrijgen indien dat oproepnummer operationeel wordt gemaakt (binnen de zorgzone van één of meer erkende kringen) "als een systeem van centraal oproepnummer (...) in wederzijdse samenwerking met andere beroepsdisciplines van de eerste lijn op contractuele basis."

Het is primo structureel duidelijk dat dit "systeem van centraal oproepnummer" volledig onder het beheer én de verantwoordelijkheid van de organiserende huisartsenkring vzw. valt én blijft, doch hier enkel contractueel (!) opengesteld wordt naar andere beroepsdisciplines op de eerste lijn.

Secundo is er inhoudelijk op geen enkel ogenblik sprake van enige medische zorgtrialoge, doch in voorkomend geval enkel van een "dispatching" van een oproep - in de betekenis van een gewone "doorverwijzing" - naar de desbetreffende aangesproken beroepsdiscipline(s) op de eerste lijn.

2. Burgerlijk recht

De organisatie van de huisartsenwachtdienst is toegekend aan de huisartsenkringen Het KB 8 juli 2002 - Opdrachten huisartsenkringen - Afdeling II. art.5 bepaalt de normen waaraan voldaan moet worden: in het bijzonder 5, 3° de opstelling van een huishoudelijk reglement van de wachtdienst en 5, 5°, de duidelijke bekendmaking van de wachtdienst aan de bevolking, waarbij dus én het systeem én de modaliteiten van die communicatie met de bevolking moet worden verstaan.

De huisartsenkring vzw is de wettelijke organisator, de lokale huisarts de uitvoerder. Tussen beiden bestaat er een "contractuele band" via het huishoudelijk reglement van de wachtdienst, nagezien en goedgekeurd door de PGC en de PRO.

De burgerlijke aansprakelijkheid situeert zich dus in het exact uitvoeren van de "contractuele" opdracht van de wachtdienst, waarbij de huisartsenkring en huisarts van wacht partij zijn en daarnaast ook alle lokale huisartsen aangezien die een beroep doen op de wachtdienst (zowel in de weekends en feestdagen maar ook tijdens de week voor de normale continuïteit van de zorg), en tot slot de huisartsen en de huisartsenkring gezamenlijk versus de bevolking (wachtdienst) en/of de individuele patiënt (continuïteit van de zorg).

De wachtdienst van huisartsen - op de eerste lijn - staat echter vooral in voor "een regelmatige én normale toediening van de zorgen" en niet in de eerste plaats "dringende geneeskundige zorgen" (DGH waarvan de organisatie een afzonderlijk wettelijk kader heeft en behoort tot de tweede lijn), wat de fundamentele tegenstelling is in de proefprojecten "1733" e.a. (cf. hieronder).

Derhalve dient een voorbehoud gemaakt voor een al te exclusieve benadering van de aansprakelijkheid enkel vanuit het oogpunt van de hulpverleningsplicht (art. 422bis SW.) alhoewel uiteraard toepasselijk in functie van de ernst van de zorgvraag.

3. Wettelijk kader

De basis voor de huisartsenwachtdienst is het KB 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 8, § 1, (continuïteit van de zorgen) en art. 9 (instellen van wachtdiensten): beide artikels hebben met elkaar gemeen dat ze als doel hebben de beschikbaarheid en bereikbaarheid van artsen te waarborgen [5].

- In de voorliggende juridische documenten wordt een aanpassing voorgesteld aan het KB. 78, art. 9, waarbij de normen zouden bepaald worden waaraan de werking van de systemen van gecentraliseerde oproep tijdens de wachtdienst zouden moeten voldoen: in het bijzonder de bepaling dat die dispatching- en callcenters autonoom zouden kunnen beslissen over de noodzaak om (g)een geneesheer te sturen.

Dit principe sluit aan bij het project "1733" volgens het KB 28 november 2008 (Charlerloi, Centre et Binche, Mons), een "Project voor een registratie van de activiteit van de huisartsgeneeskunde tijdens de wachtperiodes en de analyse van de haalbaarheid van de organisatie van een dispatching van de huisartsgeneeskunde onder coördinatie van een groepering van huisartsenkringen" en het analoog project "HA-disp" KB 5 februari 2009 (Brugge) en nu ook uitgebreid naar de ganse provincie Luxemburg (KB's 26 januari 2010): deze projecten hebben als gezamenlijk doel "een regulering van de medische oproepen voor de huisartsgeneeskunde en de nodige wijzigingen aan de wetgeving (...)".

Een van de uitgangspunten van de geciteerde projecten "1733" e.a. is (citaat): "dat de verplaatsing van de huisartsen naar de patiënten thuis in een aantal gevallen niet nodig is of kan worden uitgesteld, een verlies van doeltreffendheid en een hoge kost met zich meebrengt, en de missies actief kunnen geschift worden zoals dat gebeurt bij de schifting van middelen door de 100-centrale bij oproepen voor dringende hulpverlening." (einde citaat)

De FOD Volksgezondheid stelt een nieuw "centraal eenvormig oproepnummer" voor dat door hen georganiseerd wordt en dat samenwerkt met de "lokale eenvormige oproepnummers" (van de huisartsenkringen KB 8 juli 2002, art. 5, 8°) volgens protocollen die in het project moeten worden vastgelegd.

Dat FOD-centraal eenvormig oproepnummer sluit nauw aan bij het analoog "eenvormig oproepstelsel (dienst 100) tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening" (KB 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, art. 6quinquies) en beoogt in fine een integratie in de dienst 100.

De projecten "1733" e.a. staan in direct verband met de "Algemene Beleidsnota" (Kamer van Volksvertegenwoordigers - 31 oktober 2008) van minister Onkelinx, onder punt 8. "Verbetering van de dringende medische hulpverlening" (pag. 39).

Dergelijke integratie van alle medische oproepen, ook deze bestemd voor huisartsen voor een "normale en regelmatige toediening van de zorgen" zowel in de wachtdienst (KB 78, art. 9) als voor de continuïteit van de dagelijkse zorgen (KB 78, art. 8, §1), in het kader van de organisatie van "de dringende geneeskundige hulp" (DGH, "100") - met een eigen wettelijk kader - is op zijn minst onnatuurlijk en controversieel: niet enkel door een medische zorgtriage die hierbij als standaard voorgesteld wordt en de eventuele inschakeling van de huisarts van wacht in het systeem van de DGH, maar vooral door de reeds voorziene optie om zelfs helemaal géén huisarts uit te sturen.

- De Nationale Raad verwijst naar het advies van de Nationale Raad van 6 december 2008 "Wachtdienst in huisartsgeneeskunde - Wijziging van advies van 4 oktober 2008" "Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde - begeleiden van een patiënt met een ambulance" TNR 123, waarbij - voor de inschakeling van de huisarts van wacht in dringende geneeskundige hulp - aandacht wordt gevraagd voor een aantal cruciale wrijvingspunten.

Indien er echter een analoog centraal eenvormig oproepnummer komt net zoals de dienst "100" of zelfs daarin geïntegreerd, dan volgt daaruit onmiddellijk een analoog opvorderingsrecht van die regulator t.o.v. de huisarts van wacht.

- Het Jaarverslag 2006 [6] van de Federale Ombudsdienst "Rechten van de patiënt" geeft verslag van klachtmeldingen over de dokter van wacht: het niet-tussenkomen van de dokter van wacht na een telefonische oproep is steeds de aanleiding.

(citaat) "De federale ombudsdienst benadrukt het belang van het vertrouwen dat de patiënt moet kunnen stellen in een wachtdienst, die de patiënt een kwaliteitsvolle dienstverstrekking aanbiedt, waarop de patiënt recht heeft, in navolging van zijn telefonische oproep voor een volgens de patiënt dringend geval. Een telefonisch advies van een arts beantwoordt op geen enkele wijze aan een kwaliteitsvolle zorgverlening.

De federale ombudsdienst stelt zich eveneens de vraag wat de patiënt kan verstaan onder de inhoud van een kwaliteitsvolle zorgverstrekking door een beroepsbeoefenaar in het kader van de continuïteit van de zorgen of dringende hulpverlening." (einde citaat)

De correcte uitvoering van de Wet patiëntenrechten (WPR 22 augustus 2002) speelt in deze dus een essentiële rol: de patiënt is de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt al dan niet op eigen verzoek, o.a. op verzoek van zijn vertegenwoordiger (art. 12-15) of in een situatie van spoedhulp (art. 8, §5).

- De Nationale Raad verwijst in zijn advies van 8 mei 2010 binnen dat kader van de WPR naar enkele basisrechten van de patiënt:

WPR art. 5. De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.

De arts - ook de huisarts als beroepsbeoefenaar tijdens de wachtdienst - moet zich voor die kwaliteitsvolle dienstverlening gedragen overeenkomstig de zorgvuldigheidsnormen zoals bepaald in het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht, en dit volgens de geldende standaarden en de wetenschappelijke normen [7].

Tijdens de wachtdienst behandelt de huisarts meestal patiënten die hij niet kent en hij kan dus noch de medische antecedenten noch de sociofamiliale context inschatten. De moeilijkheid bestaat erin om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen medisch objectieve/objectiveerbare "behoefte" en eerder subjectieve "wensen".

Het blijft precair als beslissingen enkel genomen worden op basis van communicatie van op afstand (cf. telefonische consulten, dispatching- en/of triagesystemen) zonder enig onderzoek door de wachtarts van de betrokken "patiënt" in loco. (Advies van de Nationale Raad van 16 februari 2008 "Telefonisch advies door een arts - Ereloon" TNR 120, p. 5 - Advies van de Nationale Raad van 7 juni 2008 "Telefonisch advies door een arts - Ereloon" TNR 121, p. 6 - Adviezen van de Nationale Raad van 6 december 2008 "Wachtdienst in huisartsgeneeskunde - Wijziging van advies van 4 oktober 2008" en "Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde -

begeleiden van een patiënt met een ambulance" TNR 123).

WPR art. 6. De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

Tijdens de wachtdienst is die vrije keuze echter de facto beperkt (als er meer dan één huisarts van wacht is) of is zelfs onbestaande (slechts één huisarts van wacht).

Dat feit heeft een belangrijke impact op de rechtsverhouding die zo ontstaat tussen de arts en de patiënt, gezien de evidente noodzaak voor elke patiënt in die omstandigheden een beroep te moeten doen op die arts(en) van wacht waardoor een behandelingsovereenkomst - voor beide partijen - veel minder vrijblijvend wordt, laat staan dat ze al kan geweigerd worden door de huisarts van wacht.

4. Deontologie

De wettelijke opdracht van de Nationale Raad is bepaald in het KB nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren. Zij bestaat o.m. uit de opstelling van de beginselen en regelen die de Code van medische plichtenleer vormen, met de volgende verwijzing in art. 15. §1:

"de code bevat inzonderheid de regelen betreffende de continuïteit van de verzorging waartoe ook het inrichten van de wachtdienst behoort (...)."

De relatie met de deontologie in het genoemde KB nr. 78 zijn ook duidelijk én wettelijk bepaald.

- Zoals reeds vermeld zijn beide volgende artikels complementair en bepalen ze de bereikbaarheid en beschikbaarheid van artsen:

Art. 8, § 1. het verzorgen van de continuïteit van de zorgen door de artsen wordt beoordeeld door de provinciale raden van de Orde.

Art. 9, § 1. de huisartsen die deelnemen aan de wachtdiensten moeten het huishoudelijk reglement van de wachtdienst "onderschrijven" en ze moeten zich houden aan de deontologische regels.

Het is voor de ordinale organen een belangrijke wettelijke opdracht om de werking van de wachtdienst nauwgezet te blijven toetsen aan de deontologie en de Code van geneeskundige plichtenleer:

- Art. 27 (Code). Vrije keuze van de patiënt: is hier onvermijdelijk beperkt door de praktische organisatie van de wachtdienst én met een permanent kwaliteitsvol zorgaanbod.

Beperkt = de patiënt kan niet anders dan beroep te doen op die huisarts die van wacht is, zodat er een quasi obligate behandelingsovereenkomst ontstaat.

Permanent = belangrijk is dat de continuïteit van de zorg in de overgrote meerderheid van de gevallen wordt waargenomen via de inschakeling van de wachtdienst.

Kwaliteitsvolle zorgverlening is een essentieel onderdeel van de wachtdienst, staat in correlatie met de WPR (Wet patiëntenrechten) en moet zeer nauw aansluiten bij de courante huisartsgeneeskundige zorgen in het kader van de continuïteit.

Het is de beroepsgroep die de voorwaarden daartoe opneemt in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst.

- Art. 28 (Code). "Behalve in geval van hoogdringendheid of wanneer hij in zijn menslievende plichten tekort zou schieten, staat het de geneesheer steeds vrij om persoonlijke of beroepsredenen de behandeling van een zieke te weigeren.

De geneesheer mag eveneens van zijn opdracht afzien op voorwaarde dat hij de patiënt (...) ervan in kennis stelt, de continuïteit van de verzorging verzekert..."

Tijdens de wachtdienst treedt de huisarts van wacht op als 'plaatsvervanger' van de andere huisartsen, die immers - volgens afspraak - beroep doen op die wachtdienst voor de continuïteit van de zorg aan hun patiënten, en dit in de ruime betekenis van de normale medische zorg die gangbaar is binnen de huisartsgeneeskunde.

De "weigering" in het kader van de wachtdienst: de patiënt doet een beroep op de huisarts van wacht juist omdat die de opdracht en de verantwoordelijkheid voor die zorgcontinuïteit op zich heeft genomen, zodat "weigeren" onder die omstandigheden onmogelijk is.

- Art. 34. § 1 (Code). Zowel voor het stellen van een diagnose als voor het instellen en voortzetten van een behandeling, verbindt de geneesheer er zich toe de patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis.

De huisarts van wacht die zich structureel afschermt van elke directe zorgvraag van patiënten en zich op die manier bewust en formeel "onbereikbaar" opstelt (cf. art. 422bis SW) door de dispatching én de beslissing tot zorg aan een "derde" over te laten, kan moeilijk beschouwd worden als zorgvuldig en gewetensvol.

Het is onverantwoord de beslissing om al dan niet in te gaan op een zorgvraag over te laten aan of af te wentelen op een "derde", ongeacht de (medische?) kwalificatie.

- Art. 55. > 57 (Code). Het beroepsgeheim

Het inschakelen van een "derde" bij de dispatching van de zorgvraag van een patiënt schept problemen op het

gebied van het beroepsgeheim en de privacy.

Men moet zich ernstige vragen stellen bij de praktische modaliteiten waarbij een "derde" telefonisch in de mogelijkheid is om alle noodzakelijke en relevante "medische informatie" op te vragen in dergelijk contact met een patiënt, teneinde een gegronde beslissing tot bv. een "medische interventie" te kunnen nemen.

In welke mate kan ook van een patiënt (of zijn omgeving) gevraagd/geëist worden om eerst te antwoorden op mogelijks delicate en/of indiscrete vragen van een "derde", alvorens de garantie te krijgen dat dan - én pas dan - een huisarts van wacht die zorgvraag professioneel zal uitvoeren met een consultatie en/of een huisbezoek.

• Art. 113. > 118 (Code). Continuïteit van de verzorging, de wachtdiensten en de dringende medische hulp.

Art. 116. " (...) De werkingsmodaliteiten van deze diensten en de wachtdiensten dienen aan de provinciale raad te worden medegedeeld."

Art. 117. " (...) Het beoordelen van tekortkomingen aan de deontologische verplichtingen met betrekking tot de wachtdiensten behoort tot de bevoegdheid van de provinciale raden."

Art. 118. een geneesheer mag zich "slechts aan een dringende oproep onttrekken na zich ervan overtuigd te hebben dat er geen gevaar bestaat (...)"

Dat houdt in, primo dat de huisarts van wacht zelf een directe beoordeling heeft gemaakt of kan maken van de zorgvraag (i.c. de oproep) én secundo dat hij zelf autonoom de beslissing tot interventie neemt of kan nemen. Dat kadert volledig in de juridische problematiek van art. 422bis SW.

• Art. 166 (Code). Betreffende overeenkomsten gesloten tussen geneesheren " (...)

De statuten, contracten en huishoudelijke reglementen moeten stroken met de bepalingen van de geneeskundige plichtenleer.

Elke bepaling die indruist tegen de plichten die ontstaan uit het stilzwijgend verzorgingscontract dat de geneesheer met zijn zieke verbindt, is verboden."

De toepassing van een systeem van centrale dispatching door een "derde" zal desgevallend onderworpen moeten worden aan strikte deontologische voorwaarden, indien dergelijke systemen al "contractueel" haalbaar zouden blijken.

In elk geval lijken de voorgestelde modellen niet verenigbaar met de deontologische plichten van de huisarts van wacht en de inherente behandelingsovereenkomst met de patiënt.

• Art. 181 (Code). Bij hun beroepscontacten met hun paramedische medewerkers, zullen geneesheren ieder initiatief vermijden dat deze ertoe zou kunnen aanzetten de geneeskunde op onwettige wijze uit te oefenen."

De kwalificatie én de exacte bevoegdheden van de "derde" binnen een systeem van centrale dispatching zijn op dit ogenblik onduidelijk.

Gezien de triage van "medische problemen", moet de vraag naar de onwettige uitoefening van de geneeskunde worden gesteld volgens KB.78. art. 2, §1 en §2:

"een handeling" behoort tot de uitoefening van de geneeskunde wanneer zij " tot doel heeft, of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysische of psychische werkelijke of vermeende pathologische toestand (...)."

* * *

BESLUIT

De Nationale Raad is zich bewust van een aantal praktische problemen rond de organisatie van de huisartsenwachtdienst. De uitwerking van oplossingen vergt echter een zeer grondige analyse van de diverse oorzaken en mogelijke gevolgen, met aandacht voor de geschetste complexe invalshoeken en de aansprakelijkheid én verantwoordelijkheid, zowel op wettelijk als deontologisch vlak.

De deontologie is daarbij een belangrijke hoeksteen omdat wachtdiensten enerzijds steunen op collegialiteit en solidariteit onder artsen en anderzijds omdat de rechten van de patiënt een kwaliteitsvolle gezondheidszorg vereisen, a fortiori ook tijdens de wachtdienst én voor de continuïteit van de zorg bij afwezigheid van de eigen arts.

De Nationale Raad heeft in het kader van de wachtdienst reeds gewezen (Advies NR 21 april 2007 betreffende het wachtdienst voor huisartsgeneeskunde, TNR 116, p. 9) op de kwalitatieve meerwaarde van een consultatie op het kabinet versus het huisbezoek. De verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen moet derhalve genuanceerd worden: net als in de courante dagelijkse praktijk kunnen patiënten gedurende de wachtdienst actief uitgenodigd worden om zelf op raadpleging te komen in het kabinet of naar de huisartsenwachtpost, eerder dan gebruik te maken van het huisbezoek.

Dit vergt een pragmatische aanpak en een dialoog tussen de zorgvragende patiënt en de huisarts van wacht, om in onderling overleg de mogelijkheden/moeilijkheden van de verplaatsing(en) van/met elkaar te bespreken en daaromtrent duidelijk af te spreken, zodat de individuele zorgvraag in elke casuïstiek een passend gevolg krijgt.

[1] Brief d.d. 7 december 2009 : Marc UYTENDAELE – Marie COOMANS.

[2] NYS, H., Geneeskunde Recht en medisch handelen, 2005, p. 195, nr. 434 e.v.

[3] Liber Amicorum Jean du Jardin *door* Hendrik Vuye, Kluwer, 2001, p. 462 e.v.

[4] Rechtspraak- en wetgevingsbundel
Gezondheidsrecht 2007 (Thierry
Vansweevelt, 10de editie, p. 200) Rb. Brugge
19 december 1994 : *aansprakelijkheid
huisarts – huisbezoek – telefonische diagnose
– hulpverleningsplicht.*

[5] NYS, H., Geneeskunde Recht en medisch handelen, 2005, p. 194, nr. 433.

[6] Federale Ombudsdienst 'Rechten van de patiënt' :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/FederalOmbudsperson/index.htm>

[7] NYS, H., Geneeskunde Recht en Medisch handelen, 2005, p. 145, nr. 324 e.v