

Overeenkomst tussen een wijkgezondheidscentrum en een orthopedagogisch centrum

Doc	a093012
Publicatiedatum	16/06/2001
Origine	NR
	Continuïteit van de zorg
	Geneeskunde (Groeps-)
	Honoraria
Thema's	Huisarts
	Keuze (Vrije artsen-)
	Cliënteel
	Relatie arts-patiënt

Een geneeskundige kring van huisartsen en specialisten maakt aan de Unie van Huisartsenkringen (UHAK) een aantal kritische bedenkingen over met betrekking tot een door een wijkgezondheidscentrum opgesteld abonnementsformulier dat ter ondertekening wordt voorgelegd aan de ouders van kinderen die verblijven in een orthopedagogisch centrum.

UHAK is van oordeel dat een dergelijke bilaterale overeenkomst tussen één enkele huisartsenpraktijk – ongeacht het gevoerde praktijkmodel – en één school en/of instelling volstrekt ontoelaatbaar is en vraagt de Nationale Raad richtlijnen te formuleren.

Advies van de Nationale Raad :

Naar aanleiding van een overeenkomst tussen een wijkgezondheidscentrum en een orthopedagogisch centrum worden door de Raad van beheer van de Unie van Huisartsenkringen aan de bevoegde provinciale raad en de Nationale Raad van de Orde een reeks vragen voorgelegd voor deontologisch advies. Aan de Nationale Raad wordt gevraagd de problematiek globaal te behandelen gezien het grote aantal analoge centra in Vlaanderen. Het behoort tot de bevoegdheid van de aangeschreven provinciale raad na te gaan of de concrete overeenkomst strookt met de medische deontologie.

In zijn vergaderingen van 19 mei en 16 juni 2001 besprak de Nationale Raad de gestelde problematiek.

Na het doornemen van het overgemaakte bundel stelt zich de cruciale vraag wie de huisarts is van cliënten die verblijven in de bedoelde instellingen. Het ligt voor de hand dat de cliënten gedurende hun aanwezigheid in deze instellingen de geschikte medische hulp dienen te krijgen waarvan zeker een gedeelte tot het specifieke domein van de eerste lijn behoort. Hoe deze zorg concreet gerealiseerd wordt dient instelling per instelling bekeken te worden daar deze onderling sterk verschillen door onder meer de taakverdeling tussen de beoefenaar van de huisartsgeneeskunde en andere

medische disciplines, de grootte van de instelling, de leeftijd van de cliënten, de afstand tussen de instelling en hun woonplaats, de aard van de handicap, de duur van het verblijf per dag en in de tijd en de wijze van financiering door de overheid als onder meer de afgesloten overeenkomst met het Vlaams Fonds waarin al dan niet is voorzien in een aantal uren aanwezigheid van artsen en hun honorering.

Tot vandaag wordt algemeen aanvaard dat hij/zij die huisarts was bij de inschrijving van een cliënt in één van de beoogde voorzieningen, de huisarts blijft. Vooreerst kent hij de patiënt meestal sinds jaren en is er, afhankelijk van de leeftijd, de aard en de ernst van de handicap, een vertrouwensrelatie ontstaan. Vervolgens is de huisarts meestal ook de huisarts van het gezin waarvan de cliënt deel uitmaakt zodat hij niet alleen door directe contacten met de patiënt/cliënt maar ook door indirecte informatie via de gezinsleden op de hoogte blijft van de evolutie van zijn patiënt. Tenslotte is hij/zij als vertrouwensfiguur van het gezin zeer goed geplaatst voor de psychologische en psycho-sociale begeleiding van zowel de patiënt/cliënt als het gezin. Bij deze begeleiding kan hij enerzijds contact nemen met de artsen die vanuit de instelling interveniëren en anderzijds kan hij zo nodig ambulante gespecialiseerde hulpverleners inschakelen bij vragen naar alternatieve voorzieningen en vragen naar de wijze van benadering binnen de voorziening. Dit bevordert de communicatie over de cliënt en van de patiënt met de buitenwereld en komt de transparantie van het leven binnen de instelling ten goede.

Bij wat voorafgaat wordt ervan uitgegaan dat de mogelijkheid tot regelmatig contact van de patiënt/cliënt met zijn huisarts bestaat. Dit staat buiten alle discussie bij dagverblijven en semi-internaten zodat de vraag zich beperkt tot de contactmogelijkheden bij een residentieel verblijf. Het is duidelijk dat elke geëngageerde huisarts probleemloos contact kan en zal nemen met zijn patiënt/cliënt wanneer deze de weekends en de vakanties in zijn thuismilieu doorbrengt terwijl contacten nauwelijks mogelijk zullen zijn wanneer patiënt/cliënt nooit of hooguit enkele dagen in het jaar thuis is. Tussen deze twee uitersten liggen een reeks eventualiteiten die al naargelang het geval dienen beoordeeld te worden.

Hieruit mag niet worden afgeleid dat de frequentie van de contactmogelijkheden het bepalend criterium is voor het huisarts zijn van een patiënt/cliënt. De grote misvatting in dit vlak is dat de verstrekker van zorgen die tot het terrein van de huisartsgeneeskunde behoren daaruit besluit dat hij de huisarts is. Artsen die deze zorgen verstrekken in psychiatrische ziekenhuizen of therapeutische gemeenschappen nemen deze specifieke zorg op zich op vraag van de psychiaters die van oordeel zijn dat het voor de patiënt en de kwaliteit van de zorg beter is dat de zorg die tot de eerste lijn behoort wordt verstrekt door artsen die daarin een specifieke kennis en ervaring hebben. Deze verstrekkers van zorgen die tot de huisartsgeneeskunde behoren worden echter nooit de huisarts van de patiënt. Gedurende hun verblijf in psychiatrische ziekenhuizen en therapeutische gemeenschappen behouden deze patiënten hun huisarts, die, wanneer de geneeskunde conform de medische deontologie beoefend wordt, op de hoogte gehouden wordt van alle belangrijke veranderingen in de toestand van de patiënt en waarmee overlegd wordt bij alle ernstige beslissingen vooral op somatisch vlak. Dit fundamenteel onderscheid tussen huisarts zijn en zorgen verstrekken die tot de huisartsgeneeskunde behoren, is de essentie van het antwoord op de gestelde vragen.

Het bepalend criterium bij de aanduiding van de huisarts zijn niet de omstandigheden van het verblijf, zijn niet de mogelijkheden tot contactname maar is de vrije keuze van huisarts door de patiënt. Dit is een basisprincipe in de arts-patiëntrelatie en een belangrijke voorwaarde voor de uitbouw van een vertrouwensrelatie. De Code van geneeskundige plichtenleer stelt in artikel 27 expliciet dat "elke geneesheer deze vrije keuze moet eerbiedigen en ervoor zorgen dat zij geëerbiedigd wordt". Artikel 28 van

de Code handelt over de vrijheid van de arts, die, behalve in geval van hoogdringendheid of wanneer hij in zijn menslievende plichten zou tekort schieten, om persoonlijke of beroepsredenen de behandeling kan weigeren en zijn taak aan een andere geneesheer, die hij alle nuttige inlichtingen verstrekt, kan overdragen. Bij de aanwijzing van deze geneesheer dient de patiënt niet alleen inspraak te hebben maar moet hij vrij kunnen beslissen bij de keuze van de opvolger van zijn arts. Het is overduidelijk dat in het vlak van vrije keuze de ouders of de voogd in de plaats van de patiënt beslissen wanneer deze door zijn leeftijd of handicap niet bekwaam is zelf tot een redelijke keuze te komen.

Uit artikel 28 kan worden afgeleid dat een huisarts van mening kan zijn dat hij niet langer de taak van huisarts kan vervullen van een cliënt die in een bepaalde voorziening verblijft. Dan dient hij dit met zijn patiënt/cliënt te bespreken die na overleg vrij beslist wie zijn nieuwe huisarts wordt. Uit artikel 27 volgt dat artsen dienen na te gaan of zij kunnen meewerken aan initiatieven die de vrije keuze van de huisarts door de patiënt/cliënt niet eerbiedigen en dit geldt des te meer wanneer mocht blijken dat derden uit eigenbelang patiënten/cliënten onder druk zetten en de vrijheid van keuze van huisarts daardoor beïnvloeden en beperken.