

Huisartsenwachtdienst – Voorstel tot wijziging van art. 9, §1, van het KB nr. 78 van du 10 november 1967 betreffende de gezondheidszorgberoepen

Doc	a130016
Publicatiedatum	08/05/2010
Origine	NR
	Huisarts
Thema's	Wachtdiensten

Brief van dr. J-P BARROY voorzitter PR Brabant (F) omtrent een vraag van mevr. Dominique TILMANS, senator.

1. Het eerste uitgangspunt van mevr. D. Tilmans - als motivatie - is de problematiek rond de verplichting van de huisarts van wacht om zich te verplaatsen tijdens de wachtdienst: volgens artikel 9, §1 is er enkel sprake van toediening van zorgen zowel in het ziekenhuis als "ten huize".

Zo zou bij lezing daarvan kunnen besloten worden dat verzorging in "het kabinet" van de huisarts daarbij niet voorzien werd, en dat daaruit de verplaatsing van de huisarts - "ten huize" - impliciet verplichtend wordt.

2. Het tweede uitgangspunt van mevr. D. Tilmans is om, bij een zorgvraag tijdens de wachtdienst, de beslissing omtrent de keuze tussen een consultatie op het kabinet of een huisbezoek en dus het zich al dan niet verplaatsen, exclusief toe te kennen aan "de appreciatie van de betrokken geneesheer".

Op die manier zou er een modulering ontstaan van de noodzaak van de huisarts om zich te verplaatsen in functie van de medische justificatie. Om manifeste misbruiken daaromtrent tegen te gaan zou de huisarts van wacht zelfs de mogelijkheid hebben om radicaal te weigeren, zonder daarbij echter de strafrechtelijke verantwoordelijkheid (SW 422bis) rond de hulpverleningsplicht in vraag te stellen.

Advies van de Nationale Raad :

In zijn vergadering van 8 mei 2010 besprak de Nationale Raad de vraag van mevr. D. Tilmans nopens een wijziging van het koninklijk besluit nr78 betreffende de gezondheidszorgberoepen, art. 9, § 1.

Wat het eerste punt betreft, vindt de Nationale Raad dat, bij de lezing van het koninklijk besluit nr. 78 art. 9, § 1, de bedoeling van het instellen van wachtdiensten erin bestaat aan de bevolking een "normale en regelmatige toediening van de zorgen te waarborgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize". Deze laatste tekstuele verwijzing duidt eerder op een onderscheid tussen de intramurale, specialistische tweedelijns geneeskunde en de extramurale, eerstelijns geneeskunde van de huisartsen.

In eerdere adviezen van de Nationale Raad (12 december 1998, TNR 84, p. 12; 16 september 2000, TNR 90, p.12) werd erop gewezen dat om de continuïteit van de

verzorging te waarborgen de wachtdoende arts enerzijds bereik- en beschikbaar moet zijn voor zijn patiënten en deze anderzijds moet beschikken over een goed uitgeruste praktijkruimte op het territorium van de wachtdienst.

Bij de concrete invulling van het koninklijk besluit nr. 78., art. 9, § 1 (dat de ten dien einde opgerichte groeperingen de wachtdiensten mogen instellen) bepaalt het koninklijk besluit van 8 juli 2002 "De opdrachten van de huisartsenkringen", en in afdeling II daarvan de modaliteiten van de "organisatie van die huisartsenwachtdienst"; in het bijzonder bepaalt art. 5, 3°, dat de huisartsenkring een huishoudelijk reglement omtrent de wachtdienst moet opstellen dat de praktische organisatorische afspraken en engagementen tussen de verstrekkers regelt en dat de modaliteiten van interne kwaliteitszorg hierin dienen gestipuleerd te worden.

De bevolkingswachtdienst verbindt qua verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid dus zowel de organiserende huisartsenkring als de uitvoerende huisarts(en): alle wettelijke en deontologische regels daaromtrent zijn vastgelegd in een bindend huishoudelijk reglement van de wachtdienst, dat nagezien en goedgekeurd wordt door én de bevoegde provinciale geneeskundige commissie én de provinciale raad van de Orde.

Dat huishoudelijk reglement van de wachtdienst bepaalt onder meer dat binnen de huisartsenzone van de huisartsenkring enkel huisartsen met een uitgerust kabinet kunnen en mogen deelnemen, dit naar analogie met de deontologische vereisten.

Bovendien hebben reeds heel wat huisartsenkringen in stedelijke en grootstedelijke gebieden huisartsenwachtposten ingericht, uiteraard met goed uitgeruste medische kabinetten. Dergelijke projecten zijn wettelijk erkend en financieel gesteund door de overheid, gezien hun bijdrage tot een grotere bereikbaarheid, herkenbaarheid en betere toegankelijkheid voor de bevolking.

Voor zover er enige onduidelijkheid zou (kunnen) bestaan over de interpretatie van het begrip "ten huize" in het koninklijk besluit nr. 78, art. 9, § 1, in de zin van een (ongewilde) eenzijdige wettelijke beperking van de interventies van de bevolkingswachtdienst tot enkel het vervullen van huisbezoeken en het derhalve niet (kunnen) aanbieden/verrichten van consultaties in een kabinet, blijkt dit niet uit de praktische werkingsmodaliteiten van de huisartsenwachtdiensten noch uit de feitelijke realiteit bij de uitvoering daarvan, gedurende meer dan 40 jaar sedert de invoering van dit koninklijk besluit nr. 78 (10 november 1967).

Het ministerieel besluit van 1 maart 2010 stelt de criteria voor de erkenning van huisartsen vast : hoofdstuk II, art.10 bepaalt alle criteria voor het behoud van de erkenning en van de bijzondere beroepstitel van huisarts (excerpt) :

"1° de erkende huisarts verstrekt de zorgen zowel thuis bij de patiënt als in zijn consultatie en behandelt patiënten zonder enige vorm van discriminatie.

4° de erkende huisarts neemt deel aan de wacht van huisartsen georganiseerd door de huisartsenkringen, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 8 juli 2002.

5° de erkende huisarts staat in voor de continuïteit van de zorg verleend aan patiënten die hij behandelt overeenkomstig art. 8., § 1: in het kader van de relatie met zijn patiënten neemt de huisarts alle maatregelen om ervoor te zorgen dat hun diagnostische en therapeutische verzorging zonder onderbreking wordt voortgezet. In de tijdsperiodes waarin geen huisartsenwachtdienst beschikbaar is, neemt de erkende huisarts de noodzakelijke maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening voor de patiënten die hij behandelt, te organiseren.

6° de erkende huisarts staat in voor de permanentie van de zorg. De permanentie betekent voor de patiënten de toegang tot de huisartsgeneeskundige zorgverlening

gedurende de normale uren van de dienstverlening. Onder normale uren van dienstverlening wordt verstaan de uren die niet in aanmerking worden genomen om beschikbaarheidshonoraria te betalen aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten (...)."

Hieruit blijkt dat de eerstelijns geneeskunde - beoefend door de erkende huisartsen - duidelijk stipuleert dat zorgen zowel op consultatie in het kabinet als ten huize van de patiënt worden verstrekt, én dit zonder discriminatie van patiënten (ministerieel besluit van 1 maart 2010, art. 10, 1°).

In het kader van die continuïteit van de geleverde zorgen door een beoefenaar met dezelfde kwalificatie (koninklijk besluit nr. 78, art. 8, §1), doen erkende huisartsen daarvoor bij voorkeur een beroep op de door huisartsenkringen georganiseerde wachtdiensten - waaraan ze wettelijk verplicht worden (ministerieel besluit van 1 maart 2010, art. 10, 4°) deel te nemen - dit zowel voor weekends en feestdagen alsook tijdens de week "buiten de normale uren van dienstverlening" via weekpermanenties.

Als conditio sine qua non is het evident dat tijdens de wachten de medische zorgen exclusief worden toegediend door andere erkende huisartsen (ministerieel besluit van 1 maart 2010) en HAO's gezien de wettelijk vereiste kwalificatie. Tijdens alle georganiseerde wachtdiensten van/door erkende huisartsen is het dus evident dat voor "de regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen", zowel huisbezoeken - hier "ten huize" in de letterlijke betekenis - mogelijk en noodzakelijk kunnen zijn nals consultaties in een kabinet, aangezien dit per definitie de kern uitmaakt van de huisartsgeneeskunde.

De Nationale Raad heeft dit reeds eerder bevestigd (advies van 6 december 2008, TNR 123).

* * *

Wat het tweede punt betreft - de toekenning van een appreciatiebevoegdheid aan de huisarts van wacht om na beoordeling van de zorgvraag en om manifeste misbruiken tegen te gaan, onder zijn verantwoordelijkheid zelf te beslissen over de gegrondheid van zijn verplaatsing - wenst de Nationale Raad te benadrukken dat de problematiek complex is en in een ruimer kader moet gezien worden omdat er hier meerdere betrokken en belanghebbende partijen zijn: de patiënt, de organiserende huisartsenkring, de lokale huisartsen en de uitvoerende huisarts van wacht

1° De patiënt heeft duidelijke rechten gekregen die vervat zijn in de Wet betreffende de patiëntenrechten (WPR 22 augustus 2002): 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).

WPR, art. 5. stelt : "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 in overeenstemming met de zorgvuldigheidsnormen, zoals bepaald in het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht, en dit volgens de geldende standaarden en de wetenschappelijke normen .

Elke eigen/persoonlijke appreciatie van de huisarts van wacht moet dus gerelativeerd worden en ze moet integendeel toetsbaar zijn aan wat algemeen aanvaardbaar en gangbaar is in de beroepsgroep als een normale praktijkvoering ("goede" huisarts).

Tijdens de wachtdienst behandelt de huisarts meestal patiënten waarvan hij noch de medische antecedenten noch de socio-familiale context kent. De moeilijkheid bestaat erin om dan een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen medisch objectieve/objectiveerbare "behoeften" en eerder subjectieve "wensen" die geen medische interventie zouden vergen. Het blijft precair als beslissingen finaal enkel genomen zouden worden op basis van communicatie op afstand (cf. telefonische consulten, dispatching- en/of triagesystemen), waarbij men zich indirect baseert op een subjectieve inschatting van soms onduidelijk of eerder vaag geformuleerde klachten van de patiënt of zijn omgeving, zonder enig direct medisch onderzoek van de patiënt in loco door de wachtarts (adviezen NR 16 februari 2008, TNR 120, p. 5; 7 juni 2008, TNR 121, p. 5; 6 december 2008, TNR 123).

De Nationale Raad heeft er, in het belang van de patiënt, reeds op gewezen dat er een kwalitatieve meerwaarde is van een consultatie op het kabinet versus een huisbezoek o.a. tijdens de wachtdienst (advies NR 21 april 2007, TNR 116, p. 9). Daarom is een dialoog aan te raden tussen de patiënt en de huisarts van wacht, om in onderling overleg de mogelijkheden en/of moeilijkheden van de verplaatsing met elkaar te bespreken en daaromtrent duidelijk afspraken te maken, zodat in elk geval aan de zorgvraag een passend gevolg wordt gegeven.

De laatste jaren is er ook een maatschappelijk besef gegroeid bij de bevolking dat men voor medische zorg - ook bij de huisarts - bij voorkeur op consultatie gaat en het huisbezoek voorbehoudt voor de dringende en/of uitzonderlijke omstandigheden. Statistisch is er dus een daling van huisbezoeken en een stijging van de consultaties.

Een aantal patiënten - bejaarden die o.a. opgenomen zijn in ROB's en RVT's als thuisvervangend milieu - kunnen zich echter gewoon niet verplaatsen, en dit zowel om medische als om sociale redenen.

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 huisartsenwachtdienst is die vrije keuze echter de facto beperkt (als er meer dan één huisarts van wacht is) of zelfs onbestaande (als er slechts één huisarts van wacht is). Dit 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 huisarts(en) van wacht waardoor de behandelingsovereenkomst - voor beide partijen - veel minder vrijblijvend wordt, laat staan dat ze al kan geweigerd worden door de huisarts van wacht.

In het geval dat de huisarts van wacht niet ingaat op een oproep, en om welke reden ook "weigert" een huisbezoek af te leggen, bestaat de mogelijkheid dat de patiënt zijn "vrije keuze" zal gebruiken of zal wijzigen en zich voor zorgverlening rechtstreeks zal wenden naar de tweedelijns en de ziekenhuizen, waarbij enerzijds het vervoer aldaar per ambulance wettelijk is geregeld en anderzijds de toegang tot spoedopname in geen geval beperkt zal zijn gezien de hulpverleningsplicht.

2° De tweede betrokken partij is de organiserende huisartsenkring volgens het koninklijk besluit nr.78, art. 9, § 1, en concreet uitgewerkt via het koninklijk besluit van 8 juli 2002.

De huisartsenkring heeft een vertegenwoordigende opdracht (art. 3) ter promotie van de eerstelijnsgezondheidszorg en van de huisartsenwerking in het bijzonder, en optimaliseert de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor alle patiënten van de huisartsenzone.

Dat geldt in het bijzonder voor de organisatie van de wachtdienst die als tweede

opdracht is gedefinieerd. De modaliteiten van de wachtdienst zijn vervat in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst (art. 5, 3°) dat "contractueel" bindend is voor de huisarts van wacht aangezien hij het moet "onderschrijven" (koninklijk besluit nr. 78, art. 9, § 1).

Meer specifiek moet de huisartsenkring de wachtdienst op duidelijke wijze bekend maken aan de bevolking (art. 5, 5°) en moet deze patiëntenklachten en klachten omtrent de dienstverlening registreren en rapporteren in een jaarverslag (art. 7). Huisartsenkringen zijn wettelijk (koninklijk besluit van 8 juli 2002) verantwoordelijk en aansprakelijk voor alle opdrachten die hen werden toegekend en ze hebben als vzw rechtspersoonlijkheid. De huisartsenkring vzw voert daarom rechtstreeks controle uit op alle facetten van de werking van de wachtdienst.

3° De derde betrokken partij zijn de lokale huisartsen.

De huisartsen zijn medebepalend voor de organisatie van de wachtdienst via de algemene vergadering van de huisartsenkring, die in collegiaal overleg de concrete werkingsmodaliteiten van de wachtdienst vastlegt in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst.

In het bijzonder voor de continuïteit van de zorg is er een werkbare symbiose ontstaan tussen enerzijds de individuele huisartspraktijken en anderzijds de huisartsenkring.

De afbakening tussen de praktijkpermanentie - de individuele plicht tot continuïteit van de zorg (koninklijk besluit nr. 78, art. 8, § 1) - en de ingang van de bevolkingswachtdienst (koninklijk besluit nr. 78, art. 9) zijn een essentieel onderdeel van collegiale afspraken die gemaakt worden (koninklijk besluit van 8 juli 2002, art. 5, 3°-6°, en het ministerieel besluit van 1 maart 2010, art. 10, 4°, 5° en 6°) en die "buiten de normale uren van dienstverlening" moeten zorgen voor die noodzakelijke continuïteit van de zorg binnen de huisartsgeneeskunde.

Daaruit blijkt de facto dat de wachtdienst van huisartsen instaat zowel voor "de regelmatige en normale toediening van zorgen" voor de bevolking (koninklijk besluit nr. 78, art. 9, § 1) als voor "de continuïteit van de zorgen" (zelfde koninklijk besluit art. 8, § 1) van de individuele huisartsen.

Dit houdt in dat die wachtdienst zo dicht mogelijk moet aansluiten bij de dagelijkse praktijkvoering zoals die door huisartsen binnen de eerste lijn normaliter wordt verstrekt. Indien daaraan niet meer voldaan zou worden, dan zouden de huisartsen verplicht kunnen worden naar andere oplossingen te zoeken om te voldoen aan hun individuele plicht om de continuïteit van de zorg te kunnen verzekeren, los van de wachtdiensten.

4° De vierde partij is de uitvoerende huisarts van wacht.

De huisarts voert de wachtdienst uit binnen een strikt wettelijk en deontologisch kader dat, zoals reeds aangehaald, in extenso is vastgelegd in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst van de organiserende huisartsenkring, dat hij moet "onderschrijven": hij is verplicht zich te houden aan die bepalingen en de praktische werkingsmodaliteiten tijdens de wacht.

Tijdens de wachtdienst treedt die huisarts van wacht op als 'plaatsvervanger' van de andere huisartsen, die immers - volgens afspraak - een 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 huisartsenwachtdienst schept dus een evident verwachtingspatroon, én t.o.v. de patiënt én t.o.v. de lokale huisarts, zowel naar bereikbaarheid als beschikbaarheid. Ook maatschappelijk is de huisartsenwachtdienst een absolute noodzaak voor de toediening van de normale gezondheidszorg, naast de dringende geneeskundige hulp die mede vanuit de tweede lijn wordt georganiseerd.

De huisarts van wacht heeft als arts alle professionele bevoegdheden zoals die toegekend en bepaald zijn in het genoemde koninklijk besluit nr. 78, o.a. de diagnostische en therapeutische vrijheid, en de uitvoering van die opdracht valt medisch gezien volledig onder zijn beroepsaansprakelijkheid.

Art. 422bis SW (hulpverleningsplicht) heeft een bijzondere betekenis wat de artsen betreft, en zeker als er een beroep wordt gedaan op huisartsen tijdens de wachtdienst. Binnen dat kader is het begrip "de kennis van het groot gevaar" bij de beoordeling van een telefonische oproep door de huisarts van wacht cruciaal. Daarover bestaat uitgebreide jurisprudentie, die o.a. artsen veroordeelde die verzuimden zich in loco persoonlijk te gaan vergewissen van de ernst van de medische toestand.

Maar zelfs bij oproepen voor normale en niet-dringende zorgverlening geldt binnen de burgerlijke aansprakelijkheid (cf. de "contractuele" verbintenis via het huishoudelijk reglement van de wachtdienst) de algemene zorgvuldigheidsplicht die mag verwacht worden van elke huisarts in de beoefening van de huisartsgeneeskunde, als onderdeel van de "opdracht" van de huisartsenwachtdienst bij het verzorgen van de continuïteit van de zorg.

Vandaar dat elke zorgvraag gericht aan de huisartsenwachtdienst met de grootste zorgvuldigheid moet worden beoordeeld - best door de huisarts van wacht zelf - en aanvullend steeds een "passend gevolg" moet krijgen door die huisarts van wacht.

De Nationale Raad merkt op dat in het voorstel tot wijziging van koninklijk besluit nr. 78., art. 9, § 1, de beoordeling - en aanvullend de beslissing - in de keuze tussen een consultatie op het kabinet of een verplaatsing, hier "exclusief" wordt toegekend aan de huisarts van wacht.

Afgezien van het voorbehoud dat moet gemaakt worden bij die "exclusiviteit" van dit beslissingsrecht gezien de andere belanghebbende en betrokken partijen, is een eerste conclusie dat het keuzeaanbod dual is en in elk geval een consultatie of een huisbezoek moet uitgevoerd worden, en dat derhalve uit voorliggend ontwerp kan besloten worden dat een weigering van de huisarts van wacht geen derde optie is.

Een tweede conclusie is dat in de door mevr. D. Tilmans geciteerde projecten van "dispatching" van de oproepen van de huisartsenwachtdienst door "derden", waaronder het project "1733", de modaliteiten van die dispatching tegengesteld zijn aan het vooropgestelde exclusieve beoordelings-/beslissingsrecht van de oproep door de huisarts van wacht. Die "derden" kunnen bovendien al dan niet een arts zijn en het is zelfs mogelijk dat zij niet fysiek aanwezig zijn op de locatie van de dispatching, doch enkel "bereikbaar".

Besluit

In de huidige wettelijk constellatie van de huisartsenwachtdienst zijn twee partijen verantwoordelijk en aansprakelijk en dit volgens de modaliteiten bepaald in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst: de organiserende huisartsenkring en de uitvoerende huisarts.

In het geval van "dispatching" van de oproepen voor de huisartsenwachtdienst door derden buiten de huisartsenkring - volgens welk model of project ook - verandert het vigerende organisatiemodel in belangrijke mate en worden verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden anders gespreid zodat de juridische context (nog) veel complexer wordt.

De Nationale Raad is daarom van oordeel dat de geciteerde wetsvoorstellen en/of projecten - die toch ingrijpend de huisartsenwachtdienst willen wijzigen - vanuit de aangehaalde invalshoeken en door interacties van diverse wetgevingen,

voorafgaandelijk met de grootste aandacht en zorgvuldigheid op wettelijk en deontologisch vlak moeten worden bestudeerd.

cc. mevr. D. Tilmans - senator