

# MEDEDELINGEN



Beste collega's,

In deze Mededelingen wil ik jullie aandacht vragen voor een aantal adviezen van de nationale raad, van de provinciale raad en een aantal disciplinaire beslissingen die als rode draad het belang illustreren en de soms schrijnende afwezigheid aantonen van empathie voor onze patiënten en voor elkaar. De zorg voor onze patiënt en voor elkaar zou nochtans ten alle tijde onze drijfveer moeten zijn.

De geneeskundige zorg op zich zit in een stroomversnelling. Deze evolutie bijhouden, de balans tussen het medisch-ethisch en het economische belang in evenwicht te houden is complex.

De gezondheidszorg is inherent ook verweven in een ingewikkeld geworden maatschappelijke problematiek waar we als arts onvoldoende vat op hebben.

Er dient ook rekening gehouden te worden met de impact van GDPR, van digitale zorg, van artificiële intelligentie die zich meer en meer aanbiedt, van een zorgadministratie die dirigeert en van een meer en meer gejuridiseerde samenleving. Er ontwikkelen zich zorgtrajecten, ziekenhuisnetwerken en een zorgstrategische planning voor ziekenhuizen.

Er zijn veel hiaten, ook in de psychische gezondheidszorg en door o.a. een tekort aan artsen, soms zelfs problemen i.v.m. de continuïteit van zorg.

Ik wil bijkomend waarschuwen voor het implementeren van pseudowetenschappen en voor een groeiende wellnessindustrie.

We moeten er bovendien rekening mee houden dat, met het in voege treden van de nieuwe vennootschapswet, wij als arts ondernemer zijn geworden en we hierdoor resulteren onder de bevoegdheid van de ondernemingsrechtbank.

Binnen afzienbare tijd treedt ook de nieuwe kwaliteitswet in voege.

De huisarts blijft in dit alles een centrale rol spelen en de communicatie naar en samenwerking met de eerste lijn moet voor iedereen prioritair zijn.

Laten we collegiaal samenwerken en elkaar blijven steunen, om samen voor onze patiënt te kunnen blijven zorgen.

Ik hoop op een positieve leeservaring met deze mededelingen en wens jullie fijne vakantie maanden. Tot slot wil ik jullie reeds welkom heten op de eedaflegging van onze jonge collega's op zaterdag 12 oktober 2019.

Dr. Christel De Pooter  
Voorzitter



**ORDE DER ARTSEN**  
ANTWERPEN

## INHOUD

- 1 VOORWOORD VAN DE VOORZITTER**
- 2 ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD** vanaf 07.02.2019 tot en met 10.05.2019
- 16 DISCIPLINAIRE BESLISSINGEN PROVINCIALE RAAD VAN ANTWERPEN** vanaf 20.02.2019 tot en met 03.04.2019
- 29 ADVIEZEN VERSTREKT DOOR DE PROVINCIALE RAAD ANTWERPEN** vanaf 20.02.2019 tot en met 08.05.2019
- 35 AANKONDIGING JUBILARISVIERING EN EEDAFLEGGING**

# 2

## 2019

**TRIMESTRIEL TIJDSCHRIFT:**

**1 APRIL-30 JUNI 2019**  
**VAN EYCKLEI 37 - BUS 2**  
**2018 ANTWERPEN 1**  
**AFGIFTEKANTOOR:**  
**2000 ANTWERPEN X**  
**P509456**

---

## ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD



Adviezen NR van 07/02/2019 tot en met 10/05/2019

De volgende adviezen werden door de nationale raad gepubliceerd op de website [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be).

Gelet op de beslissing van de nationale raad om een aantal adviezen enkel voor artsen toegankelijk te maken, is het aangewezen dat u uw account op het intranet van de website [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be) activeert, teneinde alle adviezen te kunnen raadplegen.

### **REGELGEVING OMTRENT EEN MAXIMALE ARBEIDSDUUR - MAXIMALE DUUR**

*De nationale raad heeft op 27 april 2019 de regelgeving omtrent de maximale arbeidsduur onderzocht.*

1<sup>o</sup>/ de wet van 12 december 2010 legt de arbeidsduur vast van de artsen, de kandidaat-artsen in opleiding en de studenten-stagiairs.

Deze wet is van toepassing op de artsen die werken in het kader van een arbeidsovereenkomst of in een statutair verband, behoudens enkele uitzonderingen.

Ze geldt ook voor de kandidaten die houder zijn van het diploma van Master in de geneeskunde, die in opleiding zijn met het oog op het zich zien toekennen van de erkenning voor een van de titels bedoeld in de artikelen 1, 2 en 2bis van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, en die gezondheidszorgprestaties verrichten in het kader van hun opleiding.



27/04/2019	Regelgeving omtrent een maximale arbeidsduur - Maximale duur
27/04/2019	Persoonlijke notities in het patientendossier
27/04/2019	« Medische toerisme »
27/04/2019	Leidraad voor de artsen inzake de Algemene Verordening Gegevensbescherming
27/04/2019	Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening
16/03/2019	Gevolgen van de opheffing van de Code Geneeskundige Plichtenleer (1975) door de Code Medische Deontologie (2018), dit voor de samenwerkingsovereenkomsten
16/02/2019	Maagdelijkheidstesten en -getuigschriften

Ze bepaalt dat de duur van elke werkperiode nooit 24 uren mag overschrijden, behoudens in geval van arbeid die door een onvoorziene noodzakelijkheid wordt vereist of om het hoofd te bieden aan een voorgekomen of dreigend ongeval (artikel 5, §2, en 7, §1, van voornoemde wet van 12 december 2010).

Elke arbeidsprestatie waarvan de duur tussen 12 uren en 24 uren bedraagt moet worden gevolgd door een periode van minimum rust van 12 opeenvolgende uren (artikel 5, §2, en 7, §1, van voornoemde wet van 12 december 2010).

Voor de kandidaten in opleiding worden de uren wetenschappelijk werk die verplicht zijn in het kader van de academische vorming meegeteld als arbeidstijd ten belope van maximum 4 uren per week waarvan 2 uren op de werkplek (artikel 5, §4 van voornoemde wet van 12 december 2010).

De bijkomende arbeidstijd bovenop de wekelijkse maximale arbeidsduur, onder meer om de wacht-dienst te verzekeren, mag geen overschrijding van de maximale duur van een arbeidsprestatie (24 uur) te-

weegbrengen (artikel 7, §1, van voornoemde wet van 12 december 2010).

Op deontologisch gebied hebben de artsen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de diensten en van de wachtdiensten alsook de stagemeesters de plicht ervoor te zorgen dat deze wetgeving, die de Richtlijn 2003/88/EG van 4 november 2003 omzet en de wet Colla van 1999 vervangt, toegepast wordt naar de geest en de letter.

2°/ De meerderheid van de artsen oefenen hun beroep uit als zelfstandige.

De nationale raad heeft geen eenduidige regels bepaald betreffende de arbeidstijd of de maximale duur van een prestatie omdat hij van mening is dat deze kwestie onder de individuele verantwoordelijkheid valt.

De organisatie van de arbeidstijd moet voldoen aan de vereisten inzake de zorgkwaliteit, de patiëntveiligheid en het welzijn van de arts zelf, die beschreven in de code van medische deontologie 2018 in hoofdstuk 1 Professionaliteit.

---

## PERSOONLIJKE NOTITIES IN HET PATIENTENDOSSIER

*Op 27 april 2019 heeft de nationale raad van de Orde der artsen een advies uitgebracht over de persoonlijke notities (aantekeningen).*

1°/ De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt geeft geen definitie van de persoonlijke notities.

De voorbereidende werkzaamheden voor deze wet stellen dat het gaat om *de aantekeningen die door de beroepsbeoefenaar afzonderlijk werden opgeborgen, die voor anderen, zelfs voor medebetrokkenen van de zorgverleningsequipe, nooit toegankelijk zijn en die nodig zijn voor het persoonlijk gebruik van de zorgverlener.*

Hoewel deze persoonlijke notities deel uitmaken van het patiëntendossier, kan de patiënt deze niet inzien of er afschrift van krijgen, zelfs al is hij zelf een beroepsbeoefenaar.

Indien de patiënt echter zijn recht op inzage en afschrift van zijn dossier uitoefent door tussenkomst van een vertrouwenspersoon die zelf een beroepsbeoefenaar is, heeft deze wel toegang tot de persoonlijke notities van de arts.

2°/ Het concept “persoonlijke notities” mag niet worden misbruikt om gegevens op te bergen waarvan de patiënt uitdrukkelijk verzoekt deze niet door te geven aan andere gezondheidswerkers.

Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn voor zijn vertrouwelijke mededelingen over aspecten die in het bijzonder te maken hebben met zijn intimiteit.

In de gegevens die hij zelf toevertrouwde, heeft de patiënt inzage. Dit zijn dus geen persoonlijke notities.

3°/ De persoonlijke notities mogen ook niet verward worden met de gegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die hem, uitzonderlijk, niet meegegeeld worden in geval van klaarblijkelijk risico op ernstig nadeel voor zijn gezondheid (therapeutische uitzondering).

De toepassing van de therapeutische uitzondering vereist namelijk dwingend dat de arts hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd en de eventuele vertrouwenspersoon van de patiënt ervan op de hoogte brengt.

4°/ Meer dan vijftien jaar na de inwerkingtreding van de wet betreffende de rechten van de patiënt blijven er vragen bestaan over de informatie die kan bestempeld worden als persoonlijke notities in de betekenis van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Het is niet aan de nationale raad om een exhaustieve definitie te formuleren maar wel om aanbevelingen te doen voor een goede handelwijze, rekening houdend met de evoluties sinds 2002 op wetgevend vlak, in de medische praktijkvoering (multidisciplinaire aanpak) en in het domein van de informatie- en communicatietechnologieën (software van elektronisch medisch dossier bevat niet altijd een venster bestemd voor de persoonlijke notities).

De nationale raad is van mening dat de gegevens betreffende de fysieke of psychische gezondheid van de patiënt en de gegevens waarop de arts de zorg die hij aan de patiënt verstrekt baseert (onderzoek van de gezondheidstoestand, uitwerken en opvolgen van de diagnose en de behandeling, preventie) niet betiteld kunnen worden als persoonlijke notities. Behalve in

---

het geval van therapeutische uitzondering is het niet denkbaar dat dergelijke gegevens niet toegankelijk zijn voor de patiënt.

Een informatie nuttig voor de continuïteit van de zorg of voor de behandeling van de patiënt door een andere gezondheidszorgbeoefenaar is ook geen persoonlijke notitie. Hetzelfde geldt voor een informatie betreffende de gezondheid van de patiënt verkregen van een andere gezondheidszorgbeoefenaar.

Het opmaken van het medisch dossier, waarvan de persoonlijke notities deel uitmaken, moet gekenmerkt worden door nauwkeurigheid en de waardigheid van de patiënt eerbiedigen. De nationale raad bepleit dan ook dat de arts subjectieve overwegingen met betrekking tot de patiënt die niets te maken hebben met de anamnese of de behandeling achterwege laat.

Tot slot deelt hij de vaststelling van de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" dat *gezien de evolutie van monodisciplinaire praktijkvoering naar multidisciplinaire samenwerking de vraag gesteld wordt of het begrip persoonlijke notities, zoals het vandaag in de memorie van toelichting, beschreven staat nog voldoende actueel is.*

## « MEDISCHE TOERISME »

*Op 27 april 2019, heeft de nationale raad een advies uitgebracht over "medisch toerisme" op vraag van een reisorganisator.*

De motieven voor een medische behandeling in een ander land dan dat waar de patiënt aangesloten is bij een gezondheidszorgsysteem, zijn veelsoortig : wachttijd, geografische nabijheid, (woonplaats in het buitenland of in de grenszone), toegang tot een specifieke expertise/technologie, economische redenen, bijzon-

dere omstandigheden (noodgeval tijdens een verblijf in het buitenland), enz.

Dit advies gaat over de verstrekkingen uitgevoerd in het buitenland om louter economische redenen. Het buigt zich niet over de vragen inherent aan de terugbetaling van deze zorgverstrekkingen maar over de aspecten in verband met de gezondheid van de patiënt.

1°/ De Belgische burger kan aangetrokken worden door de besparing die hij kan doen op zorgverstrekkingen in het buitenland voornamelijk van esthetische, tandheelkundige of oftalmologische aard. Ook al kan deze zorg van goede kwaliteit zijn, dat neemt niet weg dat de geografische afstand belangrijke risico's kan meebrengen. Deze risico's zijn met name het gevolg van de beperkte, of zelfs onbestaande, opvolging, omwille van de afstand, en, bij een ingreep, van het verhoogde trombo-embolische risico verbonden met de vliegreis.

De opvolging en de behandeling bij complicaties in België kan bemoeilijkt worden door problemen verbonden met de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners.

2°/ De anamnese en het klinisch onderzoek (beiden preoperatief) zijn noodzakelijk voor een optimale planning van de zorg en voor de gepersonaliseerde voorlichting van de patiënt zodat hij, goed ingelicht, kan instemmen met de voorgestelde ingreep.

Dit voorafgaand rechtstreeks contact dient gevolgd te worden door een voldoende lange bedenktijd die met name rekening houdt met het invasieve of onomkeerbare karakter van de zorg, het spoedeisende karakter, de risico's inherent aan de voorgestelde handeling. Zo nodig moet de patiënt de tijd hebben om andere informatiebronnen of zelfs een andere arts voor een tweede advies te raadplegen.

---

3°/ De Belgische wetgeving en de artikels 37 en 38 van de code van medische deontologie beschermen de patiënt tegen bepaalde reclamepraktijken.

Dergelijke bescherming kan in het buitenland ontbreken.

## **LEIDRAAD VOOR DE ARTSEN INZAKE DE ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING**

*Leidraad voor de artsen inzake de Algemene Verordening Gegevensbescherming*

Op 27 april 2016 heeft het Europees Parlement en de Europese Raad een nieuwe verordening inzake de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens uitgebracht, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna “AVG”), die in werking trad op 25 mei 2018.

Omdat de arts bij de uitoefening van zijn beroep gezondheidsgegevens en andere gevoelige informatie van zijn patiënten verwerkt, is het aangewezen dat hij deze wetgeving incorporeert in zijn dagelijkse praktijk en de ontwikkelingen hiervan nauw opvolgt.

Aangezien verscheidene deontologische principes zeer nauw samenhangen met het respect op privacy van de patiënt, heeft de nationale raad van de Orde der artsen dit advies opgesteld en een mogelijkheid tot vraagstelling voorzien via het e-mailadres : [privacy@ordomedic.be](mailto:privacy@ordomedic.be).

### *1. Algemeen*

De AVG is een uitdieping van de bestaande regels omtrent privacy. De arts die reeds de bestaande privacyregelgeving respecteert, zal weinig nieuwe regels moeten implementeren.

Algemene principes van de regelgeving die nauw samenhangen met het recht op privacy, bijvoorbeeld bepaalde rechten van de patiënt en het beroepsgeheim, blijven bestaan zoals voorheen.

Een individuele arts of een groepspraktijk hoeft voor de implementatie van de nieuwe regelgeving geen buitensporige uitgaven te doen. De nationale raad wenst zijn leden te waarschuwen voor bedrijven die buitensporige kosten aanrekenen voor de toepassing van de AVG in hun praktijk.

De nieuwe regelgeving kent evenwel enkele nieuwe begrippen, zoals een “functionaris gegevensbescherming” of een “register van de verwerkingsactiviteiten”. Deze begrippen zullen hierna aan bod komen.

### *2. Aanwijzing van een functionaris voor gegevensbescherming*

Een functionaris voor gegevensbescherming (hierna “DPO”) informeert en adviseert de verwerkingsverantwoordelijke of de verwerker over hun verplichtingen uit hoofde van de AVG of andere gegevensbeschermingsbepalingen. Hij ziet toe op de naleving van de regelgeving en het beleid errond, zoals de toewijzing van verantwoordelijkheden, bewustmaking en opleiding van de bij de verwerking van persoonsgegevens betrokken personen. Daarnaast werkt de DPO samen met de toezichthoudende autoriteit en treedt hij hiervoor op als contactpunt.

Een individuele arts of een groepspraktijk hoeft geen DPO aan te wijzen. Slechts voor de verwerking van een groot aantal gezondheidsgegevens is de aanstelling verplicht. Dit is het geval bij ziekenhuizen of structuren waar minstens 250 werknemers aanwezig zijn.

---

### 3. Register van de verwerkingsactiviteiten

Elke arts moet een register van de verwerkingsactiviteiten bijhouden. Het is een bestand waarin de arts beschrijft welke persoonsgegevens hij verzamelt, hoe hij deze beveiligd, waarom hij deze verzamelt, waar hij deze bewaart, voor hoe lang hij deze bewaart en of hij deze doorstuurt.

Het opmaken van dergelijk register is een proces waarbij de arts bewust gaat nadenken over hoe hij omgaat met persoonsgegevens van patiënten en/of personeel. Het is een aanzet tot een herstructurering van het datamanagement indien de arts vaststelt dat hij bijvoorbeeld bepaalde persoonsgegevens niet goed beveiligd of niet meer nodig heeft voor de uitoefening van zijn beroep van arts.

De nationale raad stelt binnenkort een voorbeeld ter beschikking van hoe een register van de verwerkingsactiviteiten er kan uitzien.

### 4. Andere personen dan de arts die toegang hebben tot de persoonsgegevens van de patiënt

De arts wijst de categorieën van personen aan die toegang hebben tot de persoonsgegevens van patiënten. Hierbij wordt hun hoedanigheid ten opzichte van de verwerking van de betrokken gegevens nauwkeurig omschreven en gedocumenteerd. Dit wordt toegevoegd aan het register van de verwerkingsactiviteit.

De arts zorgt ervoor dat de aangewezen personen door een wettelijke of statutaire verplichting, of door een evenwaardige contractuele bepaling ertoe gehouden zijn het vertrouwelijk karakter van de betrokken gegevens in acht te nemen. Iedereen die toegang heeft tot de patiëntendossiers moet een vertrouwelijkheidsclausule hebben ondertekend in hun arbeids- of ander samenwerkingscontract.

Toegang betekent niet dat deze mensen ook effectief met de patiëntendossiers aan de slag gaan. Slechts de mogelijkheid om deze dossiers te consulteren is voldoende. De ondertekening van dit contract is een uitgelezen moment om deze medewerkers te informeren over de rechten en plichten bij het werken met persoonsgegevens.

### 5. Te nemen maatregelen (algemeen)

Voor de uitoefening van zijn beroep, verzamelt de arts gegevens over de gezondheid van zijn patiënten. Het betreft een bijzondere categorie van persoonsgegevens. Gezondheidsgegevens zijn persoonsgegevens die verband houden met de fysieke of mentale gezondheid van een natuurlijke persoon, waaronder ook wordt verstaan gegevens over verleende gezondheidsdiensten waarmee informatie over zijn gezondheidstoestand wordt gegeven.

De arts neemt alle nodige maatregelen om het recht op privacy van de patiënt te respecteren, de gevoelige data optimaal te beveiligen en een «gegevenslek» te voorkomen.

### 6. Doorgifte van persoonsgegevens

Er zijn heel wat situaties denkbaar waarbij de arts de gezondheidsgegevens van zijn patiënten doorgeeft. Ofwel worden de persoonsgegevens doorgegeven aan de patiënt zelf, ofwel worden deze doorgegeven aan derden.

Bij een doorgifte van gezondheidsgegevens moet de arts zich steeds afvragen of hij de gegevens mag doorsturen naar een derde ontvanger. Het beroepsgeheim laat niet toe dat de arts medische gegevens van zijn patiënten aan derden verstrekt. De arts kan derhalve slechts gezondheidsgegevens doorgeven indien hiervoor een wettelijke basis bestaat.



---

Bij een doorgifte van gezondheidsgegevens aan derden, op vraag van de patiënt, dient de arts zich de vraag te stellen of de patiënt uit hoofde van zijn zelfbeschikkingsrecht niet zelf het beste is geplaatst om te bepalen met wie en welke informatie hij wenst te delen.

De doorgifte van gezondheidsgegevens zelf moet op een veilige manier gebeuren en vraagt extra veiligheidsmaatregelen. Gezondheidsgegevens mogen enkel digitaal worden doorgestuurd via systemen met een multi-factor authenticatie. De arts mag bijgevolg geen medische gegevens via onbeveiligde e-mail versturen, zelfs niet indien de patiënt hiervoor de toestemming geeft.

De arts dient beveiligde informatienetwerktoepassingen te gebruiken, met een beschermingsniveau volgens de huidig geldende regels.

### 7. Software

De arts die gebruik maakt van software of nieuwe software aankoopt voor het management van zijn praktijk of de beveiliging van persoonsgegevens, moet steeds navraag doen bij de leverancier over de privacy settings. De leverancier van de software moet de AVG respecteren en hierover transparant communiceren met de arts. De arts blijft evenwel medeverantwoordelijk mocht de software niet voldoen aan de wettelijke voorwaarden.

Bij het inschakelen van derden bij de verwerking van persoonsgegevens onder de verantwoordelijkheid van de arts, moet de samenwerking, de beveiliging en het verloop van de verwerking contractueel vastgelegd worden in een verwerkingsovereenkomst. Veel bedrijven hebben hier reeds modellen voor en pasten hun algemene voorwaarden aan. Het is aangewezen om na te gaan of deze bepalingen afdoende zijn.

### 8. Bewustmaking van de nieuwe regelgeving

De arts maakt de medewerkers in zijn praktijk bewust van de veiligheidsmaatregelen die de patiëntgegevens beschermen en bepaalt welke personen tot welke gegevens toegang hebben.

Indien er een onbevoegde persoon toegang kreeg tot gezondheidsgegevens van patiënten of andere gevoelige informatie die de arts in de context van zijn activiteit bijhoudt, is er sprake van een “gegevenslek”.

Gegevenslekken moeten geregistreerd worden en, afhankelijk van de ernst, binnen de 72 uren gemeld worden aan de gegevensbeschermingsautoriteit en de betrokkenen.

### 9. Toekomst

Verschillende overheden, instellingen en andere betrokken actoren bij het verwerken van gezondheidsgegevens beraden zich over deze nieuwe Europese regelgeving. In de toekomst zullen Europese richtlijnen preciseren hoe actoren binnen de gezondheidszorg moeten omgaan met patiëntgegevens.

## **DEONTOLOGISCHE RICHTLIJNEN VOOR DE TOEPASSING VAN EUTHANASIE BIJ PATIËNTEN DIE PSYCHISCH LIJDEN TEN GEVOLGE VAN EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING**

*Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening*

### 1. Inleiding

Deze adviestekst met deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psy-



---

chisch lijden ten gevolge van een psychiatrische aandoening (hierna "euthanasie bij psychiatrische patiënten"), kwam tot stand binnen de commissie euthanasie van de nationale raad van de Orde der artsen. De commissie heeft zich onder meer gebaseerd op de advies tekst *"Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidige wettelijk kader?"* van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (hierna «VVP»). Daarnaast werd ook het advies ingewonnen van haar Franstalige tegenhanger, de Société Royale de Médecine Mentale de Belgique (hierna de "SRMMB").

De wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (hierna "Euthanasiewet") bepaalt dat euthanasie bij psychiatrische patiënten mogelijk is, mits het naleven van bepaalde voorwaarden. De nationale raad is evenwel van mening dat het uitvoeren van euthanasie bij psychiatrische patiënten, omwille van de specifieke problematiek van deze patiënten, met zeer grote omzichtigheid moet gebeuren.

Dit advies voegt aan de Euthanasiewet enkele deontologische richtlijnen toe als leidraad voor de artsen bij het verzoek en de toepassing van euthanasie bij psychiatrische patiënten. De richtlijnen geven een deontologische interpretatie aan de wettelijke voorwaarden of voegen gedragsregels toe aan de bestaande wetgeving.

## *2. Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij psychiatrische patiënten*

### (1) Fysieke samenkomst van minstens drie artsen

De Euthanasiewet bepaalt dat de arts die euthanasie toepast bij een patiënt die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, twee artsen moet raadplegen, die inzage nemen van het medisch dossier, de patiënt onderzoeken en zich moeten vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet ge-

lenigd kan worden. De eerste geraadpleegde arts moet bevoegd zijn om over de aandoening in kwestie te oordelen. De tweede geraadpleegde arts moet een psychiater zijn of een specialist in de aandoening in kwestie. Beide geraadpleegde artsen zijn onafhankelijk ten opzichte van de patiënt en de behandelende arts en stellen een verslag op van hun bevindingen. De behandelende arts brengt de patiënt hiervan op de hoogte.

Een psychiatrische aandoening op zichzelf resulteert meestal niet in het overlijden van de patiënt binnen afzienbare tijd. De arts die euthanasie overweegt bij psychiatrische patiënten zal dus in de praktijk steeds twee artsen raadplegen en beide geraadpleegde artsen zullen psychiaters zijn.

De nationale raad is van mening dat de arts die euthanasie overweegt bij psychiatrische patiënten nog een stap verder dient te gaan en fysiek moet samenkomen met de twee psychiaters. Een fysieke ontmoeting resulteert in een interdisciplinaire samenwerking waar elke arts zijn standpunten zo objectief mogelijk uitlegt. De artsen stellen gezamenlijk een verslag op en komen tot een gezamenlijk besluit, zonder dat vereist wordt dat zij het over alles eens zijn.

Het is aangewezen dat bij dit fysiek overleg alle zorgverleners worden betrokken die regelmatig in contact staan met de psychiatrische patiënt. Naast het verplegend team, is het aangewezen dat ook de psychologen en de psychotherapeuten die mede het zorgtraject realiseren, bij het overleg worden betrokken.

De nationale raad stelt voor dat het RIZIV voorziet in een terugbetaling van dergelijk fysiek overleg, onder de noemer "Multidisciplinair Euthanasie Consult" (MEC), naar analogie met het "Multidisciplinair Oncologisch Consult" (MOC) binnen de specialisatie van de oncologie.




## (2) De patiënt is uitbehandeld

De Euthanasiewet bepaalt dat de arts die euthanasie bij psychiatrische patiënten overweegt zich moet verzekeren dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeluk of ziekte veroorzaakte aandoening.

Het bepalen van de ongeneeslijkheid en/of de uitzichtloosheid van een psychiatrische aandoening is een complexe opdracht voor de arts, temeer door de signi-

ficante comorbiditeit en de grotere zelfdodingincidentie. De psychiatrische aandoening op zich zal slechts zelden aanleiding geven tot het overlijden van de patiënt en de uiteindelijke evolutie van de aandoening is moeilijk in te schatten. Toch kan er sprake zijn van ongeneeslijkheid of uitzichtloosheid omdat er bij bepaalde psychiatrische patiënten steevast geen uitzicht is op een positieve evolutie van hun gezondheidstoestand.

De arts die vaststelt dat de patiënt lijdt aan een ongeneeslijke en uitzichtloze psychiatrische aandoening, moet zich ervan verzekeren dat de patiënt is uitbehandeld. Dit betekent dat de patiënt alle mogelijke eviden-



ce-based behandelingen voor zijn aandoening heeft gehad. Wanneer de psychiatrische patiënt voor bepaalde evidence-based behandelingen gebruik heeft gemaakt van zijn recht op weigering, kan de arts geen euthanasie toepassen.

De arts moet hierbij een zekere redelijkheid aan de dag leggen. Hij mag niet vervallen in een therapeutische hardnekkigheid. Het redelijk aantal te volgen behandelingen is begrensd. Het is de bedoeling dat de arts ervan overtuigd is dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt, vanuit een objectief medisch-psychiatrisch perspectief, geen redelijke behandeling meer is die het lijden van de patiënt kan verlichten.

#### (3) Een ziekteproces van jaren

De Euthanasiewet bepaalt dat indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, hij minstens één maand moet laten verlopen tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

Daarnaast bepaalt de Euthanasiewet dat de arts zich moet verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert de arts gesprekken met de patiënt die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid.

De nationale raad is van mening dat de arts zich slechts kan verzekeren van het duurzaam karakter van het verzoek van de psychiatrische patiënt indien de patiënt wordt opgevolgd gedurende een voldoende langdurige periode. De evolutie van de gezondheidstoestand van de psychiatrische patiënt is vaak onvoorspelbaar. De initieel uitzichtloze gezondheidssituatie kan aanzienlijk veranderen na verloop van tijd en mits de toepassing

van een gepast zorgtraject. Het is thans niet aanvaardbaar om het verzoek tot euthanasie van de psychiatrische patiënt in te willigen op basis van het feit dat er een wettelijke termijn van één maand is verlopen na het schriftelijk verzoek, zonder dat deze patiënt een behandeltraject heeft gevolgd, gespreid over een langdurige periode.

#### (4) De naasten betrekken bij het proces

De Euthanasiewet bepaalt dat de arts vooraf en in alle gevallen, indien de patiënt dit wenst, het verzoek moet bespreken met zijn naasten die hij aanwijst.

De arts moet de patiënt aansporen zijn familie en naasten bij het proces te betrekken, tenzij er goede redenen zijn om dit niet te doen.

De nationale raad is zich bewust van het feit dat hierdoor conflicten kunnen ontstaan tussen enerzijds de autonomie van de patiënt en anderzijds het belang van de familie en/of de maatschappij. De arts heeft evenwel niet enkel plichten ten aanzien van de patiënt, maar ook ten aanzien van derden die ernstig kunnen geschaad worden door het verzoek van de patiënt. Het ondersteunen van derden en het beschermen van de maatschappij is onlosmakelijk verbonden met de problematiek van het uitvoeren van euthanasie bij psychiatrische patiënten.

Daarnaast is het betrekken van de naasten ook van belang voor de wettelijke beoordeling of het verzoek al dan niet tot stand kwam als gevolg van externe druk. De nationale raad onderschrijft hiervoor de tekst *«Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidige wettelijk kader»* van de VVP(11), die zich gebaseerd heeft op de Nederlandse *“Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis”*

#### (5) De patiënt is handelingsbekwaam en bewust

De Euthanasiewet bepaalt dat de arts die euthanasie toepast, geen misdrijf pleegt wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat de patiënt handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek.

Hierbij dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de handelingsbekwaamheid en de feitelijke bekwaamheid van de patiënt.

De handelingsbekwaamheid van een persoon is een juridisch begrip. Het is meestal de vrederechter die, mede met de hulp van een arts, zal bepalen of een persoon handelingsonbekwaam is en welke rechtshandelingen deze bijgevolg niet meer kan stellen. De arts die euthanasie toepast moet nagaan of er op de patiënt die een euthanasieverzoek indient dergelijke juridische beschermingsmaatregel van toepassing is.

De feitelijke bekwaamheid, ook wel de wilsbekwaamheid of het zich bewust zijn van de handelingen die men stelt, is een feitelijke situatie waarover de arts die euthanasie toepast, moet oordelen. Bij psychiatrische patiënten is deze beoordeling niet evident omdat een psychiatrische stoornis de wilsbekwaamheid van de patiënt kan aantasten. Een psychiatrische stoornis impliceert evenwel niet automatisch dat de patiënt geen weloverwogen en geldig euthanasieverzoek kan formuleren.

Voor de beoordeling door de arts of de patiënt al dan niet wilsbekwaam is, onderschrijft de nationale raad de tekst *“Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader”* van de VVP, die zich gebaseerd heeft op de Nederlandse *“Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis”*.

#### (6) Doorverwijzen indien gewetensbezwaar

De Euthanasiewet bepaalt dat de arts niet kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

De geraadpleegde arts die weigert euthanasie toe te passen, moet dit tijdig laten weten aan de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon, waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.

De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

De geraadpleegde arts die weigert euthanasie uit te voeren bij psychiatrische patiënten omwille van een gewetensbezwaar, moet de patiënt doorverwijzen naar een andere arts. Daarbij moet hij erover waken dat hij bij de patiënt niet de indruk wekt dat de arts, naar wie is doorverwezen, het euthanasieverzoek zal inwilligen. De arts met gewetensbezwaren mag evenmin oordelen over de opportuniteit van het verzoek.

### 3. Besluit

Met deze adviestekst stelt de nationale raad een leidraad op met deontologische richtlijnen opdat de vraag naar euthanasie bij psychiatrische patiënten zou worden geëvalueerd met de grootste omzichtigheid.

De tekst is niet-exhaustief en kan evolueren in de tijd. Derhalve zal de commissie euthanasie van de nationale raad van de Orde der artsen zich de komende jaren blijven buigen over de problematiek.

---

## **GEVOLGEN VAN DE OPHEFFING VAN DE CODE GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER (1975) DOOR DE CODE MEDISCHE DEONTOLOGIE (2018), DIT VOOR DE SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN**

### **Advies van 16 maart 2019 van de nationale raad van de Orde der artsen**

*De nationale raad heeft de gevolgen van de opheffing van de Code Geneeskundige Plichtenleer (1975) door de Code Medische Deontologie (2018), dit voor de samenwerkingsovereenkomsten.*

De Code Medische Deontologie (2018) heeft impliciet de Code Geneeskundige Plichtenleer (1975) opgeheven. Dit houdt in dat bij de beoordeling van de deontologische principes die gelden voor de professionele samenwerking tussen artsen, associaties, en vennootschappen (verder de overeenkomsten), niet meer kan verwezen worden naar de artikelen 159 tot 165 Code Geneeskundige Plichtenleer (1975). Dit betekent echter niet dat er geen deontologische beperkingen meer zouden zijn.

Blijkbaar is er hieromtrent nog onduidelijkheid. Niet alle provinciale raden hanteren dezelfde normen. Sommige provinciale raden eisen geen voorafgaande overlegging meer, andere doen dit wel, nog andere raden hun leden aan alle overeenkomsten te blijven overleggen. Sommige provinciale raden beoordelen de overeenkomsten nog op basis van de Code Geneeskundige Plichtenleer (1975) of eigen leidraden van vóór de Code Medische Deontologie (2018).

Dit advies beoogt meer eenheid in de beoordeling van de overeenkomsten.

Het thans toepasselijke artikel 12 Code Medische Deontologie (2018) bepaalt:

*“De arts kan voor zijn beroepsuitoefening samenwerkingsovereenkomsten afsluiten.*

*De arts vermijdt elke vorm van collusie.*

*De arts is steeds persoonlijk verantwoordelijk voor zijn medisch handelen.*

*De arts zorgt ervoor dat zijn beroepsuitoefening en de organisatie van de professionele samenwerking stroken met de bepalingen van de medische deontologie. Hij legt die afspraken schriftelijk vast.”*

De nationale raad heeft een leidraad “*Contracten en vennootschappen*” opgesteld. De bedoeling hiervan is de arts attent te maken op de belangrijkste deontologische aspecten en hem op dat vlak te helpen bij het opstellen van de overeenkomsten. (Advies NR van 15 september 2018, a162005).

#### *1. Voorafgaande goedkeuring van de overeenkomsten*

Een van de gevolgen van de opheffing van de CGP is de volledige afschaffing van de deontologische plicht de overeenkomsten vooraf ter goedkeuring over te leggen aan de provinciale raad.

De arts kan wel een vrijblijvend advies vragen aan zijn provinciale raad. Dit betekent dat de arts altijd vrij kiest of hij al dan niet zijn provinciale raad advies vraagt over de deontologische aspecten van de overeenkomsten.

De arts die de overeenkomsten niet vooraf overlegt, begaat daardoor geen deontologische fout.

## 2. Toepasselijke beoordelingscriteria

De provinciale raden kunnen bij de beoordeling van de overeenkomsten niet meer verwijzen naar de Code Geneeskundige Plichtenleer (1975). De leidraden die ze vóór 3 mei 2018 hebben opgesteld, kunnen slechts dienstig zijn voor zover ze verplichtingen bevatten die niet gebaseerd zijn op de Code Geneeskundige Plichtenleer (1975). Alleen de leidraad opgenomen in het advies [NR van 15 september 2018, a162005](#) en de toepasselijke bepalingen van de Code Medische Deontologie (2018) zijn richtinggevend.

Dit betekent niet dat alle adviezen van de nationale raad van vóór de CMD niet nuttig meer kunnen zijn bij de beoordeling van deontologische aspecten die in de voormelde leidraad zijn opgenomen.

## 3. Gevolgen van het niet-overleggen van de overeenkomsten

Zoals hiervoor reeds gezegd begaat de arts die de overeenkomsten niet vooraf overlegt, geen deontologische fout.

Indien evenwel zou blijken dat de overeenkomsten toch bepalingen bevatten die strijdig zijn met de thans geldende deontologie, kunnen de provinciale raden oordelen over de disciplinaire gevolgen daarvan.

## 4. Gevolgen van het niet-opvolgen van het advies van de provinciale raad

Het advies dat de provinciale raden over de overeenkomsten geven is een niet bindend advies.

Indien de arts oordeelt dit advies niet te volgen, begaat hij, alleen op die grond, geen deontologische fout.

## BUITENGERECHTELIJKE BESCHERMING – LASTHEBBER VAN EEN PATIËNT

### Advies van 16 maart 2019 van de nationale raad van de orde der artsen

*Kan een behandelend arts of een coördinerend en raadgevend arts van het rusthuis waar zijn patiënt verblijft als lasthebber van zijn patiënt optreden in geval van een buitengerechtelijke bescherming (art. 489 e.v. Burgerlijk Wetboek)?*

De nationale raad heeft op 16 maart 2019 de vraag onderzocht of de arts als lasthebber van een patiënt kan worden aangewezen binnen een lastgeving bedoeld als buitengerechtelijke beschermingsmaatregel.

De nationale raad is van mening dat het deontologisch niet wenselijk is dat, bij een buitengerechtelijke bescherming, een arts een lastgeving over de goederen of de personen van een patiënt aanvaardt. Of hij behandelend arts, dan wel coördinerend arts van het rusthuis is waar zijn patiënt verblijft, doet niet ter zake.

De lastgeving kan immers de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt beïnvloeden. De kerntaak van de arts ten aanzien van de patiënt is de verstrekking van gezondheidszorg. Het is niet aangewezen dat de arts zich daarenboven mengt in de financiële toestand van zijn patiënt, noch in de rechten die betrekking hebben op de persoon. Dergelijke inmenging kan gemakkelijk leiden tot een vertrouwensbreuk die de zorgrelatie schaadt.

Bepaalde uitzonderlijke omstandigheden, zoals een familiale band of een vriendschapsrelatie, kunnen nochtans een dergelijke lastgeving rechtvaardigen.

---

Of een arts die toch een dergelijke lastgeving aanvaardt niet deontologisch handelt, is afhankelijk van de concrete feiten en omstandigheden. De bevoegde provinciale raad kan daarover oordelen

## **MAAGDELIJKHEIDSTESTEN EN -GETUIGSCHRIFTEN**

*De nationale raad van de Orde der artsen heeft de problematiek van de maagdelijkheidstesten en -getuigschriften onderzocht.*

Advies van de nationale raad :

In zijn vergadering van 16 februari 2019 heeft de nationale raad van de Orde der artsen de problematiek van de maagdelijkheidstesten en -getuigschriften onderzocht.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) heeft in oktober 2018 een verklaring gepubliceerd die mee ondertekend werd door het Hoog Commissariaat van de Verenigde Naties voor de rechten van de mens en UN Women en die tot doel heeft een halt toe te roepen aan de maagdelijkheidstesten en -getuigschriften die nog steeds uitgevoerd worden in bepaalde landen waaronder België.

De nationale raad is van mening dat het ingaan op de vraag naar het opstellen van een getuigschrift aangaande de maagdelijkheid niet gerechtvaardigd is.

Het is niet mogelijk op basis van een klinisch onderzoek met zekerheid te verklaren dat een persoon nooit geslachtsverkeer had.

Naast deze zuiver medische overweging, moet de nadruk gelegd worden op de deontologische en ethische aspecten van deze praktijk.

De toestemming en het respect van de patiënte roepen vragen op. Deze onderzoeken worden doorgaans aangevraagd door derden zonder eerbiediging van de persoonlijke intimiteit en het recht op privacy van de betrokken persoon.

Ze kunnen ervaren worden als een daad van agressie.

Ze brengen een discriminatie mee tussen vrouwen en mannen van wie de seksuele relaties geheel ontsnappen aan dit soort van evaluatie.

Het is een medische handeling die geen nut heeft voor de gezondheid, niet relevant is vanuit wetenschappelijk oogpunt en dramatische gevolgen kan hebben voor het welzijn van de patiënte.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen deze maagdelijkheidsgetuigschriften en -testen met maatschappelijke doeleinden en het forensische onderzoek bij slachtoffers van seksuele agressie of verkrachting. Het vaststellen van seksueel geweld valt onder de gerechtelijke geneeskunde en dient verricht te worden in omstandigheden die de persoon eerbiedigen en door beoefenaars die speciaal opgeleid zijn zodat alle bewijselementen verzameld worden en wegnemingen gebeuren die noodzakelijk zijn voor het gerecht en het slachtoffer geen iteratieve onderzoeken moet ondergaan wegens oppervlakkige en onvolledige onderzoeken.

De nationale raad sluit zich aan bij de verklaring van de WGO die de gezondheidsberoepsbeoefenaars aanbeveelt dergelijke testen niet uit te voeren en geen maagdelijkheidsgetuigschriften af te leveren.



---

## DISCIPLINAIRE BESLISSINGEN PROVINCIALE RAAD VAN ANTWERPEN

### Kwaliteit van zorgen

#### TEKORTKOMING

Nagelaten te hebben aan zijn patiënt een kwaliteitsvolle dienstverlening te verlenen die beantwoordt aan zijn behoeften.

#### DE KLACHT

Bij zijn schrijven van 10 april 2015 liet het ambt van de Procureur des Koning te Antwerpen aan de Raad weten dat er lastens deze arts een gerechtelijk onderzoek werd gestart wegens onopzettelijke doding.

Uit de verdere gegevens van deze zaak, is gebleken dat er zich ernstige complicaties hadden voorgedaan tijdens de “recovering” van een patiënt die net daarvoor een “Facial Feminisation Surgery” had ondergaan. Deze ingreep had plaats gevonden in een privé kliniek en werd uitgevoerd op 7 april 2015 door een arts , geneesheer – specialist maxillo – faciale chirurgie.

Voor de uitvoering van de anesthesie werd er beroep gedaan op deze arts in zijn hoedanigheid van anesthesist-spoedarts . Nadien is gebleken dat hij in feite sedert ongeveer één jaar geen anesthesie had verricht staande een chirurgische ingreep.

Uit het medisch dossier van deze patiënt (08/04/2015) is verder gebleken dat hij in de morgen van 9 april 2015 klinisch hersendood was verklaard o.a. met afwezigheid van elke hersenstamreflex. De oorzaak hiervan zou zijn, “hypoxie i.h.k.v. cardiaal arrest”. De patiënt overleed op 9 april 2015 om 18.48 uur in het bijzijn van zijn familie.

---

## HET ONDERZOEK

Voor de commissie van onderzoek bevestigde deze arts dat hij door een vroegere collega werd gecontacteerd met de vraag om hem tijdens zijn verlof te vervangen gedurende twee dagen als anesthesist in een privé kliniek te Antwerpen.

Hijzelf was op dat ogenblik werkzaam als spoedarts in een ziekenhuis waar hij wel wat anesthesie deed bij het zetten van breuken maar niet als dusdanig aanwezig was in de operatiekamers.

Hij had al een jaar niet als dusdanig gewerkt maar hij wilde zijn collega wel uit de nood helpen.

Wat de voorliggende feiten betreft, bevestigde de arts dat er zich op het einde van narcose, meer bepaald bij het verwijderen van de intubatietube, een verschrikkelijke complicatie voordeed.

De patiënt ontwikkelde op zeer korte tijd een spanningspneumothorax waarbij er grote zwellingen ontstonden ter hoogte van de hals en het aangezicht. De patiënt werd gereanimeerd en overgebracht naar het UZA alwaar hij helaas is overleden.

Op de vraag van de onderzoekscommissie of het wel verstandig was de vervanging te aanvaarden, antwoordt deze arts dat het achteraf altijd gemakkelijk is dat soort conclusies te trekken maar hij zou de vervanging hebben aanvaard om een collega uit de nood te helpen.

## HET VERWEER

Ondanks een tijdige en regelmatige oproeping om voor de Raad te verschijnen, is deze arts niet komen opdagen, zodat zijn zaak bij verstek werd behandeld.

## DE BESLISSING

De Raad is van mening dat deze arts nagelaten heeft aan zijn patiënt een kwaliteitsvolle dienstverstrekking te verlenen die beantwoordde aan diens behoeften, zoals ondermeer omschreven in het artikel 5 van de wet op de rechten van de patiënt.

Hierbij dient de vraag gesteld of alle voorwaarden waren vervuld en of alle middelen aanwezig waren om aan deze patiënt alle zorgen te verlenen die hij voor een dergelijke intensieve ingreep ook mocht verwachten, teneinde het beoogde resultaat te bekomen, namelijk een behoorlijk verloop van de anesthesie en de recovering van de patiënt.

Er moet m.a.w. de vraag worden gesteld; heeft deze arts binnen zijn inspanningsverbintenis ten opzichte van zijn patiënt, alle middelen aangewend die de huidige medische wetenschap ter beschikking stelt om het beoogde resultaat, in huidig geval een behoorlijke anesthesie van de patiënt, te bereiken. (Handboek gezondheidsrecht Van Sweefelt De Wallens Volume 1 pag. 1276)

Het gegeven dat deze ingreep plaats vond in een privé kliniek, doet geen enkele afbreuk aan de inhoud en de omvang van de contractuele inspanningsverplichting. Immers een arts die een behandeling in zijn privé kliniek uitvoert moet evenzeer zijn voorbereid op voorzienbare complicaties en heeft bijgevolg de plicht de nodige voorzorgsmaatregelen te nemen om deze complicaties het hoofd te bieden. (Handboek gezondheidsrecht – Vansweefelt – De Wallens Volume 1 pag. 1315).

Bij de bepaling van die plicht tot zorgvuldigheid dient er tevens rekening te worden gehouden met de al dan niet hoogdringendheid van de ingreep zelf. Heeft

---

de arts de tijd om alle peroperatieve informatie in te winnen alvorens zijn ingreep aan te vatten. (Handboek gezondheidsrecht – pag. 1316 Van sweefeld – De Walens).

De vraag dient tevens gesteld in hoeverre de betrokken arts in zijn handelingen, beantwoordt aan het referentie – type van “de zorgvuldige arts” van dezelfde categorie, geplaatst in dezelfde externe omstandigheden, waarbij de lichte of de lichtste fout van aard is om diens verantwoordelijkheid in het gedrang te brengen wat betreft zijn deontologische plicht om aan zijn patiënt de verwachte kwaliteitsvolle dienstverstrekking te verlenen die beantwoordt aan diens behoeften.

Hierbij speelt de beoordeling van de inhoud van diens medisch handelen en het eventuele oorzakelijk verband met het uiteindelijk overlijden een andere rol dan binnen diens eventuele strafrechtelijke verantwoordelijkheid voor onopzettelijke doding.

Voortgaande op de voormelde algemene principes inzake beoordeling van het voorliggend medisch handelen en de daarmee samenhangende medische deontologie, is de Raad van mening dat deze arts wel degelijk te kort is geschoten aan zijn plicht tot kwaliteitsvolle dienstverlening die mag worden verwacht van een zorgzaam en voorzichtig arts, en dit op grond van de hierna volgende vaststellingen en overwegingen.

1. Het feit dat deze arts een beroepsopdracht heeft aanvaard, ondanks het feit dat hij meer dan één jaar geen dergelijke anesthesie heeft uitgevoerd.
2. Het feit dat deze arts zich op uitermate onvoldoende wijze voorbereid heeft op dergelijke anesthesie door onder meer geen peroperatieve onderzoeken uit voeren bij een patiënt die hem op professioneel

gebied onbekend was en bleef, en zich tevens onvoldoende eigen heeft gemaakt over de kennis van het aanwezige personeel en het verloop van de feitelijke samenwerking met de andere gezondheidswerkers.

3. Het feit dat hij zich voorafgaandelijk onvoldoende heeft voorbereid om te voorzien in voldoende kwalitatief instrumentarium in deze privé kliniek.
4. Het feit dat hij zich totaal niet voorbereid heeft op een back-up van de urgentiediensten van nabijgelegen ziekenhuizen om een calamiteit of complicatie correct, veilig en waardig op te vangen.
5. Het feit dat hij de guidelines van BSAR-APSAR heeft genegeerd luidende als volgt : “de anesthesist –re animator blijft continu aanwezig bij zijn patiënt. Indien deze toch verplicht is zijn patiënt tijdelijk te verlaten duidt hij een bevoegd persoon aan, die de bewakingsplicht exclusief overneemt, met uitsluiting van elke andere activiteit. Deze bewakingsplicht valt volledig onder de verantwoordelijkheid van de behandelende anesthesist-re animator.”
6. Het feit dat uit het strafrechtelijk onderzoek ten overvloede is gebleken dat er laattijdig en op een ondeskundige manier met de reanimatie is begonnen en zulks zonder harde plank onder de patiënt.
7. Het feit dat er geen continu hartmassage is gebeurd vermits bij de aankomst van de MUG de urgentie arts vaststelde dat er zes personen rond de patiënt stonden maar er niets gebeurde.
8. De afwezigheid van duidelijke afspraken met de verpleegkundigen betreffende de acties die er eventueel dienden genomen te worden bij acute problemen, alhoewel hier de chirurg als hoofdgeneesheer mede verantwoordelijkheid draagt.

---

Besluitend wenst de Raad te stellen dat alle voormelde tekortkomingen de kansen van de patiënt op overleving sterk hebben verminderd.

### DE STRAFMAAT

Bij de bepaling van de strafmaat wenst de Raad rekening te houden met de ernst van de voorliggende feiten en vaststellingen waarbij een patiënt, na complicaties bij de recoverie na de ingreep, uiteindelijk het leven heeft gelaten.

Tevens wenst de Raad rekening te houden met de algemene ingesteldheid van deze arts, die ondanks het voorval, het operatieschema onverminderd heeft afgewerkt in dezelfde operatieve setting met het gevaar dat hij opnieuw zou kunnen vervallen in hetzelfde rampenscenario en dit in plaats van alles te herbekijken rekening houdende met zijn duidelijk gebrek aan ervaring met de chirurgische anesthesie.

### SANCTIE

Legt aan deze arts de tuchtsanctie op van **schrapping** van de lijst van de orde der artsen van de provincie Antwerpen.

**Betrokken arts tekende beroep aan tegen deze beslissing.**

## Onzorgvuldig bijgehouden patiëntendossier - overconsumptie

### TEKORTKOMING

1. Het laattijdig indienen van getuigschriften en het vernietigen van voorschriften m.a.w. het niet zorgvuldig bijhouden en het niet veilig bewaren van het patiëntendossier.
2. Het doen van onnodige opnames van botdensimetrie m.a.w. overconsumptie.

### KLACHT

Klachtschrijven d.d. 11.07.2018 vanwege De Arts-Inspecteur van het RIZIV naar aanleiding van een onderzoek van de DGEC inzake het laattijdig indienen van getuigschriften voor verstrekte hulp en het uitvoeren en aanrekenen van een uitgebreide reeks RX-opnames bij een botdensitometrie.

### MOTIVERING

1. **Het laattijdig indienen van getuigschriften en het vernietigen van voorschriften m.a.w. het niet zorgvuldig bijhouden en het niet veilig bewaren van het patiëntendossier:**

Laattijdig opsturen van getuigschriften:

Op de zitting meldde de arts dat hij inderdaad een automatisch systeem had ingebouwd om systematisch 2 jaar na de gebeurlijke prestaties de getuigschriften naar de verzekeringsinstellingen te sturen (gemiddelde vertraging van 714 dagen, abstractie van prestaties in het kader van de tandheelkunde).



De arts meldde ter zitting dat de verzekeringsinstellingen de terugbetaling van verstrekkingen bleven uitvoeren, zelfs ook al waren deze 2 jaren verlopen. Hierom was de arts van overtuigd dat hij hier geen fouten maakte.

Verder meldt de klager:

Door de getuigschriften voor verstrekte hulp met bijna twee jaar vertraging in te dienen, konden enkel de aangerekende verstrekkingen van minimum twee jaar oud onderzocht worden.

Als reden voor de indiening van de getuigschriften met bijna 2 jaar vertraging verklaarde de arts op 27/11/18 dat hij dit deed om fiscale redenen. Hij wou volgens zijn verklaring een financiële buffer opbouwen.

Het vernietigen van voorschriften m.a.w. het niet zorgvuldig bijhouden en het niet veilig bewaren van het patientendossier:

De klager meldt dat de arts systematisch elke maand al de voorschriften van twee jaar oud vernietigde, ook tijdens het lopend onderzoek, en verhin-

derde daardoor dat nog voorschriften van aangerekenende verstrekkingen konden nagekeken worden.

Door zijn achterstand in het indienen zou hij logischerwijze nog moeten beschikt hebben over nog in te dienen getuigschriften of over lijsten betreffende nog op te maken getuigschriften van de laatste twee jaar, maar ook die getuigschriften of lijsten kon hij niet tonen. Hierdoor was ook geen verificatie mogelijk van de nog aan te rekenen verstrekkingen.

Bij navraag waarom deze procedure systematisch zo werd gehanteerd, argumenteert de arts dat de aanvraagformulieren voor medische beeldvorming niet behoren tot zijn patiëntendossiers, maar enkel strekken zij ertoe de controlediensten toe te laten de conformiteit van de nomenclatuur na te gaan en dit slechts binnen de voorgeschreven termijn van 2 jaar.

Bij navraag of het niet beter is de voorschriften met hun indicaties bij te houden bij het medisch dossier van de patiënt, refereert de Raad naar:

- Advies van de Nationale Raad, Radiografieën – Bewaring, doc: a028023, tijdschrift: 28 p. 34, 19/04/1980<sup>1</sup>: hier spreekt men over ‘archieven’ en wordt niet expliciet voorschriften van medi-

sche beeldvorming geëxcludeerd als zijnde geen deel van het medisch dossier

- Advies van de Nationale Raad, Bewaartermijn van radiografieën en elektro-encefalografische tracés, doc: a092001, tijdschrift: 92 p. 3, 20/01/2001<sup>2</sup>:

2 Bewaartermijn van radiografieën en elektro-encefalografische tracés  
In het kader van de reorganisatie van zijn praktijk vraagt een huisarts hoe lang de radiografieën van de patiënt moeten worden bewaard. De protocollen worden in het medisch dossier geklasseerd.

Een gelijkaardige vraag wordt voorgelegd betreffende elektro-encefalogrammen. Is het voldoende het protocol bij te houden of dient het EEG bewaard te worden, en, zo ja, hoe lang ?

Advies van de Nationale Raad :

In antwoord op uw brief aangaande de bewaartermijn van radiografieën [elektro-encefalografische tracés], deelt de Nationale Raad u mede dat alleen het Koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, in zijn artikel 1, § 3, een termijn bepaalt voor de bewaring van het medisch dossier, namelijk gedurende minstens dertig jaar. Voor het overige wordt de noodzaak voor de geneesheer van het bewaren van documenten in de regel bepaald door de latere nuttige of nodige aanwending ervan in het kader van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg, en dient elke vernietiging van originele stukken met omzichtigheid te gebeuren.

Derhalve, terwijl voor bewaring buiten de ziekenhuizen van medische documenten, met inbegrip van de archieven i.v.m. de radiologie [waaronder elektro-encefalografische tracés], de vermelde wettelijke bepaling als bewaarreferentie kan worden aangezien, is het aangewezen ook rekening te houden met de maximale verjaringstermijnen van alle (persoonlijke) rechtsvorderingen tot vergoeding van schade op grond van buitencontractuele aansprakelijkheid zoals deze worden bepaald door de op 27 juli 1998 in werking getreden Wet van 10 juni 1998, tot wijziging van sommige bepalingen betreffende de verjaring.

De nieuwe verjaringstermijnen zijn, met inachtneming van de overgangsbepalingen van de wet, de volgende :

- voor schade veroorzaakt vóór 27 juli 1988 : dertig jaar na het schadeverwekkende feit;

1 Door een universiteit wordt volgende vraag voorgelegd: Is het op grond van de geldende regels terzake verboden radiografieën die meer dan 10 jaar oud zijn (van voor 1968) en die in de loop van de laatste 3 jaar niet meer werden geconsulteerd, te liquideren ?

Antwoord van de Nationale raad van 24 april 1980:

De Raad is van oordeel dat de archieven i.v.m. de radiologie onder toepassing vallen van artikel 46 (\*) van de Code van geneeskundige Plichtenleer en derhalve gedurende 30 jaar dienen te worden bewaard. Dit is geen deontologische maar wel een juridische beschikking.

(\*) Artikel 46: De geneesheer moet de medische dossiers gedurende 30 jaar bewaren; desgevallend moet hij erop toezien dat de dossiers derwijze worden vernietigd dat het beroepsgeheim gewaarborgd blijft.

---

waarbij deze passage wordt gesteld: “Voor het overige wordt de noodzaak voor de geneesheer van het bewaren van documenten in de regel bepaald door de latere nuttige of nodige aanwending ervan in het kader van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg, *en dient elke vernietiging van originele stukken met omzichtigheid te gebeuren.*”

- GDPR<sup>2</sup>: Art. 9 punt 2, h) de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeids-geneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, *medische diagnoses*, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen

En:

Art. 15 Recht van inzage van de betrokkene

1. De betrokkene heeft het recht om van de verwerkingsverantwoordelijke uitsluitend te verkrijgen

- 
- voor schade veroorzaakt in de periode van 27 juli 1988 tot 26 juli 1998 : tot en met 26 juli 2018 te weten twintig jaar na de inwerking-treding van de nieuwe wet;
  - voor schade veroorzaakt vanaf 27 juli 1998 : twintig jaar na het scha-deverwekkende feit.

Eens een rechtsvordering is ingesteld, dient het dossier best bewaard te worden tot aan de definitieve gerechtelijke eindbeslissing, in voorkomend geval rekening houdend met een toegekend voorbehoud.

3 VERORDENING (EU) 2016/679 VAN HET EUROPEES PARLE-MENT EN DE RAAD van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoons-gegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevens-bescherming).

over het al dan niet verwerken van hem betreffen-de persoonsgegevens en, wanneer dat het geval is, om inzage te verkrijgen van die persoonsgege-vens en van de volgende informatie: (...) *d) indien mogelijk, de periode gedurende welke de per-soonsgegevens naar verwachting zullen worden opgeslagen, of indien dat niet mogelijk is, de cri-teria om die termijn te bepalen*<sup>4</sup>

- Federale commissie ‘ Rechten van de Patient’: hier worden enkel adviezen gegeven, maar kan men geen pragmatische concrete richtlijnen vinden omtrent de bewaring van archieven van medische beeldvorming. Dit werd ook vermeld in het verweer van de arts, toch kan de Raad hier geen deontologische basis uit filteren.
- Code van medische deontologie ( echter van 1 mei 2019): Art. 22 handeert volgende stelling i.v.m. het patiëntendossier:
- De arts houdt voor elke patiënt een patiënten-dossier bij, waarvan de samenstelling en de be-waring beantwoorden aan de wettelijke en de-ontologische vereisten.
- De arts beheert, met respect voor het beroeps-geheim, het patiëntendossier als werkinstru-ment, communicatiemiddel, kwaliteitsreferen-tiepunt en bewijselement.
- Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rech-ten van de patiënt, BS: 26 september 2002: Art. 9. §1. De patiënt heeft ten opzichte van de be-roepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijge-houden en veilig bewaard patiëntendossier.
- Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbe-oefenaar door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.

---

<sup>4</sup> Dit wil zeggen de periode die nuttig bevonden wordt om de reden te blijven weten van de aanvraag van medische beeldvorming, alsook de periode waarbinnen de aanvrager en uitvoerder van deze prestaties nog kunnen aansprakelijk gesteld worden bij en claim.



- § 2. De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier.
- Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt overwijd en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven.
- Als besluit wenst de Raad te stipuleren dat het raadzamer was geweest dat de arts de voorschriften voor medische beeldvorming, die hij had verkregen voor het uitvoeren van zijn prestaties te bewaren als bewijsstukken (zeker stijdens het onderzoek van de DGEC). Voorzichtigheid en transparantie in deze context was hier een correctere en collegiale houding geweest (op deontologisch vlak).

*protocols: BMC en mammografie. Patiënte neemt geen medicatie voor osteoporose. Ik heb BMC **niet aangevraagd**. Ik overhandig u het protocol van BMC en mammografie (bijlage 12 en bijlage 13)."*

3. *"U vraagt waarom ik steeds ook een bekkenopname doe. **Dit kan inderdaad in vraag gesteld worden**. Sinds uw opmerkingen over de protocols schrijf ik nu wel rubriek per rubriek met bespreking van alle segmenten afzonderlijk en niet langer alles onder de noemer botdensitometrie."*

## MOTIVATIE

### 2. Het doen van onnodige opnames van botdensitometrie m.a.w. overconsumptie.

Klager meldt de Raad:

1. *"Daarbij werden op basis van nazicht van voornamelijk protocols in totaal 1161 verstrekkingen ten laste gelegd voor een totaal bedrag van € 45.811,06. Betreft het aanrekenen van niet conforme verstrekkingen (inbreuk ZIV-wet art. 73bis, 2°) ten laste gelegd bij Pro-Justitia dd. 22/12/17. Op datum van 15/02/18 werd dit bedrag van € 45.811,06 vrijwillig terugbetaald door de dokter"*
2. *"Verklaring dd. 04/08/2017:  
"X, 13/05/40.  
Op 10/06/14: ik heb protocols van mammografie en echo borsten, BMC. Deze patiënte neemt geen medicatie voor osteoporose. **Ik heb geen BMC aangevraagd**. Ik overhandig u de protocols (bijlage 10 en 11)."  
"X, 17/02/46  
Op 19/03/14 heb ik in mijn dossier volgende*

Beklaagde meldde tijdens de zitting - als eerste uitspraak - dat hij alle voorgeschreven onderzoeken systematisch uitvoerde, zonder zich vragen te stellen omtrent de indicatie en/of mogelijke alternatieven en/of contra-indicaties van de onderzoeken, alsook geen dossieroverleg pleegde met de collega's aanvragers. Dus werd zijn bevoegdheid als wetenschappelijke en professionele adviseur naar de aanvragers toe niet ontwikkeld. Wel is er enkel bevestigingen van hem uit naar de aanvragende artsen toe, indien bijkomende onderzoeken voor akkoord moesten aangevuld worden met een aanvraagformulier. De voorschriften worden hem dan nadien per post, fax of email doorgestuurd.

De verdediging haalt aan dat in de klacht een belangrijke getuigenis weggelaten is. Zijn verklaring luidt:

*"Met nadruk wil ik nog vermelden dat de afwezigheid van een protocolaanvraag en van een protocol, geenszins betekent dat er geen aanvraag is geweest en vice versa, dat er geen protocol zou zijn gemaakt. Ik refereer naar de problemen met het informatiesysteem in die periode. Papieren protocols gaf ik*

*vaak mee met de patiënt. Het is nooit gebeurd dat ik een protocol ontvangen heb dat niet aangevraagd is.”*

Voor de Raad lijkt deze verklaring **moeizaam te interpreteren**, aangezien de woorden ‘protocol’ en ‘protocolaanvraag’ verwarrend zijn en niet verduidelijkt worden. Het vermoeden dat een ‘protocolaanvraag’ hetzelfde zou betekenen als een ‘aanvraag voor een prestatie van medische beeldvorming’ lijkt toch bizar, zeker op de bijzondere – en wat moeilijk leesbare – schriftelijke verklaring van deze arts op een kantlijn van de PV gedateerd op 28/08/2017.

## BESLISSING

Voortgaande op de voorliggende beschouwingen en overwegingen, weerhoudt de Raad de beide tekortkomingen als bewezen. Bij de bepaling van de strafmaat wenst de Raad rekening te houden met de ernst van de feiten en de ingesteldheid van de betrokken arts, zoals voldoende blijkt uit het voorliggend tuchtrechtelijk onderzoek.

## SANCTIE

Verklaart de beide inbreuken op de medische plichtenleer, bewezen en zegt voor recht dat deze inbreuken zich vermengen wegens eenheid van opzet zodat slechts een sanctie dient opgelegd.

Legt aan de arts de tuchtsanctie op van ontzetting uit het recht de geneeskunde te beoefenen voor een termijn van **één week**.

## Lichtzinnig attesteren - commercialisering

### TEKORTKOMINGEN

1. Lichtzinnig te attesteren,
2. Samen te werken met commerciële firma's
3. Commercialisering van de geneeskunde.

### DE KLACHT


In de pers verscheen een bericht betreffende een huisarts die beticht werd van asiel fraude. Tweehonderd Russen zouden via valse attesten een tijdelijke verblijfsvergunning hebben bekomen.

De Procureur des Konings overhandigde aan de raad een eensluidend verklaard afschrift van het gerechtelijk onderzoek. Hij overhandigde tevens een afschrift van een correctioneel vonnis waarbij de arts werd vrijgesproken van fraude (vonnis van 15 juni 2017).

### HET ONDERZOEK

Aan de commissie van onderzoek verklaarde de arts onder meer het volgende:

- Als huisarts was zij de eerste persoon met medische scholing die de asielzoeker het eerst zag.
- Men kwam vooral naar haar omdat zij Russisch sprak.
- Steeds maakte de asielzoeker melding van slape-loosheid, buikpijn, hoofdpijn en andere psychosomatische klachten. Haar diagnose was steeds depressie of PTSS.
- Soms werden bloedonderzoeken aangevraagd maar zeker niet regelmatig, gezien de hoge kostprijs.
- De door de asielzoeker vermelde symptomen zouden echter niet controleerbaar zijn. Echter alle asiel-



zoekers zouden een periode van depressie doormaken, dus zij geloofde deze mensen op hun woord.

- Als behandeling voor PTSS zou zij enkel antidepressiva voorschrijven. Zij zou ook getracht hebben hen door te verwijzen naar een psychiater hetgeen in België zeer moeilijk zou zijn.
- De commissie stelde vast dat de medische dossiers weinig verslagen bevatten van psychiaters. Deze zouden zelden verslagen opstellen noch overmaken.
- De commissie liet opmerken: een gelijkaardig ziektebeeld bij veel van deze asielzoekers die volgens de attesten allen zouden lijden aan soortgelijke klachten en problemen gezien hun feitelijke situatie, geen geld, geen papieren, gevaar in eigen land.
- De commissie stelde tevens vast dat meerdere medische dossiers erg summier werden ingevuld.
- Tenslotte werd de arts verzocht een drietal dossiers van asielzoekers voor te leggen, hetgeen zij ook gedaan heeft naar eigen keuze.

## DE BESLISSING

De raad besluit dat gelet op de uitzonderingstoestand van artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet, deze arts op een bijzonder lichtzinnige wijze is overgegaan tot het invullen van de standaard formulieren tot bekomen van een voorlopige verblijfsvergunning in België.

Immers deze specifieke procedure inzake medische regularisatie is er enkel op gericht om werkelijk ernstige zieke vreemdelingen tot een tijdelijk verblijf in het land toe te laten, indien hun verwijdering humanitair menselijk onaantvaardbare gevolgen zou hebben of met andere woorden, indien een zieke op zodanige wijze aan een aandoening lijdt dat deze een werkelijk risico inhoudt voor zijn leven of voor zijn fysieke integriteit of een werkelijk risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn eigen land van herkomst of het land waar hij verblijft.


Hiertoe dient een arts een standaardgetuigschrift in te vullen, vastgelegd in de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 17 mei 2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, en indien niet ingevuld, wordt zijn aanvraag niet - ontvankelijk verklaard (artikel 9 ter par. 3 van de Vreemdelingenwet).

Rekening houdende met het uitzonderingsstatuut van deze attesten die in feite enkel betrekking kunnen hebben op ernstige medische aangelegen, en die enkel betrekking kunnen hebben op uitzonderingstoestanden wat het verblijf in België betreft, besluit de raad tot een vergaande lichtzinnigheid in hoofde van deze arts bij het invullen van deze standaardattesten.

De raad, in zijn hoedanigheid van tuchtorgaan voor beroepsgenoten, is de mening toegedaan dat dergelijke attesten in feite zouden moeten gebaseerd zijn op een grondige anamnese, op een degelijk klinisch onderzoek en op een beperkt aantal parameters die uiteindelijk moeten worden teruggevonden in het medische dossier van de desbetreffende asielzoeker, hoe summier deze notities ook zijn.

In geen enkel van de dossiers die deze arts vrijwillig overhandigd heeft aan de commissie van onderzoek, noch in het overgrote deel van de medische dossiers die werden nagekeken door de gerechtelijke deskundige worden ergens de gebruikelijke parameters, zoals bloeddruk, temperatuur, pols - frequentie en regelmaat ervan, terug gevonden.

Evenmin werden er gegevens terug gevonden van evenwichtstesten of enig klinisch neurologisch onderzoek, zijnde banale en korte doch belangrijke gegevens die onontbeerlijk zijn als minimale basis om een diagnose te staven, zeker met als context voor PTSS.



Het bepalen, het onderzoeken en het noteren van deze gegevens kunnen tijdens een klassieke consultatie worden uitgevoerd zonder bijkomend verlies van tijd of extra inspanningen en zij behoren tot de algemene plicht van iedere arts tot het in acht nemen van een zorgvuldig medisch handelen.

Iedere arts heeft immers de wettelijke en de deontologische plicht tot het zorgvuldig bijhouden en het veilig bewaren van het medisch dossier (artikel 9 par 1 van de wet op de rechten van de patiënt en artikel 22 en 26 van de Code van de medische plichtenleer).

Ten overvloede wordt er verwezen naar de besluiten van de gerechtsdeskundige waar deze stelt;

- In 22 % van de onderzochte gevallen hebben medische evidenties voor een regularisatie op basis van medische redenen een reden van bestaan. In al de overige gevallen kon dit niet worden geobjectieerd of had men de indruk dat een medische reden voor regularisatie door deze arts vlotjes of op een lichtzinnige wijze werd toegekend.

Het feit dat de arts werd vrijgesproken van valsheid in geschriften, doet geen afbreuk aan de hogervermelde vaststellingen die een beoordeling inhouden van collega's artsen over het medisch handelen van een huisarts en de lichtzinnigheid van haar medisch handelen.

De raad heeft sterk de indruk dat deze attesten ter regularisatie van het verblijf van een vreemdeling in het land, werden ingevuld op eenvoudig verzoek van de vreemdeling.

Tevens kan er worden verwezen naar de motivering van deze vrijspraak namelijk:

- Het feit dat de diagnose mogelijk niet adequaat was of minder ernstig dan oorspronkelijk ingeschat, impliceert niet dat met bedrieglijk opzet of met het

oogmerk om te schaden, de waarheid werd vermomd.

- De rechtbank benadrukt dat elke arts in beginsel geniet van een diagnostische en therapeutische vrijheid.

De raad, als tuchtorgaan, vermag desondanks besluiten dat het medisch handelen van deze arts hoegenaamd niet beantwoordt aan hetgeen mag worden verwacht van een voorzichtig en gewetensvol arts geplaats in dezelfde omstandigheden.

De feiten, vermeldt onder de nummers 2 en 3 komen onvoldoende bewezen voor zodat deze arts hiervan dient te worden vrijgesproken.

Bij het bepalen van de tuchtsanctie, wenst de raad rekening te houden met de ernst van de voorliggende feiten waarbij er ernstige aanwijzingen bestaan dat de uitzonderingssituatie van het artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet werd misbruikt om een tijdelijke vergunning van verblijf te kunnen bekomen, alsmede de ingesteldheid van deze arts die op verzoek en zonder degelijk medisch onderzoek, bereid was dergelijke attesten af te leveren.

## SANCTIE

Verklaart de feiten onder 2 en 3 niet bewezen en spreekt de arts ervan vrij.

Verklaart het feit onder 1 bewezen en legt aan de arts de tuchtsanctie op van ontzetting uit het recht de geneeskunde te beoefenen gedurende een periode van **twee weken**.

## Weigeren deel te nemen aan de wacht – kwaliteit van zorgen

### TEKORTKOMING

1. Te weigeren om deel te nemen aan de medische permanentie of wachtdienst zonder dat daarvoor de toestemming is gegeven door een bevoegde overheid.
2. Een gebrek aan kwaliteit van zorgen te hebben vertoond door een gebrek aan continuïteit van zorgen.

### DE KLACHT

Namens de voorzitter van de huisartsenkring Brasschaat werd er tegen deze arts klacht neergelegd omdat zij weigerde deel te nemen aan de weekendwacht zoals deze werd georganiseerd en geconcipeerd in een recent opgericht vaste wachtpost naast het ziekenhuis Klina Brasschaat.

### HET ONDERZOEK

Voor de commissie van onderzoek verklaarde de voorzitter van de kring onder meer het volgende:

- De huisartsenkringen van de regio Kalmthout - Essen - Nieuwmoer - Brecht - Wuustwezel en Brasschaat zijn al lang bezig geweest met de oprichting van een wachtpost op het grondgebied van Klina, ter de organisatie van de weekendwacht in de regio.
- Het desbetreffende dossier werd goedgekeurd door het RIZIV in de loop van het 2017 en bij een bestuurlijke beslissing van de kring werd de organisatie van de weekendwacht over gedragen aan deze wachtpost.
- De arts heeft er alles aan gedaan om de oprichting van deze wachtpost tegen te werken en dit samen

met nog vier andere collega's die intussen allemaal meewerken in de nieuwe wachtpost.

- Er werd tevens beslist dat alle artsen van de HA Brasschaat automatisch lid zouden worden van de WP Noordrand, waarop de collega haar lidmaatschap heeft opgezegd. Zij blijft nog meedoen aan de weekwacht maar weigert deel te nemen aan de weekendwacht.
- Er is bij haar de vrees dat de erelonen zullen gebruikt worden voor de werking van de wachtpost, er zouden onvoldoende financiële garanties zijn vanwege de overheid, evenzeer zouden er onvoldoende garanties zijn voor de veiligheid.
- Diverse pogingen vanwege de kring voor overleg hebben tot geen enkel resultaat geleid, waarop werd beslist een klacht neer te leggen
- Voor de commissie van onderzoek verklaarde de betrokken arts onder meer het volgende:
- Gedurende meer dan 30 jaar werkzaam te zijn als huisarts in de gemeente Brasschaat waarvan 20 jaar als wacht verantwoordelijke.
- Aanvankelijk zou er weinig animo zijn geweest voor de oprichting van een vaste wachtpost.
- De arts wenste onder meer de zekerheid dat de subsidies effectief zouden worden gebruikt om de werkingskosten van deze wachtpost te dragen.
- De financiële afspraken met het ziekenhuis had zij graag op geschrift gezien.
- Zij was niet tegen de oprichting van de wachtpost zelf, zij vroeg enkel meer transparantie en meer duidelijkheid.
- De arts stelt dat zijzelf instaat voor de continuïteit van zorgen. Hiervoor werkt zij onder meer samen met een collega arts die wel deelneemt aan de wachtpost.

### DE BESLISSING

Luidens het artikel 13 van de code van medische plichtenleer neemt iedere arts volgens zijn deskundigheid

---

deel aan de medische permanentie of aan de wacht-dienst, behoudens een eventuele vrijstelling door de bevoegde overheid.

Ten deze bestaat er geen betwisting over dat deze arts weigert deel te nemen aan de weekendwacht zoals deze thans is georganiseerd via een wachtpost in de omgeving van het ziekenhuis Klina te Brasschaat. Om deze reden heeft zij dan ook haar lidmaatschap aan de HA Brasschaat opgezegd.

Ondanks haar bewering dat zij zelf instaat voor de continuïteit van zorgen van haar eigen patiënten, blijkt uit de verklaring van de voorzitter van de wachtkring dat haar patiënten regelmatig op de wachtpost worden opgevangen.

Uit de verklaring van de voorzitter van de kring is verder gebleken dat deze arts al het mogelijke heeft gedaan om de oprichting van deze wachtpost tegen te houden zodat de Raad de indruk heeft dat inzonderheid haar financiële argumenten in de lijn liggen van haar ontevredenheid met de oprichting van een wachtpost op zich.

Deze aversie ligt uiteraard aan de basis van haar weigering deel te nemen aan de weekend wacht in de nieuw opgerichte wachtpost.

Het feit dat zij geen deel uitmaakt van huisartsenkring Brasschaat ontslaat haar niet van haar deontologische plicht deel te nemen aan de door de kring georganiseerde weekend wacht.

Bovendien luidt artikel 8 van de code van de medische plichtenleer als volgt: de arts organiseert zijn praktijk zodanig dat hij zijn beroep kwalitatief hoogstaand en veilig uitoefent , de continuïteit van de zorg verzekert en de waardigheid en de intimiteit van de patiënt eerbiedigt.

Het artikel 5 van de wet van 22 augustus 2009 betreffende de rechten van de patiënt stelt dat deze recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften.

Door haar weigering om deel te nemen aan de door de wachtkring georganiseerde permanentie, schiet deze arts te kort aan zowel haar deontologische plicht van continuïteit van zorgen, als aan de naleving van de rechten van de patiënt op een kwaliteitsvolle dienstverlening waartoe de plicht tot continuïteit van zorgen eveneens behoort

## **SANCTIE**

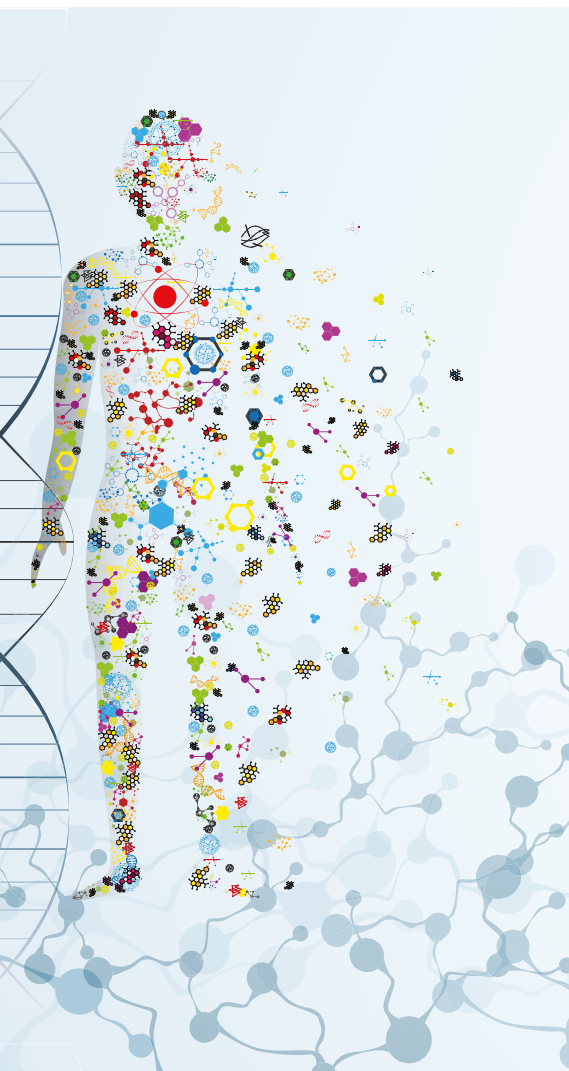
Verklaart de inbreuken op de medische plichtenleer zoals geformuleerd onder 1 en 2 bewezen en vermits deze feiten zich vermengen wegens eenheid van opzet, legt één enkele tuchtsanctie op.

Legt aan deze arts de tuchtsanctie op van schorsing uit het recht de geneeskunde te beoefenen gedurende een periode van **één week**.

**Betrokken arts tekende beroep aan tegen deze beslissing.**

---

## ADVIEZEN PROVINCIALE RAAD ANTWERPEN



Adviezen Provinciale Raad  
Antwerpen van 20.02.2019 tem  
08.05.2019

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE VOORSCHRIFTEN VOOR FAMILIE ALS GEPENSIONEERDE ARTS**

De raad meldt dat u als erkend dermatoloog kan voorschrijven zoals elke arts in uw specialiteit. Naaste familie wordt deontologisch nergens omschreven. Wel wil de raad u erop wijzen dat het opstellen van een geneeskundig voorschrift geen onschuldige handeling is; de voorschrijvende arts dient op de hoogte te zijn van de evolutie van de farmacologie. Een gepensioneerde of inactieve arts die geen banden meer heeft met de medische informatiestructuren kan op relatief korte tijd de nodige technische informatie voor een redelijk voorschrift, missen.

Bovendien kunnen de ongewenste bijwerkingen van een geneesmiddel en de voorschrijfmodaliteiten de aansprakelijkheid van de arts op het spel zetten.

Uit het voorgaande blijkt dat iedere voorschrijvende arts op de hoogte moet blijven van de wetenschappelijke informatiemiddelen (via farmaceutische folio's, wetenschappelijke tijdschriften, beroepskranten en het Riziv) en over een minimumverzekering inzake beroepsaansprakelijkheid dient te beschikken, ook al is hij op rust of inactief.

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE HET BEHOUDEN VAN HET RIZIV-NUMMER NA PENSIOEN**

De raad kan u meedelen dat u, zolang u ingeschreven blijft op de lijst van de Orde der artsen, kan voorschrijven zoals elke arts in uw specialiteit. Naaste familie



---

wordt deontologisch nergens omschreven. Wel wil de raad u erop wijzen dat het opstellen van een geneeskundig voorschrift geen onschuldige handeling is. De voorschrijvende arts dient op de hoogte te zijn van de evolutie van de farmacologie. Een gepensioneerd of inactieve arts die geen banden meer heeft met de medische informatiestructuren kan op relatief korte tijd de nodige technische informatie voor een redelijk voorschrift, missen.

Bovendien kunnen de ongewenste bijwerkingen van een geneesmiddel en de voorschrijfmodaliteiten de aansprakelijkheid van de arts op het spel zetten.

Uit het voorgaande blijkt dat iedere voorschrijvende arts op de hoogte moet blijven van de wetenschappelijke informatiemiddelen (via farmaceutische folio's, wetenschappelijke tijdschriften, beroepskranten en het Riziv) en over een minimumverzekering inzake beroepsaansprakelijkheid dient te beschikken, ook al is hij op rust of inactief.

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE HET OVERMAKEN VAN EEN VERSLAG BIJ GESCHIEDEN OUDERS**

De raad deelt mee dat, geleid op de inhoud van art. 15 § 1 van de wet patiëntenrechten, het mogelijk is om het verslag niet aan de vader over te maken indien u van mening bent dat dit in het belang is van de minderjarige.

Art. 15§1: “ *Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt zoals bedoeld in artikel 10, kan de betrokken beroepsbeoefenaar het verzoek van de in artikel 12 [1 ...]1 en 14 bedoelde persoon om inzage of afschrift zoals bedoeld in artikel 9, § 2, of § 3, geheel of gedeeltelijk weigeren. In dergelijk geval wordt het recht op inzage of afschrift uitgeoefend door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.*”

*end door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.”*

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE HET BEROEPSGEHEIM BIJ ONRUSTWEKKENDE VERDWIJNINGEN**

De raad verwijst naar het advies van de nationale raad d.d. 24.04.1999, getiteld “*Opname in een psychiatrisch ziekenhuis - Mededeling aan politie of procureur des Konings*” waarin u het volgende kan lezen: “*Concrete problemen rijzen wanneer patiënten hun hospitalisatie voor hun omgeving willen geheim houden, de omgeving hen als vermist opgeeft, de politie de aanmelding ernstig neemt en in uitvoering van de ministeriële richtlijn de ziekenhuizen contacteert. De Nationale Raad is van oordeel dat het recht van de zieke op geheimhouding moet gerespecteerd worden maar dat de behandelende arts anderzijds dient te voorkomen dat de opsporing verder gaat. In overleg met de procureur des Konings moet het mogelijk zijn tot een formule te komen die beide doelstellingen realiseert. Wanneer dit overleg (nog) niet plaatsvindt lijkt het aangewezen dat de behandelende arts een tussenpersoon contacteert bv. de voorzitter van de Provinciale Raad van de Orde der geneesheren die de bevoegde parketmagistraat kan meedelen dat er geen redenen voorhanden zijn om de verdwijning als verontrustend te beschouwen.*”

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE PERSOONLIJKE DIGITALE WERKNOTA'S)**

De raad verwijst naar het advies van de nationale raad d.d. 18.09.2004 waar u onder de titel “*Persoonlijke notities*” het volgende kan lezen: “*Of in het elektronisch medisch dossier ruimte moet worden voorzien voor het opslaan van persoonlijke notities is minder evi-*

---

dent. Uit de tekst van de Patiëntenrechtenwet blijkt dat persoonlijke notities een onderdeel van het patiëntendossier zijn maar op grond van de Memorie van Toelichting hieromtrent stelde de Nationale Raad in zijn advies van 26 juli 2003 dat zij “van geen belang zijn voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en geen deel uitmaken van het patiëntendossier”. Het is verdedigbaar de persoonlijke notities, mits een extra beveiliging die zich dient te onderscheiden van deze bestemd voor gegevens betreffende derden, in het elektronisch medisch dossier op te nemen zoals men ook kan voorstaan hen onder te brengen in een afzonderlijk bestand – elektronisch of manueel – dat volledig gescheiden is van het bestand voor elektronische medische dossiers.”

Volgens de Memorie van Toelichting waarnaar verwezen wordt in het advies van de nationale raad d.d. 26.07.2003 zijn persoonlijke notities “aantekeningen die door de beroepsbeoefenaars afzonderlijk werden opgeborgen” en “zelfs voor medebetrokkenen van de zorgverleningsequipe nooit toegankelijk zijn” en hun karakter van persoonlijke notities verliezen vanaf het ogenblik dat zij spontaan voorgelegd worden aan een collega. Hieruit kan worden afgeleid dat zij van geen belang zijn voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en geen deel uitmaken van het patiëntendossier. Volgens de Memorie van Toelichting zijn het aantekeningen “die nodig zijn voor het persoonlijk gebruik van de zorgverlener”. Hieruit volgt dat de zorgverlener oordeelt of persoonlijke notities voor hem nodig zijn.

Verder verwijst de raad naar art 9 §2 van de wet patiëntenrechten waar u het volgende kan lezen: “De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten. Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwens-

persoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de in het derde lid bedoelde persoonlijke notities.”

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE HET BEROEPSGEHEIM BIJ MELDING MISDRIJVEN DOOR PATIËNT**

De raad verwijst naar het advies van de nationale raad d.d. 04.07.2015, getiteld “Eerbiediging van het medisch geheim wanneer de arts verneemt dat zijn patiënt het slachtoffer was van een misdrijf”.

De raad wenst eveneens te verwijzen naar art. 29 van de code van medische deontologie waarvan de tekst luidt als volgt: “De arts die mishandeling, misbruik, uitbuiting, belaging of verwaarlozing van een kwetsbare persoon vermoedt, doet onmiddellijk het nodige om deze persoon te beschermen. De arts bespreekt het probleem met de betrokkene, dit in de mate van zijn mogelijkheden. Hij spoort hem aan zelf initiatieven te nemen. Indien de betrokkene hierin toestemt, consulteert de arts een ter zake deskundig gezondheidszorgbeoefenaar of doet beroep op een multidisciplinair centrum. De arts informeert de naasten van de betrokkene alleen in zijn belang en met zijn toestemming. De arts die vermoedt dat een kwetsbaar persoon in een ernstig en dreigend gevaar verkeert of dat er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere kwetsbare personen het slachtoffer worden van mishandeling of verwaarlozing, kan op grond van zijn wettelijke hulpverleningsplicht, de procureur des Konings inlichten wanneer hij zelf of met hulp van anderen de fysieke of psychische integriteit van die personen niet kan beschermen.”

Tot slot verwijst de raad naar art 458 bis van het strafwetboek: “Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en hierdoor kennis



heeft van een misdrijf zoals omschreven [4 in de artikelen 371/1 tot]4 [5377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1 en 2, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425, 426 en 433quinquies]5, gepleegd op een minderjarige of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, [2 partnergeweld,]2 [6 gebruiken van geweld, gepleegd omwille van culturele drijfveren, gewoontes, tradities, religie of de

zogenaamde "eer",]6 een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet



*zelf of met hulp van anderen kan beschermen, hetzij wanneer er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.”*

## **VRAAG OM ADVIES INZAKE VERTROUWELIJKE VERSLAGEN VOOR HET GERECHT**

De raad wenst u mee te delen dat u, op deontologisch vlak, gebruik kan maken van alle elementen waarover u beschikt voor zover zij dienstig zijn om de door het hof gestelde vragen te beantwoorden. U dient zich met andere woorden te beperken tot uw opdracht. Indien u zich beroept op vertrouwelijke stukken bij het uitbrengen van uw advies, dient u naar deze stukken te verwijzen, ongeacht hun herkomst.

Verder verwijst de raad naar art. 44 van de CMD: *“De arts-gerechtsdeskundige vervult zijn opdracht binnen de grenzen van zijn vak- en beroepsbekwaamheid en in volle onafhankelijkheid, onpartijdigheid en objectiviteit. Hij houdt zich strikt aan de hem toevertrouwde opdracht.”*

De vermelding “persoonlijk en vertrouwelijk” dient in principe, volgens art 9§3 van de wet patiëntenrechten, vermeld te worden op alle afschriften van documenten uit het dossier, die aan de patiënt overhandigd worden.

## **VRAAG OM ADVIES INZAKE HET MEEDELEN VAN PATIËNTGEGEVENS AAN DE VERZEKERING**

De raad meldt dat u de gevraagde gegevens niet kan overmaken gezien art. 44 van de code medische deontologie waarvan de tekst luidt als volgt: *“De arts-gerechtsdeskundige vervult zijn opdracht binnen de grenzen van zijn vak- en beroepsbekwaamheid en in volle onafhankelijkheid, onpartijdigheid en objectiviteit. Hij houdt zich strikt aan de hem toevertrouwde opdracht. De behandelende arts geeft de patiënt ter attentie van de arts-gerechtsdeskundige enkel die informatie die deze nodig heeft voor zijn opdracht”.*

---

U kan zich eveneens beroepen op art 9 § 3 van de wet patiëntenrechten: *“De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier (...), overeenkomstig de in § 2 bepaalde regels. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is. ... De beroepsbeoefenaar weigert dit afschrift indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mee te delen.”*

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE ATTESTEN ZONNEBANK**

De raad kan u melden dat u volgens de wet enkel een attest op te stellen waarop het huidtype van de patiënt wordt vermeld, voor zover het zonnebankcentrum niet over een toestel beschikt om dit zelf te bepalen.

U mag het u voorgelegde document, dat inderdaad een gewijzigde versie is van de klantenfiche die zonnecentra moeten bewaren, dan ook niet ondertekenen.

Meer informatie over de veiligheid van zonnecentra hebt u wellicht reeds gevonden via de link: <https://economie.fgov.be/nl/themas/consumentenbescherming/veiligheid-van-zonnecentra>

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE HET MEEGIVEN VAN EEN BLOEDSTAAL VOOR EEN KUNSTWERK**

De raad wenst u te melden dat een bloedname een medische handeling is. Elke medische handeling dient te gebeuren met een diagnostisch-therapeutisch doel, wat hier niet het geval is. Vanuit deontologisch oogpunt is het dan ook niet aanvaardbaar in te gaan op de gestelde vraag.

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE INZAGE IN HET MEDISCH DOSSIER VAN EEN OVERLEDEN PATIËNT**

De raad verwijst naar art 9§4 van de wet patiëntenrechten waarvan de tekst luidt als volgt: § 4. *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 voorzover 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.*

Verder bezorgt de raad u het advies van de nationale raad d.d. 17.12.2016, getiteld *“Toegang tot het medisch dossier van de overleden patiënt in geval van een testamentaire betwisting”*

### **VRAAG OM ADVIES INZAKE HET VASTSTELLEN VAN EEN OVERLIJDEN TIJDENS WACHTDIENST**

De raad wenst te verwijzen naar enkele adviezen van de nationale raad in dit verband en wijst uw aandacht meer specifiek op het advies d.d. 17.05.2014, getiteld *“Verplichting voor de wachtarts om zich te verplaatsen bij overlijden van de patiënt”* waar u het volgende kan lezen: De Nationale Raad is van oordeel dat, in geval van overlijden, de eerste arts die dient te worden opgeroepen de behandelende arts van de patiënt is. Indien mogelijk gaat deze ter plaatse, ook al heeft hij geen wachtdienst. Indien de behandelende arts niet ter plaatse kan gaan, de arts met wachtdienst zich ter plaatse dient te begeben.

---

## AANKONDIGING JUBILARISSEN- EEDAFLEGGING



Naar jaarlijkse traditie huldigt de Provinciale Raad van Antwerpen de artsen die dit jaar de eed afleggen alsook de artsen die promoveerden in 1969.

Zaterdag **5 oktober 2019** staat helemaal in het teken van de jubilarissen, die op die dag zullen gehuldigd worden.

De jaarlijkse eedaflegging vindt plaats op **zaterdag 12 oktober 2019 om 15.00 uur** in aula Fernand Nédée (gebouw Q) van de Universiteit Antwerpen, campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk. Ook op die dag zal er worden stilgestaan bij de jarenlange carrière van de jubilarissen.

Na de plechtige feestzitting zal de Raad een receptie aanbieden waarop u van harte welkom bent. Gelieve het secretariaat hiervan tijdig te verwittigen via 03/230.54.29 of via [info.antwerpen@ordomedic.be](mailto:info.antwerpen@ordomedic.be)





## COLOFON

**Secretariaat:** Provinciale Raad van de Orde der artsen van Antwerpen  
Van Eycklei 37 bus 2, 2018 Antwerpen - Tel.: 03/230.54.29 - E-mail: [info.antwerpen@ordomedic.be](mailto:info.antwerpen@ordomedic.be)

**Redactie:** Dr. C. De Pooter, Dr. G. Peeters

**Drukkerij:** Albe De Coker - **Layout:** Albe De Coker

**Verantwoordelijke uitgever:** Dr. G. Peeters, p.a. Van Eycklei 37 B2, 2018 Antwerpen.