

Wachtdienst in huisartsgeneeskunde

Doc	a122006
Publicatiedatum	04/10/2008
Origine	NR
	Huisarts
Thema's	Wachtdiensten
	Kwaliteit van de zorg

Een provinciale raad besprak een aantal problemen die zich in de dagelijkse praktijk van een huisartsenwachtdienst voordoen, o.m. de wachtdoende arts opgelegde verplichting om een wachtdienstoproep persoonlijk te beantwoorden.

De conclusies van de betrokken werkgroep (zie. hieronder) worden aan de Nationale Raad voorgelegd.

Informatiecommissie : de wachtdienst in huisartsgeneeskunde.

Besproken punten :

1. definitie van de continuïteit van de zorg en van de wachtdienst in huisartsgeneeskunde.
2. notie van bevoegdheid in huisartsgeneeskunde (artikel 117 van de Code).
3. gebruik van de communicatietechnieken.
4. beheer van de wachtdienstoproep.

Er dient opgemerkt dat vele antwoordelementen gevonden werden in de artikels van de Code van geneeskundige plichtenleer en in de adviezen van de Nationale Raad van 10/05/2003, van 15/07/2006 en van 21/04/2007 (als bijlage).

Discussie :

1) Continuïteit van de zorg en deelname aan de wachtdienst :

In zijn advies van 10/05/2003 stipuleert de Nationale Raad dat er een onderscheid dient gemaakt te worden tussen het verzekeren van de continuïteit van de zorg en het deelnemen aan de wachtdiensten.

In artikel 8, §1 van het koninklijk besluit 78 van 10/11/1967 vinden we de definitie van de continuïteit van de zorg : de artsen "mogen, wetens en zonder wettige reden in hunnen hoofde, een in uitvoering zijnde behandeling niet onderbreken zonder vooraf alle maatregelen te hebben getroffen om de continuïteit van de zorgen te verzekeren door een ander beoefenaar die dezelfde wettelijke kwalificatie heeft."

Uit de discussie met de commissieleden volgt dat men de deelname van de huisarts aan de wachtdienst als volgt zou kunnen beschrijven :

De deelname van de huisarts aan de wachtdienst houdt in dat de arts op elk moment bereikbaar is, rechtstreeks of via een derde persoon die deze taak gewoon is en het medisch geheim deelt.

De arts beantwoordt de oproep om, al dan niet gerechtvaardigde, medische reden van elke persoon op het grondgebied gedefinieerd door de huisartsenkring.

Hetzij per telefoon door de raad te geven aangepast aan de situatie en na alle nodige anamnestiche elementen ingewonnen te hebben.

Hetzij door de patiënt op consult of bij hem thuis te onderzoeken.

De arts met wachtdienst is de enige die oordeelt over de graad van spoed, over de noodzaak zich te verplaatsen en over de voor te schrijven behandeling met eerbiediging van artikel 118 van de Code van geneeskundige plichtenleer : "...mag de geneesheer zich slechts aan een dringende oproep onttrekken na zich ervan overtuigd te hebben dat er geen echt gevaar bestaat ...". Bij een beoordelingsfout is de arts met wachtdienst de enige verantwoordelijke en draagt hij de gevolgen van zijn beslissingen op deontologisch en/of burgerlijk en/of strafrechtelijk vlak.

Wanneer hij een oproep krijgt buiten het grondgebied van de wachtdienst, geeft de arts met wachtdienst die rechtstreeks of via de derde vertrouwenspersoon door aan de betrokken confrater. De arts beantwoordt de oproep binnen een redelijke termijn in functie van 1° de spoedgraad met eerbiediging van artikel 118 van de Code van geneeskundige plichtenleer, 2° de verkeersomstandigheden.

2) notie van bevoegdheid in huisartsgeneeskunde

Artikel 117 van de Code van geneeskundige plichtenleer zegt dat het de plicht is van elke arts ingeschreven op de Lijst van de Orde deel te nemen aan de wachtdienst, overeenkomstig zijn competentie.

Het is voor de verschillende betrokken partijen duidelijk dat het soms moeilijk wordt de wachtroosters in te vullen en dat sommige artsen die de huisartsgeneeskunde slechts deeltijds uitoefenen zich hierachter verschuilen om zich te onttrekken aan hun deontologische en wettelijke verplichtingen.

De bevoegde huisarts kan als volgt gedefinieerd worden :

- a. hij is houder van een Riziv-nummer eindigend op 001 tot 009
- b. hij is de eerstelijnsarts die de patiënt op consult of thuis onderzoekt voor de preventie en het verzorgen van elke chronische of acute pathologie
- c. na anamnese en onderzoek neemt hij een beslissing over de aanpak van deze pathologie in functie van zijn bevoegdheden of over het doorverwijzen van de patiënt naar een confrater specialist waarbij hij het dossier dat hij centraliseert blijft beheren en opvolgen
- d. hij stelt een diagnose, schrijft de technische onderzoeken en de behandelingen voor en maakt de getuigschriften voor werkonderbreking op en elk medisch attest die de patiënt nodig heeft.

3) gebruik van de communicatietechnieken.

Het Bureau van de Raad had, in illo tempore, verklaard dat de oproep aan de wachtdienst enkel door de arts met wachtdienst persoonlijk beheerd moest worden.

Omwille van de technologische vooruitgang en de evolutie van de telesecretariaten lijkt het voor de betrokken partijen duidelijk dat dit concept zou kunnen evolueren.

De arts met wachtdienst moet bereikbaar zijn hetzij :

- rechtstreeks via een vaste telefoonlijn of elk systeem dat momenteel betrouwbaar is (afleider, GSM,...)
- onrechtstreeks via een derde persoon (verwant niet-arts, telesecretaris/esse of elke vertrouwenspersoon die de oproepen neemt onder de verantwoordelijkheid van de arts en die zich verbindt tot het medisch geheim).

4) beheer van de oproep.

Als aanvulling van punt 3 lijkt het ons belangrijk dat, indien er een antwoord aan de patiënt moet gegeven worden (medisch advies, therapeutische raad, gebeurlijkheden van het uurrooster, weigering zich te verplaatsten), dit uitsluitend gebeurt door de arts zelf.

Op dezelfde wijze moet de arts, indien hij zich niet tot bij de patiënt kan begeven, zelf zo vlug mogelijk opnieuw contact opnemen met de patiënt.

In geval de GSM's geen ontvangst hebben of bezet zijn moet het bericht van de voice mail duidelijk zijn : herinneren dat de arts wachtdienst heeft, wijzen op de korte tijdelijke onbeschikbaarheid en de

gegevens vragen om de patiënt zo vlug mogelijk terug te bellen.

Besluit

De verschillende behandelde punten werden gekozen omwille van de problemen tegengekomen tijdens de wachtdiensten in huisartsgeneeskunde.

De verschillende betrokken partijen wensten deontologische fouten te voorkomen door een antwoord te geven aan de gestelde problemen met eerbiediging van de Code van geneeskundige plichtenleer en van de adviezen van de Nationale Raad.

Zou het niet nodig zijn de preciseringen nuttig voor het goede verloop van de wachtdienst in huisartsgeneeskunde op te nemen in het huishoudelijk reglement ?

Advies van de Nationale Raad :

In zijn vergadering van 4 oktober 2008 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneeesheren uw brief van 23 november 2007 besproken betreffende de werkconclusies van een informatiecommissie in verband met de wachtdienst in huisartsgeneeskunde.

De Nationale Raad geeft het volgende commentaar :

1. Definitie van de continuïteit van de zorg en van de wachtdienst in huisartsgeneeskunde.

Er is blijkbaar een interpretatieverwarring tussen de effectieve “deelname” aan de wachtdienst en de “communicatie”middelen (punt 3).

De huisarts met wachtdienst moet niet alleen op elk moment “bereikbaar” zijn (om het even wat het communicatiemiddel is), hij moet vooral een gepast gevolg geven aan de zorgvraag gedurende de wachtdienst : er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen het geciteerde “telefonische consult” en “de concrete uitvoering van de wachtdienststopdracht” bij elke zorgvraag.

We kunnen alleen maar ernstig - wettelijk en deontologisch - voorbehoud uiten tegenover het “telefonische consult” zoals voorgesteld, als volwaardig alternatief voor een effectief bezoek, vooral in het kader van de wachtdienst waarbij de huisarts met wachtdienst de “patiënt” (in het algemeen) niet kent.

2. Notie van bekwaamheid in huisartsgeneeskunde.

De kwalificaties van de “algemeen geneeskundigen” en van de “erkende huisartsen” worden geregeld door de voorschriften van het Riziv ter zake (nieuwe beschikkingen 01/07/2006) voor de nummers (000>009) :

<http://www.inami.fgov.be/care/nl/infos/infobox/pdf/part2.pdf> .

De “algemeen geneeskundigen” die ingeschreven zijn bij de Orde na 31 december 1994 en vóór 1 januari 2005 hebben een Rizivnummer eindigend op 009 : ze mogen slechts “raadplegingen” aanrekenen.

De deelname aan de wachtdienst vormt een erkenningscriterium voor de huisartsen (Ministerieel Besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen). De deelname aan de wachtdienst in huisartsgeneeskunde vereist dat de huisarts erkend is.

3. Gebruik van de communicatietechnieken.

De voorgestelde communicatietechnieken zijn adequaat. Er moet echter voorbehoud gemaakt worden wat betreft het “telefonische consult” via een derde persoon niet-huisarts.

4. Beheer van de oproep.

De persoonlijke behandeling van de zorgvraag door de huisarts met wachtdienst heeft ongetwijfeld de voorkeur. Het is fundamenteel duidelijke akkoorden te sluiten met de patiënt aangaande de praktische uitvoering van de zorgvraag : komt de patiënt naar de praktijk of is het de arts die op bezoek gaat ?

Besluit :

De praktische werkingsregels moeten vermeld zijn in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst samen met de nodige deontologische premissen.