

# TIJDSCHRIFT VAN DE NATIONALE RAAD

## ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT  
Maart 2011

NR. 132

### INHOUDSTAFEL

#### WOORD VOORAF

1 *Dr. P. Beke*

#### ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

- 2 - Advies aangaande drie wetsvoorstellen betreffende cosmetische ingrepen
- Aangifte kindermishandeling : de arts tussen wet en Code
  - Dienst spoedgevallen - Attest aan de politie met betrekking tot dwang- of tuchtmaatregel
  - Overdracht van biopsiemateriaal van humane oorsprong naar het buitenland
  - Wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen die lijden aan een geestesstoornis
  - Vluchtelingen – Genitale verminking - Beroepsgeheim
  - Vrije artsenkeuze door het politiepersoneel in geval van staking
  - Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring
  - Vermelding van een arts in de rubriek "Homeopathie/Acupunctuur" en de vermelding "Homeopathie/Acupunctuur" in de rubriek "Artsen" van een telefoongids

#### INTERNATIONALE KRONIEK

13 - De evaluatie van het Europese Systeem voor de erkenning van de beroepskwalificaties besproken in het CPME

*Dr. R. Kerzmann*

- Vergadering van de Raad van de WMA (World Medical Association ) van mei 2010.

*Prof. dr. A. Herchuelz*

*Dr. J. L. Desbuquoit*

- European Forum of medical associations (EFMA) – WHO Sint-Petersburg – 19-21 september 2010

*Dr. J. L. Desbuquoit*

*Prof. dr. A. Herchuelz*

- Verslag van de Algemene Vergadering van de WMA, Vancouver, 13-16 oktober 2010

*Dr. J.L. Desbuquoit*

*Prof. dr. A. Herchuelz*

Zeer geachte collega's

Opnieuw zijn de vergaderingen van de Nationale Raad tijdens de winterperiode zeer vruchtbaar geweest. Opvallend werd er ingespeeld op de actualiteit zoals de problematiek van kindermishandeling en pedofilie, de problemen omtrent de plastische (cosmetische) geneeskunde, de taken van artsen op een spoedafdeling en de problemen omtrent internering van personen die lijden aan een geestesstoornis.

Betreffende kindermishandeling en pedofilie waren er tal van vragen gerezen bij artsen die met deze problematiek werden geconfronteerd over de houding die ze in bepaalde gevallen dienden aan te nemen. "De arts tussen Wet en Code". Een arts kan de procureur des Konings inlichten ingeval hij kennis of ernstige vermoedens heeft van ernstig misdrijf gepleegd op minderjarigen mits aan volgende drie voorwaarden is voldaan. Hij dient zelf het slachtoffer te hebben onderzocht of in vertrouwen te hebben genomen; er dient een ernstig en dreigend gevaar aanwezig te zijn voor de psychische en/of fysieke integriteit van het kind, en deze integriteit kan niet beschermd worden, noch door de arts zelf, noch door de hulp van anderen. Deze drie voorwaarden maken het meldingsrecht uit vervat in artikel 458 bis van het Strafwetboek en sluiten nauw aan bij artikel 61, §2, van de Code van geneeskundige plichtenleer dat stelt dat voor de door ziekte, handicap of leeftijd weerloze patiënten die mishandeld, misbruikt of ernstig verwaarloosd worden analoge beschermingsmaatregelen als voor minderjarigen kunnen worden genomen.

Omtrent de cosmetische ingrepen heeft de Nationale Raad zijn bemerkingen en advies gegeven over drie wetsvoorstellen die recent werden ingediend. Deze voorstellen hebben tot doel de reclame voor deze cosmetische ingrepen, de medische beroepskwalificaties vereist om deze ingrepen te mogen uitvoeren en de infrastructuur van de instellingen extra muros waar ze worden uitgevoerd, te reglementeren. Eindelijk zou er paal en perk kunnen worden gesteld aan de talrijke, soms met fatale afloop, in zeer preciaire omstandigheden en door onbevoegden uitgevoerde ingrepen. Vastgesteld werd dat in deze cosmetische sector in een aantal gevallen ongestraft een loopje wordt genomen met de talrijke hygiënische en technische vereisten, waardoor het belang van de patiënt en zijn gezondheid kunnen worden geschaad, en die wel degelijk wettelijk vereist zijn intra muros.

Vervolgens is er het advies over artsen die werken op spoedgevallen die worden geconfronteerd met de vraag om attesten uit te schrijven op verzoek van de politie, waarin wordt verklaard dat er wel of geen medisch bezwaar is tegen de opsluiting in een doorgangscel. De spoedartsen weigerden terecht een dergelijk attest op te stellen. Artsen werkzaam op spoedgevallendiensten hebben tot taak na te gaan of een persoon dringende zorg nodig heeft en zo ja, de passende zorg te verlenen. Ze hebben niet tot taak om op verzoek van de politie als deskundigen op te treden. Dergelijke functie als deskundige is immers niet verenigbaar met de primordiale verzorgingsfunctie.

De wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen die lijden aan een geestesstoornis, die nog niet in werking is getreden, is blijkbaar reeds aan herziening toe. Daarom heeft de Nationale Raad een advies geformuleerd waarin vooral de aandacht wordt gevestigd op de deontologische implicaties van het psychiatrisch deskundigenonderzoek en de tenuitvoerleggingen van de internering met als doel de behandeling van de psychiatrisch gestoorde delinquent. De Nationale Raad pleit voor een beter statuut van de psychiatrische gerechtsdeskundige, voor de dringende oprichting, in de psychiatrische afdeling van de gevangenis, van het Penitentiair Onderzoek en Klinisch Observatiecentrum (POKO) dat nog nergens werd opgericht en voor de aanwezigheid van een psychiater in de strafuitvoeringsrechtbank, de SUR. Internering is eigenlijk geen straf maar wel een beschermingsmaatregel. Er is blijkbaar te veel aandacht voor juridische overwegingen en te weinig voor therapeutische noodwendigheden, en zo ook is er geen strikte scheiding tussen de taken van een deskundige en deze van de arts psychiater zorgverlener.

Interessant voor huisartsen is het advies betreffende de deelname aan de weekwachtdienst. Het betreft het antwoord op de vraag of de beslissing tot deelname aan de weekwacht, genomen met een gekwalificeerde meerderheid in een wachtdienstonderdeel van een huisartsenkring, bindend is voor alle artsen leden van een huisartsenkring en aldus voor alle wachtdienstonderdelen. Een mogelijk bepalende legale grondslag voor de uitbreiding van de organisatie van de wachtdienst voor de weekwacht ligt in de beslissing van de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen omtrent het beschikbaarheidshonorarium tijdens de weekdagen van 19 uur tot 8 uur de volgende dag.

Tot slot hebben we het advies betreffende de vermelding van artsen in de rubriek "Homeopathie/Acupunctuur" en de vermelding van "Homeopathie/Acupunctuur" in de rubriek "Artsen" van een telefoongids. De Nationale Raad merkt op dat, niettegenstaande de gewijzigde wetgeving, hij bij zijn standpunt blijft dat dit niet kan vermits homeopathie vandaag geen deel uitmaakt van de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde en niet kan bogen op een wetenschappelijke erkenning.

*Dr Paul BEKE*  
*Hoofdredacteur*

## VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 20 NOVEMBER 2010, 11 DECEMBER 2010 EN 22 JANUARI 2011

- Advies aangaande drie wetsvoorstellen betreffende cosmetische ingrepen (20/11/2010)
- Aangifte kindermishandeling : de arts tussen wet en Code (11/12/2010)
- Dienst spoedgevallen – Attest aan de politie m.b.t. dwang- of tuchtmaatregel (11/12/2010)
- Overdracht van biopsiemateriaal van humane oorsprong naar het buitenland (11/12/2010)
- Wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen die lijden aan een geestesstoornis (11/12/2010)
- Vluchtelingen – Genitale verminking – Beroepsgeheim (11/12/2010)
- Vrije artskeuze door het politiepersoneel in geval van staking (11/12/2010)
- Deelname aan de week(dag)wachtdienst – Beslissing van de huisartsenkring (22/01/2011)
- Vermelding van een arts in de rubriek "Homeopathie/Acupunctuur" en de vermelding "Homeopathie/Acupunctuur" in de rubriek "Artsen" van een telefoongids (22/01/2011)

2

Voor de wetteksten zie : [www.juridat.be](http://www.juridat.be) / [www.just.fgov.be](http://www.just.fgov.be)

### **Advies aangaande drie wetsvoorstellen betreffende cosmetische ingrepen (20/11/2010)**

TREFWOORDEN :

*Chirurgie – Commercialisatie van de geneeskunde – Minderjarigen – Publiciteit en reclame*

DOCUMENTNAAM :

*a132004n*

*Er werden drie wetsvoorstellen betreffende cosmetische ingrepen voor advies aan de Nationale Raad voorgelegd. Deze voorstellen hebben tot doel de reclame voor deze cosmetische ingrepen, de medische beroepskwalificaties vereist om deze ingrepen uit te voeren en de instellingen buiten het ziekenhuis waar ze uitgevoerd worden, te reglementeren.*

#### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 20 november 2010 onderzocht de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de drie wetsvoorstellen betreffende cosmetische ingrepen die u hem ter advies voorgelegd had.

De Nationale Raad is het eens met de beginselen die erin vervat zijn en die tegemoetkomen aan de bekommernissen die hij naar voren bracht in zijn brief van 25 september 2008.

Deze voorstellen zijn in overeenstemming met de geneeskundige plichtenleer en hebben tot doel het belang van de patiënt te beschermen en de kwaliteit van de hem toegediende zorg te bevorderen.

Ze vullen elkaar aan en zijn gerechtvaardigd door de noodzaak ter zake wetten op te stellen op drie gebieden : reclame, kwalificatievereisten van de arts en de vereiste normen voor de instellingen buiten het ziekenhuis.

De Nationale Raad maakt de volgende opmerkingen :

1. Hij acht het onontbeerlijk dat een door de Nationale Raad van de Orde van geneesheren aangewezen arts deel uitmaakt van het College bedoeld bij artikel 10 van het wetsvoorstel tot regeling van de instellingen buiten het ziekenhuis waar invasieve esthetische ingrepen worden uitgevoerd.
2. Artikel 4 van het wetsvoorstel tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van invasieve medische cosmetiek uit te

voeren handelt over ingrepen van invasieve medische cosmetiek bij minderjarigen.

De Nationale Raad meent dat een zo belangrijke bepaling veeleer opgenomen dient te zijn in de wet betreffende de rechten van de patiënt dan in deze betreffende de vereiste kwalificaties om ingrepen van invasieve medische cosmetiek uit te voeren. Ze vormt immers een uitzondering op artikel 12 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dat bepaalt dat de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zijn rechten zelfstandig kan uitoefenen.

Hij meent dat de schriftelijke toestemming van alle wettelijke vertegenwoordigers gevraagd dient te worden en niet van één enkele.

Deze bepaling zou moeten stellen dat de minderjarige patiënt bij de beslissing betrokken dient te worden rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. De weigering tot instemming van de minderjarige met een invasieve esthetische ingreep, die per definitie (artikel 2, 1°, van het voorstel) geen therapeutisch noch reconstructief doel heeft en waarvoor geen terugbetaling door de verplichte ziekteverzekeringsregeling is bepaald, moet een definitief obstakel voor de uitvoering van dergelijke ingreep vormen.

Het overleg dat voorafgaat aan de uitvoering van een dergelijke ingreep zou het werk moeten zijn van een multidisciplinair team dat ten minste samengesteld is uit de huisarts van de minderjarige, een kinderarts en een (kinder)psychiater of (kinder)psycholoog.

Er zou nader bepaald moeten worden waarover het overleg dient te gaan en er zou minstens gesteld moeten worden dat het tot doel heeft te beoordelen of de geplande esthetische ingreep geen schade berokkent aan de geestelijke en fysieke gezondheid van de minderjarige.

Er zou een minimumtermijn vastgelegd moeten worden tussen het uitbrengen van de toestemming en de uitvoering van de ingreep aangezien deze van nature niet-dringend is wegens niet-therapeutisch.

Artikel 6 voorziet in de invoering van een opleiding in de "niet-chirurgische medische cosmetiek" die leidt tot een bijzondere beroepstitel waarvan het niveau niet nader wordt bepaald.

De Nationale Raad meent dat het niet kan gaan over een titel die is opgenomen in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde. Deze titel moet zijn opgenomen in artikel 2 van dit koninklijk zodat hij toegankelijk is voor de artsen die reeds een beroepstitel bezitten.

Voorts merkt de Nationale Raad op dat de invoering van een beroepstitel de taak is van de minister onder wiens bevoegdheid de gezondheid valt, op advies van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen.

Artikel 10 van dit voorstel blijkt overbodig bij de lezing van de artikelen 6 en 7 gezien de definitie die in artikel 2, 2° gegeven wordt van de invasieve medische cosmetiek.

De artikelen 13, 14 en 15 waarvan de inhoud essentieel is, zouden eveneens aan relevantie winnen indien ze zouden opgenomen worden in de wet betreffende de rechten van de patiënt in plaats van in de wet betreffende de vereiste beroepskwalificaties van de arts.

3. Artikel 4, 5<sup>de</sup> lid, van het wetsvoorstel tot regeling van de reclame voor cosmetische ingrepen bepaalt dat "persoonlijke informatie steeds moet vermelden met welke titel de beoefenaar bij de Orde der Geneesheren is ingeschreven".

Aangezien de artsen bij de Orde niet ingeschreven zijn onder een bijzondere titel, zou het gepaster zijn dat de beoefenaar melding dient te maken van de beroepstitel(s), zoals voorzien in het voornoemde koninklijk besluit van 25 november 1991 die hij bezit.

Het zou zinvol zijn in dit artikel te bepalen dat getuigenissen of afbeeldingen van patiënten niet mogen worden gebruikt.

Artikel 4, 6<sup>de</sup> lid, gaat over de informatie die betrekking heeft op één of meer welbepaalde cosmetische ingrepen. De Nationale Raad stelt zich vragen over de toelaatbaarheid van dergelijke reclame aangezien het eerste lid van ditzelfde artikel stelt dat reclame voor ingrepen van medische cosmetiek verboden is.

Bovendien schrijft de wet betreffende de rechten van de patiënt voor dat de in dit lid opgesomde informatie aan de patiënt verschaft moet worden.

4. Er bestaat een discrepantie tussen de titels van de teksten in hun Franstalige versie : er wordt ofwel verwezen naar "interventions à visée esthétique" ofwel naar "actes d'esthétique". Deze discrepantie bestaat eveneens binnen de tekst zelf.

In het Nederlands zou de term "cosmetisch" vervangen moeten worden door "esthetisch".

De definities van de medische esthetische ingreep en van de invasieve medische esthetische ingreep in de verschillende voorstellen overlappen elkaar niet, hetgeen leidt tot verwarring.

Bovendien zou de overeenstemming tussen de Franstalige en Nederlandstalige versies van deze definities herzien moeten worden (zie bv. artikel 5 van het wetsvoorstel tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van invasieve medische cosmetiek uit te voeren).

De Nationale Raad blijft te uwer beschikking voor elk onderhoud of elke informatie die u nuttig zou achten.

## **Aangifte kindermishandeling : de arts tussen wet en Code**

(11/12/2010)

TREFWOORDEN :

Aangifte bij de gerechtelijke overheid – Mishandeling van een kind, een zieke, een gehandicapte, een bejaarde

DOCUMENTNAAM :

a132005n

*Aangespoord door de vele vragen van collega's, hebben de heer Holsters en professor Deneyer een brief opgesteld m.b.t. de wettelijke en deontologische bepalingen betreffende de houding van de behandelende arts die vaststelt dat een minderjarige het slachtoffer is van seksueel geweld.*

*In zijn vergadering van 11 december heeft de Nationale Raad dit initiatief onderschreven en de voorgestelde tekst goedgekeurd.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

#### **AANGIFTE KINDERMISHANDELING : DE ARTS TUSSEN WET EN CODE**

##### **Vraag : Kan de behandelende arts van een minderjarige bij kindermishandeling aangifte doen van zijn vaststellingen of vermoedens ?**

Vóór de invoering van het artikel 458bis<sup>(1)</sup> van het Strafwetboek (Sw) kon de arts zijn verplichting tot geheimhouding (art. 458 Sw) en zijn hulpverleningsplicht (art. 422bis Sw) enkel verzoenen door in ernstige gevallen een beroep te doen op de noodtoestand, waarbij het recht op fysieke en psychische integriteit van de minderjarige de bovenhand haalde ten opzichte van de geheimhoudingsplicht.

Volgens het artikel 458bis Sw kan de arts de procureur des Konings inlichten ingeval hij kennis heeft van ernstige misdrijven gepleegd op minderjarigen, mits aan drie voorwaarden wordt voldaan: zelf het slachtoffer te hebben onderzocht of in vertrouwen te hebben genomen; aanwezigheid van een ernstig en dreigend gevaar voor de psychische en/of fysieke integriteit; deze integriteit zelf of met hulp van anderen niet kunnen beschermen.

Deze drie voorwaarden maken dat het meldingsrecht vervat in de 458bis Sw een "ultimum remedium" blijft en impliceert dat de arts eerst zijn verantwoordelijkheid moet nemen door zelf hulp te verlenen of door zelf het initiatief te nemen om andere zorgverstrekkers in te schakelen bij de hulp.

De drie voorwaarden kunnen a posteriori getoetst worden door de rechter en, indien deze oordeelt dat niet aan de voorwaarden werd voldaan, bestaat er inbreuk op het artikel 458 Sw met mogelijke straf-, tucht- en civielrechtelijke gevolgen.

Deze mogelijke toetsing mag echter geen beletsel vormen om melding te doen van ernstige feiten in het belang van het kind : het gebiedt enkel voorzichtigheid.

De Code van geneeskundige plichtenleer neemt de ervaring van de dagelijkse praktijk mee in artikel 61<sup>(2)</sup>.

##### **(1) Artikel 458bis van het Strafwetboek luidt als volgt :**

"Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en die hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426, gepleegd op een minderjarige kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, op voorwaarde dat hij het slachtoffer heeft onderzocht of door het slachtoffer in vertrouwen werd genomen, er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokkene en hij deze integriteit zelf of met hulp van anderen niet kan beschermen."

##### **(2) Artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer (Gewijzigd op 16 november 2002) luidt als volgt :**

"§1. Als een geneesheer vermoedt dat een kind wordt mishandeld, seksueel wordt misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd dient hij te opteren voor een multidisciplinaire benadering zoals bijvoorbeeld de inschakeling van een voor die problematiek opgerichte specifieke voorziening. Indien een geneesheer vaststelt dat een kind in ernstig gevaar verkeert dient hij onmiddellijk het nodige te doen om het kind te beschermen. Indien het gevaar dreigend is en er geen andere middelen zijn om het kind te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen. De ouders of de voogd van het kind zullen door de geneesheer geïnformeerd worden over zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen tenzij dit de belangen van het kind kan schaden. Alvorens om het even welk initiatief te nemen, dient de geneesheer voorafgaandelijk met het kind te overleggen in de mate dat zijn onderscheidingsvermogen dit toelaat.

§2. Als een geneesheer vermoedt dat een door ziekte, handicap of leeftijd weerloze patiënt wordt mishandeld, misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd zal hij, indien de verstandelijke mogelijkheden van de patiënt dit toelaten, zijn bevindingen met de patiënt bespreken. De geneesheer zal de patiënt ertoe aansporen zelf de nodige initiatieven te nemen, zoals onder meer het informeren van zijn naaste verwanten.

Indien deze bespreking met de patiënt niet mogelijk is, kan de behandelend geneesheer met een ter zake bevoegde collega overleggen aangaande diagnostiek en benadering van de problematiek.

Indien de patiënt in ernstig gevaar verkeert en er geen andere middelen zijn om hem te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen.

De geneesheer zal de naaste verwanten in kennis stellen van zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen om de patiënt te beschermen indien dit de belangen van deze laatste niet schaadt."

Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen een vermoeden en de vaststelling van kindermishandeling. De Code noopt de arts bij een vermoeden van mishandeling van een kind tot voorzichtigheid door hem te doen opteren voor de inschakeling van een voor die problematiek opgerichte specifieke voorziening. Indien een arts vaststelt dat een kind in ernstig gevaar verkeert dient hij onmiddellijk het nodige te doen om het kind te beschermen. Indien het gevaar dreigend is en er geen andere middelen zijn om het kind te beschermen, kan de arts de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen.

Er dient ook te worden opgemerkt dat de Code (art. 61, § 2) bepaalt dat voor de door ziekte, handicap of leeftijd weerloze patiënten, die mishandeld, misbruikt of ernstig verwaarloosd worden, analoge beschermingsmaatregelen als voor de minderjarige kunnen worden genomen.

Professor M. Deneyer

D. Holsters, Voorzitter

### **Dienst spoedgevallen – Attest aan de politie m.b.t. dwang- of tuchtmaatregel**

(11/12/2010)

TREFWOORDEN :

*Getuigschrift – Overheid (Gerechtelijke) - Relatie arts-patiënt – Spoedgevallen*

DOCUMENTNAAM :

*a132006n*

*Een politiecommissaris meldt dat een arts, werkzaam in een spoedgevallendienst, weigerde in te gaan op het verzoek van de politie om een attest af te leveren waarin verklaard wordt dat er wel of geen medisch bezwaar is tegen de opsluiting in een doorgangscel. De commissaris vraagt de mening van de Nationale Raad hieromtrent.*

#### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 11 december 2010 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de problematiek, vermeld in uw e-mailbericht van 16 april 2010, besproken.

Artikel 9, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen heeft het over wachtdiensten die de bevolking een regelmatige en normale toediening van **gezondheidszorgen**, zowel in het ziekenhuis als ten huize, waarborgen.

De organisatie van de spoedgevallendienst in een ziekenhuis past in dat wettelijk kader.

De artsen werkzaam in zulke spoedgevallendiensten hebben de taak na te gaan of een persoon dringende zorg nodig heeft en, zo ja, de passende verzorging te verlenen.

Zij hebben daarentegen niet de taak als deskundige op te treden en, op verzoek van de politie, te attesteren dat er al dan niet medisch bezwaar bestaat tegen de opsluiting in een doorgangscel. Zulke functie als deskundige is immers niet verenigbaar met de primordiale verzorgingsfunctie.

Wanneer de politie een persoon naar een spoedgevallendienst brengt, zal de arts zijn verzorgingstaak opnemen en zal hij nagaan welke dringende zorg eventueel noodzakelijk is.

Een behandelende arts mag geen medewerking verlenen aan een dwang- of tuchtmaatregel t.a.v. zijn patiënt voor wie hij een noodzakelijke vertrouwenspersoon is.

### **Overdracht van biopsiemateriaal van humane oorsprong naar het buitenland**

(11/12/2010)

TREFWOORDEN

*Biopsie*

DOCUMENTNAAM :

*a132007n*

*Advies van de Nationale Raad betreffende de overdracht van biopsiemateriaal van humane oorsprong naar het buitenland.*

#### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 11 december 2010 besprak de Nationale Raad uw vraag van 19 mei 2010 betreffende de overdracht van materiaal afkomstig van biopsieën naar het buitenland : "Is it allowed for hospitals – the anatomo-pathological services – to send biopsy blocks of patients participating in a clinical trial and signing an informed consent, to a central laboratory outside Belgium ; e.g. Switzerland ?"

Zowel op deontologisch als juridisch gebied is er op zich geen bezwaar tegen de overdracht van biopsiemateriaal van humane oorsprong naar het buitenland.

Wel dienen ter zake de volgende regelgevingen te worden nageleefd:

- de wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek;

- het koninklijk besluit van 28 september 2009 tot vaststelling van de kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het doneren, wegnemen, verkrijgen, testen, bewerken, bewaren en distribueren van menselijk lichaamsmateriaal, waaraan de banken voor menselijk lichaamsmateriaal, de intermediaire structuren voor menselijk lichaamsmateriaal en de productie-instellingen moe-

ten voldoen, inzonderheid de artikelen 7, § 3, 18 en 19.

Bij ontstentenis van een koninklijk besluit betreffende de biobanken, moet in de praktijk voor de uitvoer momenteel langs een erkende lichaamsmateriaalbank van een ziekenhuis worden gegaan. Deze handelwijze vereist contractuele regelingen en de naleving van strikte regels zoals vermeld in de voornoemde artikelen.

## **Wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen die lijden aan een geestesstoornis**

(11/12/2010)

TREFWOORDEN :

Gedetineerden - Psychiatrie

DOCUMENTNAAM :

A132009n

### **ADVIES OVER DE WET VAN 21 APRIL 2007 BETREFFENDE DE INTERNERING VAN PERSONEN DIE LIJDEN AAN EEN GEESTESSTOORNIS.**

De wet werd gepubliceerd in het Staatsblad van 13 juli 2007 maar is nog niet in werking getreden in december 2010 en is blijkbaar aan herziening toe.

1. Zij situeert zich in het verlengde van de wetten van 9 april 1930 en 1 juli 1964 op het sociaal verweer en heeft een dubbele doelstelling: "Tegelijk de maatschappij beschermen en aangepaste therapeutische steun garanderen voor de personen die een misdaad of misdrijf pleegden, die lijden aan een geestesstoornis die op een ernstige wijze hun onderscheidingsvermogen heeft aangetast en die een gevaar betekenen voor de maatschappij".

In dit advies schenkt de Nationale Raad vooral aandacht aan de deontologische implicaties van het psychiatrische deskundigenonderzoek en de tenuitvoerlegging van de internering met als doel de behandeling van de psychiatrisch gestoorde delinquent.

2. De nieuwe wet omvat 156 artikelen in tegenstelling tot de vorige wet van 1 juli 1964 die er slechts 32 telde.

Titel III "De gerechtelijke fase van de internering" blijft bescheiden in omvang (12 artikels) maar het is vooral Titel IV "Tenuitvoering van rechterlijke beslissingen tot internering" door de strafuitvoeringsrechtbanken (SUR) die aanzienlijk toegenomen is (65 artikels). Dit deel is uiterst gedetailleerd met als wettig doel de bescherming van de maatschappij en de belangen van de slachtoffers, maar het is dikwijls zo gedetailleerd en bedwingend dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de geïnterneerde "met het oog op zijn reïntegratie in de maatschappij" (art. 2) duidelijk in het gedrang komt.

De Nationale Raad meent dat bij herziening van de wet hierin best vereenvoudiging en versoepeling worden aangebracht.

3. De aanstellingsprocedure van de deskundige en de nieuwe formulering van de hem gestelde vragen vertonen geen problemen op deontologisch vlak. De vragen zijn preciezer, beter omschreven dan vroeger en conform de huidige stand van de wetenschap. De Nationale Raad onderschrijft volledig art. 5, § 2 dat in een erkenning voorziet van de deskundigen door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid, en § 3 dat aan de deskundige oplegt een omstandig verslag op te maken "overeenkomstig het model vastgesteld door de Koning". In vroegere adviezen heeft de Nationale Raad (o.a. advies 30 oktober 1999<sup>(1)</sup>) reeds de nadruk gelegd op het belang van het statuut, de vorming en de registratie van gerechtsdeskundigen, wat de kwaliteit van de rapportage ten goede zal komen. Dit artikel zou door de overheid best spoedig uitgevoerd worden, liefst in samenspraak met de beroepsgroep.

Art. 5, § 4, bepaalt dat de wet van 22 augustus betreffende de rechten van de patiënt, met uitzondering van artikel 6 (de vrije keuze van arts) van toepassing is op het psychiatrisch deskundigenonderzoek. Er moet in een tweede uitzondering voorzien worden betreffende het inzage-recht van het expertisedossier door de patiënt. De federale commissie "Rechten van de patiënt" heeft hierover een advies goedgekeurd<sup>(2)</sup>. Dit standpunt wordt bijgetreden door de Nationale Raad in zijn advies van 26 juni 2010 waarin gesteld wordt dat "naargelang het stadium van de procedure, het de taak is van de procureur des Konings, van de onderzoeksrechter of van de feitenrechter om te oordelen over het recht op inzage in het medisch dossier dat bijgehouden wordt door de expertisearts"<sup>(3)</sup>. Deze laatste uitzondering betreft uitsluitend deskundigenopdrachten in strafrechtelijke procedures en niet in burgerrechtelijke procedures.

4. Artikel 6 voorziet in de mogelijkheid van een psychiatrisch deskundigenonderzoek met inobservatiestelling in de psychiatrische afdeling van de gevangenis. Deze mogelijkheid bestond reeds in de vorige wet maar kon nooit uitgevoerd worden omdat de psychiatrische afdelingen van de gevangenis hiervoor niet uitgerust zijn, en zij zijn het nog steeds niet. Het koninklijk besluit van 19 april 1999 tot de instelling van een Penitentiair Onderzoek- en Klinisch Observatiecentrum (POKO) moest de inobservatiestelling zoals bepaald door de wet mogelijk maken<sup>(4)</sup>. Dit centrum is nooit opgericht en zonder dit centrum blijft dit artikel 6 een dode letter. De oprichting van het POKO zou een belangrijke leemte invullen en de kwaliteit van het psychiatrisch deskundigenonderzoek in moeilijke gevallen ten goede komen. Zoniet dient artikel 6 geschrapt te worden.

(1) Advies NR d.d. 30 oktober 1999: Ministerie van Justitie - Eindverslag van de werkzaamheden van de Commissie Internering, Tijdschrift Nationale Raad nr. 87 p. 17.

(2) Federale commissie "Rechten van de patiënt", advies d.d. 9 oktober 2009 "Advies betreffende de consultatie van het medische dossier dat wordt bijgehouden door de geneesheer-expert in het kader van een strafzaak".

(3) Nationale Raad Orde van geneesheren, advies d.d. 26/06/2010, "Inzage door de patiënt in zijn medisch dossier opgesteld door een expertise arts".

(4) Het POKO moest het statuut krijgen van wetenschappelijke instelling van de Staat en niets wijst erop dat het ooit zal opgericht worden. De Franse benaming van het POKO is "Centre pénitentiaire de recherche et d'observation clinique" (CPROC)

5. Voortaan zijn de strafuitvoeringsrechtbanken (SUR) bevoegd inzake alle beslissingen in verband met de uitvoering van de internering. Zij zullen dus de huidige Commissies tot Bescherming van de Maatschappij (CBM) vervangen.

Op zich stelt dit geen probleem, met toch een belangrijk voorbehoud : in de CBM zetelt één psychiater maar in de SUR is hierin niet voorzien. De Nationale Raad is van mening dat dit een lacune is die niet bevorderend is voor de kwaliteit van de werking van de SUR die uitspraken moet doen over delinquente psychiatrische patiënten in behandeling. Het ware wenselijk om binnen de SUR een bijzondere kamer voor internering te voorzien met een aangepaste samenstelling. De internering is eigenlijk geen straf maar wel een beschermingsmaatregel.

6. De analyse van het zeer omvangrijk "tenuitvoeringsluik" van de wet toont aan dat juridische overwegingen het halen boven de therapeutische noodwendigheden. De rigiditeit van de wettelijke regelgeving staat haaks op de noodzakelijke flexibiliteit van het therapeutisch handelen.

Meerdere artikels betekenen een achteruitgang vergeleken met de wet van 1964:

- Artikel 19 beperkt de verlofmogelijkheden tot "maximum zeven dagen per maand" terwijl de huidige praktijk leert dat langere periodes vaak aangewezen zijn vanuit therapeutisch standpunt. Deze termijnbeperking wordt best verlaten.  
- Volgens artikel 25 kan de geïnterneerde niet meer onmiddellijk op proef in vrijheid worden gesteld en moeten er verplicht eerst andere modaliteiten van internering toegepast worden, al zijn die vanuit behandelstandpunt overbodig of achterhaald. Meerdere geïnterneerden verschijnen nu vrij voor de CBM en deze kan onmiddellijk een vrijheid op proef beslissen. Dit zal voortaan niet meer mogelijk zijn en dus aanleiding geven tot talrijke overbodige en nutteloze administratieve verwijzingen voor residentiële verblijven die geen zin hebben. Dit kan alleen bijdragen tot een nodeloze verzaaging van het forensisch zorgnetwerk. Bovendien leert de medische ethiek dat patiënten die gedwongen behandeld worden, dienen verwezen te worden naar de minst restrictieve omgeving rekening houdend met hun pathologie en de veiligheidsvereisten. Ambulante behandelingen of opnames van geïnterneerden in de reguliere psychiatrie als 'vrij op proef' moeten verder kunnen beslist worden zonder te voldoen aan de eisen gesteld door art. 25 van de nieuwe wet. Dit artikel wordt best afgeschaft of zo herschreven dat de SUR, mits een aangepaste motivatie gegeven wordt, de invrijheidstelling op proef kan beslissen zonder te voldoen aan de huidige voorwaarden van art. 25<sup>(5)</sup>.

7. De SUR duidt de inrichting aan waar de geïnterneerde zal worden "geplaatst" (art. 17) voor behandeling. Dit is zowel mogelijk in inrichtingen van de federale overheid (bv. Paifve, Merksplas, Turnhout,...) als in niet-federale inrichtingen tot bescherming van de maatschappij (bv. Les Marronniers te Doornik) of privé-instellingen (bv. psychiatrische ziekenhuizen). De overheid heeft bovendien beslist om een forensisch zorgnetwerk te organiseren en te financieren met in Vlaanderen, in Gent en Antwerpen, onder andere de bouw van twee hoogbeveiligde inrichtingen tot bescherming van de maatschappij. Het is de bedoeling van de overheid en de beroepsgroep om behandelingsmogelijkheden te bieden aan geïnterneerden volgens de huidige stand van de wetenschap en op een niveau vergelijkbaar met dat van de reguliere psychiatrie (art. 88 basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de geïnterneerden).

De SUR moet de plaatsing (of overplaatsing) van een geïnterneerde kunnen vorderen in een federale of niet-federale hoogbeveiligde inrichting tot bescherming van de maatschappij maar de plaatsing/opname of behandeling in de overige schakels van het zorgnetwerk gebeurt in overleg en niet onder de vorm van een eenzijdige vordering. Het huidige art. 17 maakt geen onderscheid tussen de verschillende schakels van het netwerk en dit is een tekortkoming. Het is duidelijk dat een psychiatrische eenheid van een regulier psychiatrisch ziekenhuis alleen geïnterneerden kan opnemen waarvoor zij een behandelproject hebben en op voorwaarde dat de geïnterneerde zich hierbij kan aansluiten. Zoals thans het geval is moet de opname van een geïnterneerde in privé-instellingen in overleg plaatsvinden met garanties voor alternatieve oplossingen in geval van mislukking.

8. Art. 38 stelt dat het de taak is van de directeur van de zorginrichtingen van de federale overheid of van de verantwoordelijke van een niet-federale zorginrichting om regelmatig zijn advies over te maken aan de SUR. De Nationale Raad heeft in zijn advies d.d. 30 oktober 1999 over het eindverslag van de Commissie Internering benadrukt dat een strikte scheiding tussen de taken van een deskundige en die van zorgverlener aangewezen is. De hierboven vermelde basiswet bevestigt de onverzoonbaarheid van de functie van expert en die van zorgverlener (art. 100 en art. 101)<sup>(6)</sup>.

9. In de gevangenis functioneren de penitentiaire zorgequipages onafhankelijk van de adviesverlenende psycho-sociale dienst. Adviezen uitbrengen over een geïnterneerde aan de SUR behoort tot de functie van de expert en niet tot deze van de zorgverlener. De Nationale Raad onderschrijft deze zienswijze maar het feit dat beide functies inherent zijn aan de forensische context kan aanleiding geven tot deontologische problemen. Daarom vindt de Nationale Raad het raadzaam dat elke zorginstelling voor geïnterneerden een intern document zou uitwerken waarin vastgelegd wordt hoe een advies tot stand komt en wat de verantwoordelijkheid is van elke medewerker. Tot slot herinnert de Nationale Raad aan art. 458 SWB dat stelt dat een arts het beroepsgeheim niet kan schenden als hij 'in rechte' getuigt, bv. voor de strafuitvoeringsrechter.

10. Art. 112 regelt het moeilijke probleem van de "geïnterneerde-veroordeelde" die einde "straf" is en volgens de SUR een ernstige bedreiging zou vormen voor andermans leven of integriteit. Thans ressorteert de geïnterneerde-veroordeelde onder de bevoegdheid van de CBM maar dit wordt in strijd geacht zowel met artikel 7 van de Grondwet als met artikel 5 van het EVRM. Zonder enig overleg met de beroepsgroep heeft de wetgever beslist dat in dergelijke gevallen de gevaarlijke geestesgestoorde geïnterneerde delinquent behandeld zou worden overeenkomstig een aangepaste vorm van de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geestesgestoorde. Dit is een burgerlijke procedure (geen strafrechtelijke)

(5) Voor meer informatie over dit schadelijk artikel 25, zie pp. 338-339 en p. 362 van het artikel van O. Vandemeulebroeke, « Un autre régime d'internement des délinquants atteints d'un trouble mental. La loi du 21 avril 2007 », *Revue de droit pénal et de criminologie*, avril 2008, 308-363.

(6) Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de geïnterneerden, Belgisch Staatsblad 01.02.2005, pp. 2815-2850.



die de gedwongen opname van psychiatrische patiënten regelt. De aanpassing van de wet van 26 juni 1990 vergroot de macht van de vrederechter en bindt die van de psychiater, hoofd van de psychiatrische dienst, die bijvoorbeeld (artikel 141) niet meer mag beslissen over ontslag van de gedwongen opgenomen geïnterneerde of over het niet verlengen van de maatregel. De vrederechter neemt de functie over van de SUR. Dit is een juridische schijnoplossing want het bestaande burgerlijke systeem voor de gedwongen opname is geenszins geschikt voor de opvang en behandeling van deze gevaarlijk geachte geestesgestoorde delinquente patiëntenpopulatie. De Nationale Raad dringt aan op een voor deze doelgroep aangepast wet- telijk kader.

## **Vluchtelingen – Genitale verminking - Beroepsgeheim** (11/12/2010)

TREFWOORDEN :

Beroepsgeheim – Minderjarigen – Patiënten van vreemde nationaliteit - Verminking

DOCUMENTNAAM :

a132010n

*Aan de Nationale Raad wordt een vraag gesteld betreffende zijn advies van 5 juli 2010 'Vluchtelingen – Genitale verminking – Beroepsgeheim' waarin hij wijst op de noodzaak van een specifieke regeling m.b.t. de inzage van het medisch dossier van een minderjarige.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 11 december 2010 besprak de Nationale Raad uw brief van 28 juli 2010 in verband met het advies van de Nationale Raad van 5 juni 2010 getiteld "Vluchtelingen – Genitale verminking – Beroepsgeheim".

De rechten van de patiënt bepaald door de wet van 22 augustus 2002, waaronder het recht op inzage in het medisch dossier, worden, in het geval van een minderjarige, uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd (artikel 12, § 1). De minderjarige wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit; hij kan zijn rechten zelfstandig uitoefenen indien hij tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat wordt geacht (artikel 12, § 2).

Artikel 15, § 1, van de wet bepaalt dat, met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, de arts het verzoek van de in artikel 12, § 1, bedoelde persoon om inzage of afschrift geheel of gedeeltelijk kan weigeren. In dergelijk geval wordt het recht op inzage of afschrift uitgeoefend door een door de vertegenwoordiger - in casu de ouders of de voogd - aangewezen beroepsbeoefenaar.

De arts die vreest dat de fysieke integriteit van een jong meisje aangetast zal worden of die vaststelt dat dit het geval was, door of met de toestemming van haar ouders of van haar voogd, kan artikel 15, § 1, van de wet toepassen.

Het is naar die bepaling van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dat de Nationale Raad verwijst.

## **Vrije artskenkeuze door het politiepeneel in geval van staking** (11/12/2010)

TREFWOORDEN :

Continuïteit van de verzorging – Keuze (Vrije artsen-)

DOCUMENTNAAM :

a132011n

*Aan de Nationale Raad wordt een vraag gesteld betreffende de vrije artskenkeuze door het politiepeneel in geval van staking.*

### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 11 december 2010 besprak de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw brieven betreffende de vrije artskenkeuze door het politiepeneel in geval van staking.

Artikel 6 van de wet patiëntenrechten van 22 augustus 2002 stelt dat de vrije keuze van arts "krachtens de wet" kan beperkt worden.

Dergelijke beperking werd ingevoerd door artikel 8.10.10. van het koninklijk besluit van 30 maart 2001 tot regeling van de rechtspositie van het personeel van de politiediensten ten einde de continuïteit van de openbare dienstverlening te waarborgen in uitzonderlijke omstandigheden.

De Nationale Raad dringt aan op het principe van de vrije artskenkeuze in de therapeutische relatie en wijst op het belang van de relatie arts-patiënt ten opzichte van de continuïteit van de zorg. In dit verband is hij van mening dat de voorliggende procedure gelijk staat met een medische controle.

## **Deelname aan de week(dag)wachtendienst – Beslissing van de huisartsenkring** (22/01/2011)

TREFWOORDEN :

Huisarts – Wachtdiensten

DOCUMENTNAAM :

a132012n

*1° De vraag of deelname aan de week(dag)wacht, beslist met een gekwalificeerde meerderheid in een wachtdienstonderdeel van een huisartsenkring, bindend is voor alle leden van de huisartsenkring.*

Wanneer dergelijke beslissing door de huisartsenkring wordt genomen met eensgezindheid van stemmen, roept het invoeren van dergelijke regeling geen enkel deontologisch bezwaar op.

2° De grondslag voor de uitbreiding van de organisatie van de wachtdienst naar de weekwacht ligt in de beslissing van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekfondsen omtrent het beschikbaarheidshonorarium (tijdens de weekdagen van 19 uur tot 8 uur de volgende dag). Het organiseren van een week(dag)wacht is geen uitvloeisel van het MB. 1 maart 2010 dat een uitbreiding van de klassieke wachtdiensten naar de weekpermanentie ondersteunt. Het instaan voor mekaar patiënten tijdens de weekdag dient veeleer gekaderd in een netwerkvorming onder collega's met hieraan gekoppeld het verplicht opmaken van een overeenkomst die deze afspraken regelt (o.a. toestemming van de patiënt hoe elektronische uitwisseling van dossiers dient te gebeuren).

#### **ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 22 januari 2011 besprak de Nationale Raad de vraag betreffende deelname aan de week(dag)wacht voor huisartsen, met name of een beslissing genomen door een wachtdienstonderdeel bindend is voor alle leden.

Als referentie verwijzen we naar het geciteerde advies van de Nationale Raad CNR 071/10 van 2 oktober 2010.

1. Het eerste deel van de vraag handelt over **modaliteiten van besluitvorming** binnen de huisartsenkring, en verwijst enerzijds naar **het orgaan binnen de huisartsenkring** dat "dergelijke beslissingen omtrent de wachtdienst" kan nemen en anderzijds ook naar **het vereiste stemquorum**.

1. 1. Het eerste probleem is **het orgaan van de huisartsenkring** dat beslissingen neemt.

In de voorliggende casus is sprake van een wachtdienstonderdeel van een huisartsenkring, dat aan het bestaande huishoudelijk reglement (van de wachtdienst) een extra bepaling wenst toe te voegen: de nachtwacht in de week (19.00 u - 08.00 u) wordt uitgebreid naar een volledige dagwacht (twee blokken van 12 uur telkens).

De bevolkingswachtdienst van huisartsen wordt georganiseerd door de huisartsenkringen, volgens het KB. 8 juli 2002 (Koninklijk besluit tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen). De huisartsenkring is een VZW en daarbij is de VZW-wetgeving van toepassing. De statuten van de huisartsenkring bepalen de modaliteiten van besluitvorming door **de algemene vergadering**.

De wachtdienst van een huisartsenkring kan weliswaar opgesplitst worden in diverse **wachtdienstonderdelen**, doch beslaat de ganse huisartsenzone van de kring (KB. 8 juli 2002 - art. 4 – art. 5, 2°): daarom is er slechts één huishoudelijk reglement van de wachtdienst (KB. 8 juli 2002 - art. 5,3°) per huisartsenkring, met de bedoeling om een zekere uniformiteit te bekomen omtrent de wachtdienstregeling binnen de ganse huisartsenzone van een kring.

De Nationale Raad is dan ook van oordeel dat het aan **de algemene vergadering** van de huisartsenkring toekomt om beslissingen omtrent de wachtdienst te nemen (cf. VZW wetgeving en statuten, huishoudelijk reglement wachtdienst).

1. 2. Het tweede probleem handelt over **het vereiste stemquorum**: een gewone of gekwalificeerde meerderheid of eensgezindheid?

Die 'beslissing' zou steunen op een ruime gekwalificeerde meerderheid (16/18) van alle stemgerechtigde leden huisartsen, **enkel binnen dat wachtdienstonderdeel**. Twee andere huisartsen waren wel uitgenodigd (per fax en aangetekend schrijven), doch zij waren afwezig en ook niet vertegenwoordigd bij volmacht, wat hun individuele vrije keuze is.

Die beslissingsbevoegdheid over de wachtdienst (cf. 1.1.) ligt echter bij de **algemene vergadering** van de huisartsenkring: die kan een bepaalde 'beslissing' van een wachtdienstonderdeel volgen of niet – in dit geval een extra specificatie omtrent de weekwachtdienst toevoegen aan het huishoudelijk reglement van de wachtdienst.

Indien dat goedgekeurd wordt door de algemene vergadering van de huisartsenkring is dit wel bindend voor alle actieve huisartsen van dat wachtdienstonderdeel: leden en niet-leden.

Binnen de **algemene vergadering** van een VZW is a-priori voor besluitvorming een gewone meerderheid voldoende; uiteraard kan die algemene vergadering zich akkoord verklaren dat voor bepaalde beslissingen een "gekwalificeerde meerderheid" noodzakelijk is.

De Nationale Raad (advies CNR 071/10) stelde reeds dat - in het kader van de "uitbreiding" van de bevolkingswachtdienst naar een weekpermanentie – een dergelijke 'gekwalificeerde meerderheid' een breder draagvlak geeft vanuit de basis, maar dat het zeker geen conditio sine qua non is.

A fortiori is eensgezindheid van stemmen geen vereiste.

\*\*\*

2. Het tweede deel van de vraag handelt over **uitbreiding** van die **weekwacht**: van de **nacht-weekwacht** (volgens beschikbaarheidshonorarium vanaf 19 uur tot 08 uur) naar een **dag-weekwacht**.

Afgezien van het feit dat de Provinciale Raad eerst **geen deontologische bezwaren** weerhoudt tegen een dergelijke uitbreiding – onder de voorwaarde van eensgezindheid van stemmen (cf. vraag 1) – formuleert deze nadien toch een **formeel voorbehoud** naar die **dag-weekwacht** via een aantal argumenten.

2.1. Een eerste argument voor een **beperking tot de nacht** zijn bepalingen omtrent “**beschikbaarheidshonoraria**” tijdens wachtdiensten, met de specifieke vermelding van een tijdsperiode van 19.00 uur tot 08.00 uur de daarop volgende dag (Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen – NCGZ)

De bepalingen kaderen in een **ruimer beleid “ter ondersteuning van performante huisartsenwachtdiensten”** conform het :

Akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011, artikel 3.4. (Maatregelen met betrekking tot de huisartsen).

Artikel 3.4.

*De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is er meer dan ooit van overtuigd dat een geïntegreerd beleid met betrekking tot huisartsenwachtdiensten en huisartsenwachtposten moet worden gevoerd teneinde in het licht van de **sociologische ontwikkelingen binnen de beroepsgroep een optimale continuïteit van zorgen te kunnen waarborgen in de eerste lijn.***

Akkoord artsen-ziekenfondsen ‘2009-2010’ in het bijzonder het art. 9.:

Art. 9. TOEKOMSTGERICHTE HUISARTSENWACHTDIENSTEN:

9.1. De NCGZ zal in de komende periode haar inspanningen ter ondersteuning van performante huisartsenwachtdiensten verder zetten.

9.2. De NCGZ hecht groot belang aan de inzet van de huisartsenkringen om de dienstverlening aan de bevolking in het kader van de wachtdiensten zo goed mogelijk te verzekeren. De NCGZ moedigt de initiatieven aan van de kringen die deze dienstverlening wensen te garanderen door, binnen de bestaande regelgeving over de wachtdienstorganisatie, het inzetten van de huisartsen die beschikbaar zijn voor de wachtdienst te optimaliseren en de toegankelijkheid voor de patiënten te versterken. (...)

De NCGZ zal tevens een regeling uitwerken waardoor de beschikbaarheidshonoraria die verschuldigd zijn voor een welbepaalde huisartsenzone door de huisartsenkring kunnen worden aangewend en herverdeeld, met het oog op de correcte honorering van de huisartsen die meewerken aan voormelde vernieuwende organisatievormen.

9.3. In coherentie met haar andere beleidsinstrumenten inzake permanentie, beschikbaarheid en wachtdienstondersteuning en rekening houdend met de resultaten van de evaluatie van de lopende experimenten, zal de NCGZ in de loop van 2009 de basisoriëntaties vastleggen voor een meer structurele financiering van de huisartsenwachtposten, met inbegrip van deze in de grote steden, met het oog op de implementatie van de nieuwe regeling in de loop van 2010.

9.4. De NCGZ zal haar beleid ter ondersteuning van de huisartsenwachtdiensten ontwikkelen in afstemming met de Federale raad voor de huisartsenkringen.

Alhoewel de **beschikbaarheidshonoraria** refereren naar een bepaalde tijdsperiode (19.00 uur tot 08.00 uur), blijkt uit die voorliggende NCGZ-teksten de **beleidsintentie** om de beschikbare budgetten door de huisartsenkringen te laten aanwenden en te herverdelen voor “vernieuwende organisatievormen” en om “het inzetten van de huisartsen voor de wachtdienst te optimaliseren en de toegankelijkheid te versterken”, en een meer “structurele financiering van de huisartsenwachtposten” in te voeren “inzake permanentie, beschikbaarheid en wachtdienstondersteuning”.

Die **beleidsintentie** van de NCGZ schept een zekere marge van vrij initiatief – in te vullen door de huisartsenkringen – om die doelstellingen te bereiken.

2.2. Een tweede argument betreft de invulling van **de continuïteit en permanentie van zorgen**, en de **tijdsgebonden relatie en professionele hiërarchie** tussen de huisartsenpraktijk(en) en de bevolkingswachtdienst **tijdens de weekdag**.

### 2. 2. 1. De tijdsgebonden relatie.

De huisartsenwachtdienst (KB. 8 juli 2002 – Opdrachten huisartsenkringen, art. 5. 1°) wordt minimaal ‘wettelijk’ geregeld tijdens **weekends en feestdagen**, en alhoewel niet obligaats **tijdens de week** kan dit georganiseerd worden binnen datzelfde wettelijk kader toegekend aan de huisartsenkringen, zonder dat er in dit KB. reeds definitie(s) of de tijdsperiode(s) worden bepaald die een dergelijke **weekwacht** zou kunnen/moeten omvatten.

Daarvoor verwijst u naar het MB 1 maart 2010 “tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen” dat **de continuïteit en de permanentie** van zorg regelt, d.w.z. de beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsen – en individuele huisartspraktijken – in relatie met de bevolkingswachtdienst georganiseerd door de huisartsenkring.

### HOOFDSTUK II. - Criteria voor het behoud van de erkenning als en van de bijzondere beroepstitel van huisarts.

Art. 10. Om de erkenning als huisarts en de bijzondere beroepstitel van huisarts te behouden oefent de huisarts de huisarts-geneeskunde uit conform de volgende criteria:

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

5° De erkende huisarts staat in voor de continuïteit van de zorg verleend aan de patiënten die hij behandelt overeenkomstig artikel 8, § 1, van het voornoemde koninklijk besluit nr. 78: in het kader van de relatie met zijn patiënten neemt de huisarts alle maatregelen om ervoor te zorgen dat hun diagnostische en therapeutische verzorging zonder onderbreking wordt voortgezet. In de tijdsperiodes waarin geen huisartsenwachtdienst beschikbaar is, neemt de erkende huisarts de noodzakelijke maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening voor de patiënten die hij behandelt, te organiseren.

6° De erkende huisarts staat in voor de permanentie van de zorg.

De permanentie betekent voor de patiënten de toegang tot huisartsgeneeskundige zorgverlening gedurende de normale uren van de dienstverlening.

Onder normale uren van de dienstverlening wordt verstaan de uren die niet in aanmerking worden genomen om beschikbaarheidshonoraria te betalen aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten in overeenstemming met het koninklijk besluit van 25 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten.

De tijdsgebonden relatie tussen de erkende huisarts en de bevolkingswachtdienst is omschreven in art. 10, 5° en 6°, **in functie van de tijdsperiodes dat de wachtdienst beschikbaar is.**

*Normale uren van dienstverlening* – binnen dat kader van beschikbaarheidshonoraria – zijn beschreven van 08.00 uur tot 19.00 uur.

Dan wordt verondersteld dat iedere erkende huisarts instaat in eigen persoon voor de **continuïteit van de zorg** of dat hij die organiseert door een andere huisarts (die dezelfde kwalificatie heeft – cf. KB. 78 art. 8, § 1), **ten minste als er in die periode geen huisartsenwachtdienst beschikbaar is** (MB 1 maart 2010 – art. 10, 5°): die laatste omschrijving doet besluiten dat er geen tijdsbeperking is en integendeel de mogelijkheid bestaat om de wachtdienst uit te breiden tijdens de normale uren van dienstverlening tijdens de dag.

*Buiten die "normale uren van dienstverlening"* – i.e. de tijdsperiode van 19.00 uur tot 08.00 uur – wordt voor de **permanentie van zorg** verondersteld dat de wachtdienst beschikbaar is, en wordt er van uitgegaan dat elke erkende huisarts daarop een beroep kan doen.

Het is daarom een algemene tendens dat de meeste, zoniet alle huisartsenkringen opteren voor een uitbreiding van de klassieke weekend- en feestdagwachtdienst naar een **weekpermanentie**, en dit volgens de bepalingen van de NCGZ en het voorliggende Akkoord, en volgens het MB. 1 maart 2010 omtrent de erkenning van huisartsen: *ten minste* van 19.00 tot 08.00 uur, doch aanvullend ook voor andere tijdsperiodes die bepaald worden in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst.

### 2.2.2. De professionele hiërarchie.

De bezorgdheid voor de continuïteit en permanentie van zorgen – in het belang van de patiënt – dient gezien in het perspectief van een **vaste 'huisarts-patiënt' relatie**, met aandacht voor het beheer en de toegang tot medische gegevens in het globaal medisch dossier. Doch bij de concrete invulling daarvan dient men een onderscheid te maken tussen enerzijds een continuïteit van zorgen voor een praktijkpatiënte en anderzijds de opdracht van een bevolkingswachtdienst via de huisartsenkringen.

Het is de behandelende huisarts die prioritair de verantwoordelijkheid moet opnemen voor een optimale beschikbaarheid en bereikbaarheid voor zijn eigen patiënten, en dit zeker minstens tijdens de uren van normale dienstverlening (MB. 1 maart 2010 "tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen").

Bij zijn afwezigheid beschikt de huisarts over keuzemogelijkheden: ofwel zorgt hij zelf voor de continuïteit van de zorgen via een andere erkende huisarts (KB. 78, art.8.) – op een vrijblijvende basis met andere erkende huisartsen of meer gestructureerd via groepspraktijken, samenwerkingsverbanden of netwerken – ofwel doet hij een beroep op de bevolkingswachtdienst georganiseerd door de huisartsenkring (KB. 78, art. 9).

De **professionele hiërarchie** tussen de individuele huisarts(praktijk) en die bevolkingswachtdienst is echter duidelijk bepaald in het KB. 8 JULI 2002. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen:

Art. 5, 6° : de huisartsenwachtdienst is subsidiair aan de huisartspraktijkpermanentie. In het huishoudelijk reglement van de wachtdienst dient de afgrenzing tussen de praktijkpermanentie en de wachtdienst geregeld.

Deze bepaling houdt in dat de overdracht van de continuïteit van de zorgen van een huisartspraktijk naar de wachtdienst voorwaardelijk is en dat de modaliteiten moeten beschreven worden in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst.

De uitbreiding van de bevolkingswachtdienst naar een **weekpermanentie** – met een specificatie van de tijdsperiodes (nacht en/of dag, of een 24 uur permanentie) – dient daarom opgenomen te worden in het huishoudelijk reglement van de wachtdienst.

Het komt de Provinciale Raad van de Orde toe de nodige documenten – de statuten van de huisartsenkring en het huishoudelijk reglement wachtdienst – deontologisch na te zien. Ook de provinciale geneeskundige commissie (PGC) dient op de hoogte gebracht van de uitbreiding naar een weekpermanentie.

De deelname aan de weekwacht/permanentie valt onder diezelfde wettelijke en deontologische 'afdwingbare' bepalingen als de weekend- en feestdagwachtdienst: de algemene deelname is verplicht.

**Vermelding van een arts in de rubriek "Homeopathie/Acupunctuur" en de vermelding "Homeopathie/Acupunctuur" in de rubriek "Artsen" van een telefoongids (22/01/2011)**

TREFWOORDEN :

Acupunctuur – Homeopathie – Publiciteit en reclame – Telefoongids

DOCUMENTNAAM :

a132014n

*De Nationale Raad van de Orde van geneesheren werd geconfronteerd met de vraag of, in het kader van de gewijzigde wetgeving, het toegestaan is voor een arts om acupunctuur en homeopathie bekend te maken in een telefoongids.*

**ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :**

In zijn vergadering van 22 januari 2011 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren kennis genomen van uw e-mail van 26 oktober 2010 aangaande acupunctuur en homeopathie.

De Nationale Raad blijft bij het standpunt zoals geformuleerd in zijn advies van 9 september 2006, betreffende de vermelding van een arts in de rubriek "Homeopathie" en de vermelding "Homeopathie" in de rubriek "Artsen" van een telefoongids (TNR nr. 114, p. 5).

De Nationale Raad merkt op dat homeopathie vandaag geen deel uitmaakt van de lijst van de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde en niet kan bogen op een wetenschappelijke erkenning.

Onder deze omstandigheden kan hij de vermelding van artsen in de rubriek « Homeopathie » of de vermelding « Homeopathie » in de rubriek artsen niet toestaan.

## **De evaluatie van het Europese Stelsel voor de erkenning van de beroepskwalificaties besproken in het CPME <sup>(1)</sup>**

Dr. R. Kerzmann

De Europese Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, aangenomen op 7 september 2005, definieert de regels voor de onderlinge erkenning van de beroepskwalificaties tussen de lidstaten. Afgezien van enkele nieuwigheden, heeft ze het mogelijk gemaakt 15 vroegere richtlijnen, waarvan sommige reeds in de jaren 1960 aangenomen werden, te bevestigen en te vereenvoudigen.

De periode van omzetting van deze richtlijn in de verschillende wetgevingen van de Europese landen eindigde op 20 oktober 2007. De Commissie heeft zonet een eerste verslag<sup>(2)</sup> gepubliceerd over de werking van deze richtlijn. Hoewel het stelt dat de automatische erkenning van de kwalificaties een belangrijke verworvenheid is, werpt het, naast het probleem van de vertragingen in de omzetting, vragen op over ondermeer de terughoudendheid van de lidstaten om de administratieve procedure betreffende de tijdelijke mobiliteit van de beroepsbeoefenaars te vereenvoudigen. Dit verslag constateert eveneens dat de voordelen van een gedragscode voor de bevoegde overheden niet ten volle benut werden.

Bovendien heeft de Europese Commissie onlangs de "Akte voor de interne markt"<sup>(3)</sup> aangenomen die een reeks maatregelen formuleert die tegen eind 2012 toegepast moeten worden om de groei aan te zwengelen en de rechten van de burgers in Europa te versterken. In één van deze maatregelen stelt de Commissie een hervorming voor van het systeem voor erkenning van de beroepskwalificaties als middel om de mobiliteit van burgers, ondermeer werkzaam in de gezondheidszorgberoepen, te vergemakkelijken.

Het CPME heeft tijdens de plenaire herfstvergadering die het op 27 november II. te Brussel organiseerde, een lange traditie in stand gehouden en zijn spreekgestoelte opengesteld voor een gewaardeerd lid van de Europese Commissie door hem uit te nodigen om het Comité op de hoogte te brengen van de vordering van deze werkzaamheden die in eerste instantie de Europese artsen interesseren.

Zo heeft Jürgen Tiedje<sup>(4)</sup>, vertegenwoordiger van het directoraat-generaal Interne Markt en Diensten, belast met de erkenning van de beroepskwalificaties, uiteengezet dat de Richtlijn 2005/36/EG in bepaalde aspecten het voorwerp moet uitmaken van wat hij liever een "modernisering" zou noemen dan een volledige herziening zoals sommigen het genoemd hadden.

Terwijl het bij het begin van de evaluatieprocedure niet duidelijk was in welke mate de richtlijn gewijzigd moest worden, heeft hij immers benadrukt dat de Commissie, dankzij "technische" vergaderingen met de actieve medewerking van beroepsbeoefenaars afgevaardigd uit verschillende gezondheidssectoren, ervan overtuigd geworden is dat de inhoud van de richtlijn moet aanpassen en een gemoderniseerde tekst moet voorstellen.

Bedoeling van de evaluatie is, op basis van concrete elementen, na te gaan in welke mate de wetgeving haar doelstellingen bereikt heeft en of deze doelstellingen nog steeds relevant zijn ten aanzien van de behoeften die ondertussen veranderd kunnen zijn.

De gekozen *modus laborandi* bestaat erin de betrokken partijen te raadplegen over de drie belangrijkste uitdagingen van de hervorming van het systeem voor de erkenning van de beroepskwalificaties zijnde :

- de vereenvoudiging van de bestaande regels ten gunste van de burgers;
- de optimale integratie van de beroepen binnen de interne markt;
- het streven naar een grotere betrouwbaarheid binnen het systeem.

De opgestelde kalender plant het houden van een volksraadpleging<sup>(5)</sup>, die momenteel aan de gang is, waarvan het einde aangekondigd werd voor eind maart 2011, en vervolgens de gehele evaluatie waarvan de conclusies gepubliceerd zullen worden in een Groenboek in oktober 2011. Vanaf 2012 zal het herschrijven van de wetgeving begonnen kunnen worden.

Jürgen Tiedje heeft een snel, onvermijdelijk niet-exhaustief, overzicht geschetst van de problemen die rijzen op verschillende gebieden van de herziening. Het gaat over de inhoud van de minimale basisopleiding, de tijdelijke en occasionele verstrekkingen, de administratieve samenwerking van de lidstaten met inbegrip van het disciplinair gebied of nog de kennis van de taal van het gastland.

Uit de uiteenzetting onthouden we, als voorbeeld van de ondervonden problemen, de bezorgdheid over de talenkennis, de continue opleiding en het eventuele gebruik van een beroepskaart.

Wat betreft het eerste van deze gevoelige thema's wenst de Commissie twee vragen aan te snijden : zal de nieuwe richtlijn algemene bepalingen moeten bevatten voor een striktere controle van de talenkennis ? Of zal ze bepalingen moeten bevatten voor de talenkennis die specifiek verbonden zijn met de uitoefening van gezondheidszorgberoepen ? Dit probleem is

ongetwijfeld gevoelig want, afgezien van situaties die eigen zijn aan de bevolking van bepaalde lidstaten en in het licht van problemen die zich onlangs voordeden op dit gebied, stelt het de kwestie aan de orde van de kostprijs van de taalopleidingen voor de gezondheidszorgbeoefenaars. Vóór de omzetting van de Richtlijn 2005/36 was het inderdaad de taak van de lidstaten die de migranten ontvingen om hen actief te helpen bij het leren van de taal ; de huidige richtlijn zag hiervan af en laat dit initiatief voortaan aan de werknemers. Indien er systematische kennistesten georganiseerd zouden worden, wie zou dan moeten instaan voor de organisatie, de controle en vooral de kostprijs ervan ?

De continue beroepsontwikkeling is ook het onderwerp van talrijke debatten. Verschillende bevoegde overheden van de lidstaten benadrukken het belang ervan voor de kwaliteit van de zorg waarop de patiënten recht hebben : sommige stellen zelfs voor gebruik te maken van de richtlijn om ze verplicht te maken door erin op te nemen dat de migranten zich niet in een ander land van de Europese ruimte mogen vestigen noch hun erkenning vragen indien ze het bewijs ervan niet leveren. Momenteel lijkt het echter bijzonder moeilijk dergelijke bepalingen van recertificatie of nascholing in de nieuwe richtlijn op te nemen gezien bovendien de ethische verplichting die verscheidene “nationale” gezondheidszorgbeoefenaars reeds hebben om alle nodige maatregelen in die zin te nemen. Het blijft evenwel waar dat er nieuwe controlemechanismen bestudeerd zullen moeten worden om de zekerheid te verwerven dat de gezondheidszorgbeoefenaars hun deskundigheid up to date houden.

Tot slot, in verband met het gebruik van een beroepskaart, lijkt de Commissie overtuigd van het nut van een eenvormig identificatiesysteem gezien de mobiliteit van de gezondheidszorgbeoefenaars, met name voor de dienstverleners. Ze zou de erkenningsprocedure die vaak drie maanden duurt sterk kunnen versnellen en zo de validatie van de deskundigheden geëist door zowel de lidstaten die de migranten herbergen als door hun potentiële werkgevers, toelaten. Ze zou trouwens geïmplementeerd moeten worden in het IMI-systeem. Het ontwikkelen van deze kaart roept evenwel veel vragen op. Niet alleen lijkt het technisch moeilijk een uniform systeem uit te werken, bovendien rijst duidelijk de vraag van de kostprijs om het te creëren en het daarna functioneel betrouwbaar te houden. Toch is gepland dat begin 2011 een stuurgroep opgericht wordt om de haalbaarheid van het project te bestuderen.

Bij het lezen van deze drie voorbeelden is één ding duidelijk : het aantal en de aard van de verbeteringen die aangebracht moeten worden zullen de meest resolute betrokkenheid van de geraadpleegde bevoegde overheden vergen opdat de gezondheidszorgbeoefenaars in de toekomst minder moeilijkheden zouden ondervinden wanneer ze hun beroepskwalificaties in een andere lidstaat willen laten erkennen.

De discussie die volgde op deze interessante uiteenzetting heeft van haar kant niet alleen de overduidelijke belangstelling van de deelnemers voor de aangesneden kwesties aangetoond, maar eveneens de moeilijkheden waaraan nog het hoofd geboden moet worden om ze op te lossen.

---

(1) Comité Permanent des Médecins Européens (Permanent Comité van Europese Artsen)

(2) 22 oktober 2010- ref. IP/10/1367 [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/evaluation\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/evaluation_en.htm)

(3) 27 oktober 2010 – Europese Commissie – Document COM (2010) 608 final

(4) DG Internal Market and Services – Directorate D – Knowledge based economy – Unit D4 – Professional qualifications

(5) [http://ec.europa.eu/internal\\_market/consultations/2011/professional\\_qualifications\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2011/professional_qualifications_en.htm)

(6) Internal Market Information System” of Informatiesysteem Interne Markt. IMI is een beveiligde online-toepassing waarmee **nationale, regionale en lokale overheden** snel en gemakkelijk met hun partners in het buitenland kunnen **communiceren**. IMI is zonder speciale software via internet toegankelijk. Zie ook de Tijdschriften van de Nationale Raad nr. 116, juni 2007, p. 14 en nr. 119, maart 2008, p. 9.

## **Vergadering van de Raad van de WMA (World Medical Association) van mei 2010**

Prof. dr. A. Herchuelz

Dr. J. L. Desbuquoit

De vergadering van Evian werd gekleurd door twee bijzondere gebeurtenissen.

De eerste was de recente opsluiting in de gevangenis (april 2010) van de verkozen voorzitter van de WMA, dr. Ketan Desai (India) wegens corruptie. Dr. Desai is de voorzitter van de Indische Artsenvereniging en zou een aanzienlijke som geld op zijn persoonlijke rekening laten storten hebben voor de erkenning van een plaatselijke artsenvereniging. Vraag was hoe de WMA moest reageren : een nieuwe voorzitter aanwijzen of wachten op een vonnis.

Het woord werd gegeven aan de Indische afvaardiging die verklaarde dat er sprake was van een complot door het Indische ministerie van Volksgezondheid tegen dr. Desai. Deze laatste is een vurige voorvechter van de medische zaak en wordt unaniem geapprecieerd door zijn collega's in India. Om dokter Desai te kunnen dwarsbomen en om zijn beslissingen te kunnen opleggen aan de artsen heeft het ministerie een nepverzoek geënceneerd en, buiten het medeweten van dr. Desai, een som gestort op diens rekening om hem te kunnen beschuldigen en in de gevangenis op te sluiten. Er werd beslist om te wachten tot de volgende vergadering van de WMA (oktober 2010) alvorens te beslissen of dr. Desai vervangen dient te worden.

De tweede had betrekking op een verklaring van de WMA in verband met de samenwerking tussen artsen en apothekers. Deze verklaring werd besproken in het 'Socio-Medical Affairs Committee' en de Duitse afvaardiging had gevraagd de volgende zin toe te voegen aan de verklaring : "Het recht om geneesmiddelen voor te schrijven zou uitsluitend onder de bevoegdheid van de arts mogen vallen."

Tijdens de vergadering had de IJslandse afvaardiging gevraagd deze zin in te trekken omdat hij strijdig was met de in haar land bestaande situatie. Dit voorstel leidde tot een zeer levendig debat waarin een grote kloof zichtbaar werd tussen enerzijds de Angelsaksische en Scandinavische landen (die voor de intrekking van de zin waren) en anderzijds de Romaanse, Germaanse en Aziatische landen (die voor het behoud van de zin waren). Het voorstel om de zin in te trekken werd ter stemming voorgelegd en werd verworpen (13 stemmen tegen, 8 stemmen voor en 1 onthouding) ! Hierop zei de Canadese afvaardiging dat er sprake moest zijn van een vergissing, dat het resultaat van de stemming niet het tegenovergestelde moest zijn en dat er opnieuw gestemd moest worden !! Er heeft dan een 2de discussie plaatsgevonden over de vraag of er opnieuw gestemd moest worden. Uiteindelijk heeft de (Amerikaanse) voorzitter het voorstel om opnieuw te stemmen ter stemming voorgelegd en het resultaat van de stemming was 13 stemmen tegen en 9 stemmen voor !!! Het vervolg is voor het volgende nummer : de uiteindelijke goedkeuring kan pas plaatshebben in de algemene vergadering in oktober 2010. In een later tijdschrift zullen wij u op de hoogte brengen van de uiteindelijke beslissing.

De andere punten die behandeld werden tijdens de vergadering, waren de volgende :

### **1. Verslag van het 'Socio-Medical Affairs Committee'**

De volgende aanbevelingen werden goedgekeurd :

Goedkeuring door de Raad van de volgende standpuntvoorstellen van de WMA en mededeling aan de algemene vergadering met aanbeveling tot goedkeuring, over :

1. de achteruitgang van het leefmilieu en het gezond beheer van chemische producten
2. familiaal geweld
3. geweld tegen vrouwen en jonge meisjes.

Goedkeuring door de Raad van een belangrijke herziening van de Verklaring van Edinburgh over de gevangenisomstandigheden en de verbreiding van tuberculose en andere overdraagbare ziektes. De Britse Artsenvereniging heeft zich samen met het Internationaal Comité van het Rode Kruis als vrijwilliger opgegeven om aan de herziening te werken.

Verspreiding door de Raad aan de stichtende leden voor commentaar van het voorstel tot herziening van de resolutie van de WMA over medische zorg voor vluchtelingen en intern ontheemden.

### **Punten uitgetrokken voor individuele studie**

Het voorschrijven van geneesmiddelen en de relatie tussen arts en apotheker bij de medische behandeling.

De punten "het voorschrijven van geneesmiddelen" en "de relatie tussen arts en apotheker bij de medische behandeling" werden beide uitgetrokken en er werd opgemerkt dat ze met elkaar verbonden zijn. De nieuwe tekst die toegevoegd werd aan paragraaf 2 van het voorstel tot herziening van de resolutie van de WMA over de relatie tussen arts en apotheker bij de medische behandeling gaf aanleiding tot een debat. Deze zin luidde : "Het recht om geneesmiddelen voor te schrijven zou uitsluitend onder de bevoegdheid van de arts mogen vallen."

De ingediende motie om deze zin te schrappen, werd niet goedgekeurd : 8 stemmen voor, 13 tegen, 1 onthouding.

De originele aanbeveling 2.3.1. (zie hierboven) werd aanvaard : 13 stemmen voor en 9 stemmen tegen deze aanbeveling.

### **Voorstel voor een conferentie over de primaire gezondheidszorg**



De werkgroep 'lobbying' heeft de Raad verzocht zijn goedkeuring te hechten aan het voorstel om begin maart 2011 een conferentie te organiseren over de primaire gezondheidszorg. Als locatie werd Tupelo in Mississippi, Verenigde Staten, voorgesteld. Na discussie werd beslist een kleine werkgroep op te richten om dit idee te bestuderen, de haalbaarheid ervan na te gaan en te bekijken of financiële steun mogelijk is van andere internationale organisaties die betrokken zijn bij de primaire gezondheidszorg. Indien beslist wordt de conferentie te organiseren, zal deze werkgroep de locatie bepalen. De Duitse, Canadese, Australische en Britse Artsenverenigingen hebben zich opgegeven als vrijwilliger voor deze werkgroep. De voorzitter van de Raad zal de leden en de voorzitter van deze groep aanwijzen.

De Braziliaanse Artsenvereniging heeft voorgesteld een werkgroep op te richten om na te gaan of de WMA een grotere rol kan spelen bij de hulpverlening aan slachtoffers van rampen. De secretaris-generaal heeft aan de Artsenvereniging gevraagd een document voor te bereiden alvorens na te denken over een toekomstige werkgroep.

## **2. Verslag van het 'Finance and Planning Committee'**

De voorlopige financiële balans voor 2009 werd goedgekeurd.

Er werd beslist de volgende vergadering van de Raad te houden in Sydney van 7 tot 9 april 2011.

Er werd beslist in te stemmen met de organisatie van een deskundigenvergadering begin 2011 in Dubai in samenwerking met de Artsenvereniging van de Emiraten.

Voorlegging door de Raad aan de algemene vergadering van de kandidatuur van de Artsenvereniging van Mozambique als stichtend lid, met de aanbeveling de vereniging te aanvaarden als lid van de WMA.

Goedkeuring van het herziene voorstel van de werkgroep over de hervorming van de buitengewone leden.

Intrekking van het voorstel over de stemprivileges van de voorzitter van de Raad van de WMA met de eruit voortvloeiende wijzigingen van de statuten.

Consolidatie van de beleidsdocumenten van de WMA waarbij toestemming gegeven wordt aan de werkgroep om de voorgestelde consolidatie van de beleidsdocumenten van de WMA te verwezenlijken door van vier naar twee documenten te gaan, en mededeling van het voorstel aan de stichtende leden voor commentaar.

Goedkeuring om verder te gaan met het uitwerken van verschillende opties voor een presentatiemodel voor nieuwe beleidslijnen.

### **Strategisch plan van de WMA**

De Amerikaanse Artsenvereniging heeft uitleg gevraagd over de procedure voor de uitwerking van het strategisch plan van de WMA, met de wens dat de Raad een impact op het plan zou hebben. De secretaris-generaal heeft verklaard dat het plan altijd openstaat voor bijdragen en dat alle leden van de Raad op elk ogenblik ideeën mogen voorstellen. De Britse Artsenvereniging heeft de studie aanbevolen van een 5-jarenplan door de WMA waarbij elk jaar prioriteiten gesteld worden afhankelijk van de gebeurtenissen in de wereld op dat moment. De secretaris-generaal heeft geantwoord dat dit het uitgangsmodel was op informeel niveau maar dat het geformaliseerd zou kunnen worden voor de Raad. Verschillende leden van de Raad hebben zich uitgesproken in het voordeel van deze aanpak. De secretaris-generaal heeft er eveneens op gewezen dat in juni van start gegaan zal worden met een sociale werkgroep als onderdeel van de Internetsite en dat de leden via dit netwerk betrokken zouden kunnen worden bij de uitwerking van het strategisch plan. Er werd voorgesteld een halve dag vóór de algemene vergadering uit te trekken om het strategisch plan te bespreken. De secretaris-generaal heeft daarop uitgelegd dat er daarvoor niet voldoende tijd zou zijn en dat het dus zeer belangrijk is dat het strategisch plan nagenoeg voltooid zou zijn wanneer het uitvoerend comité bijeenkomt juist vóór de algemene vergadering. De voorzitter van de Raad heeft opgemerkt dat de suggesties via e-mail bezorgd dienen te worden aan de secretaris-generaal.

De voorzitter van het 'Finance and Planning Committee' heeft erop gewezen dat in de bespreking van het strategisch plan ook aandacht zal gaan naar de planning van het 'World Medical Journal'.

## **3. Verslag van het 'Medical Ethics Committee'**

De volgende aanbevelingen werden genomen :

Herbevestiging door de Raad van de Verklaring betreffende de beginselen die de gezondheidszorg in de sportgeneeskunde regelen.

Overdracht aan een werkgroep van de standpuntinname van de WMA over gezondheidszorg op het levenseinde.

Punten uitgetrokken voor individuele studie :

### **Placebogebruik in het medisch onderzoek**

Dr. Parsa Parsi heeft gevraagd een aanbeveling betreffende de aanwijzing van een werkgroep op te nemen in de lijst van de aanbevelingen voor de Raad.

De bijkomende aanbevelingen waren opgenomen in de schriftelijke en mondelinge verslagen aan het Comité. De Raad heeft de volgende reeks gewijzigde aanbevelingen afkomstig van het Comité goedgekeurd :

- het uitwerken van een strategie voor de voortzetting van de discussies,
- het herschrijven van § 32 van de Verklaring van Helsinki, wat een toekomstige herziening van de hele Verklaring zou vergemakkelijken,
- het overwegen van een deskundigenconferentie in juli 2011 in Tokyo, Japan,
- het opnieuw aanwijzen van een werkgroep om de werkzaamheden op dit gebied voort te zetten.

De Artsenverenigingen van Brazilië, Denemarken, Duitsland, Amerika, Japan en het Artsensyndicaat van Uruguay hebben zich voorgesteld als vrijwilliger om een werkgroep op te richten. De voorzitter van de Raad zal de leden en voorzitter van deze groep aanwijzen.

### **Verklaring van Tokyo**

Er werd aan de Raad gevraagd de ICRC op te nemen in de groep die belast is met de herziening van het voorstel voor de ontwikkeling van een opvolgings- en rapporteringsmechanisme waarmee de toetreding van de staten tot de Verklaring van Tokyo en commentaar gecontroleerd kan worden. De Raad heeft de volgende aanbeveling goedgekeurd :

Medewerking van de Deense en Britse Artsenverenigingen om het voorstel, in overleg met het ICRC, te herzien rekening houdend met de middelen en andere eisen, met de doelstellingen van de WMA en de geuite bezorgdheden alsook met de suggesties die gedaan werden gedurende de vergadering van het Comité.

17

## **4. Werkzaamheden van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO)**

Aan de Raad werd mondeling verslag uitgebracht van de agenda van de 63ste Assemblee van de WGO.

Dr. Julia Seyer liet weten dat in verband met het probleem van de namaak van medische producten sommigen beweerden dat de WGO geen enkele bevoegdheid had om zich hiermee in te laten omdat het voornamelijk gaat over een kwestie van intellectuele eigendom die dus behandeld moet worden door de Wereld Handelsorganisatie. Een campagne om meer bevoegdheid voor de WGO te verwerven met als argument dat het een kwestie van volksgezondheid is, heeft een eerste aanzet tot een resolutie gegeven. Het statuut van de resolutie is evenwel nog onzeker en zal niet gekend zijn voor het einde van de week.

Het tweede hoofdpunt betrof een resolutie over een praktijkcode om de negatieve gevolgen van de medische migratie op te vangen rekening houdend met de noden van de gezondheidswerknemers en van de herkomst- en ontvangstlanden. Er worden echter discussies gevoerd over het schrappen van de woorden "migratie" en "ethische werving", waardoor het document fel afgezwakt zou worden.

## **5. Andere dossiers**

De Britse Artsenvereniging heeft de Raad eraan herinnerd dat de wereldconferentie van de WGO over de sociale gezondheidsdeterminanten plaatsvindt in 2011. Het is van kapitaal belang dat de WMA erop toeziet dat het programma van deze conferentie rekening houdt met de stem van de artsen. De volgende 10 jaar kan men zich eraan verwachten dat de staten veel geld zullen investeren in alles wat te maken heeft met de sociale gezondheidsdeterminanten en de artsen moeten deelnemen aan de discussies. Dr. Nathanson heeft voorgesteld om via het secretariaat een artikel te laten rondgaan dat dr. Michael Marmot zal voorbereiden over dit thema, zodat de groep die belast is met de lobbyingwerkzaamheden de inspanningen van de WMA kan coördineren. De voorzitter heeft dit voorstel aanvaard.

Dr. Seyer heeft meegedeeld dat de WMA nauw samengewerkt heeft met het wereldnetwerk van gezondheidsredacteuren dat een gids uitgebracht heeft over alfabetisering en gezondheid en een sensibilisatiegids. Beide zullen beschikbaar zijn op de internetsite van de WMA.

## **European Forum of Medical Associations (EFMA) – WHO – Meeting St Petersburg – 19-21 september 2010**

Dr. J.L. Desbuquoit  
Prof. dr. A. Herchuelz

### **Vooreerst wat uitleg over het EFMA.**

In 1984 nodigde de regionale (Europa) directeur van de WHO (World Health Organisation) de NMA's (National Medical Associations) van die regio Europa uit om jaarlijks problemen inzake gezondheid, eigen aan de regio, te bespreken.

In het verlengde daarvan werd het EFMA in 1991 officieel opgericht in Helsinki.

Veel deelnemende landen behoorden tot het voormalige Oostblok, de zogenaamde NIS (Newly Independent States) en waren toen (nog) geen lid van andere organisaties zoals de CPME (Comité Permanent des Médecins Européens) en de WMA (World Medical Association).

De meeting van EFMA-WHO vond dit jaar plaats te St. Petersburg in Rusland van 19 tot 21 september, en dit in het prestigieuze regionaal parlamentsgebouw met aldaar onthaal o.m. door de lokale overheid en door mevrouw Jakab, WHO- Europe Regional Director.

De Nationale Raad stuurde twee van zijn leden naar die meeting : prof. dr. A. Herchuelz en dr. J. L. Desbuquoit.

Aanvankelijk werden er drie parallelle workshops gehouden:

- "Social disparities in health"
- "Information management systems in health"
- "Patient safety: from medical liability to critical incident reporting"

De delegatie van de Nationale Raad was aanwezig op deze laatste workshop.

De heer Bartolo, advocaat en hoogleraar, besprak namens de Portugese Medical Association, de situatie in zijn land.

In Portugal bestaat er nog geen systeem van "objectieve" aansprakelijkheid (het zogenaamde "no fault"-systeem) tenzij in vier omstandigheden, met name bij experimenten, bij donatie van organen of weefsels, bij blootstelling aan radiumbestraling en bij aansprakelijkheid van de ziekenhuizen (voor de artsen zelf, werkzaam in ziekenhuizen, blijft de klassieke "subjectieve" aansprakelijkheid van toepassing).

Aangedrongen wordt op de noodzaak van het rapporteren van kritische incidenten teneinde verdere preventie van accidenten of fouten. Bij dergelijke rapportering wordt de vrees voor zelfbeschuldiging vermeden door de procedure strikt te scheiden van een eventuele procedure van vervolging.

Dr. Thomeczek (Duitsland) wees op de analogie tussen het rapporteren van medische incidenten en het rapporteren van incidenten in de luchtvaartsector (Aviation / Critical incident reporting).

Ten slotte gaf Dr. Rohe (Duitsland) een uiteenzetting over het "CIRS" (Critical Incident Reporting System) dat in Duitsland, en thans ook in samenwerking met Oostenrijk en Zwitserland, uitgegroeid is tot een performant systeem ter preventie van medische accidenten en fouten (cf. [www.CIRSmedical.de](http://www.CIRSmedical.de)).

Verder waren er drie gezamenlijke vergaderingen:

### **Sectie 1:**

Hier werden uiteenzettingen gehouden over diverse thema's:

"Helping people take control - Change4life-program and the obesity epidemic in the UK", door Dr. Nathanson – British Medical Association.

"Chronic non-communicable diseases" (obesitas, alcohol, nicotine), door Dr. Moller – WHO.

"Influenza H1 N1 : status report and discussion" door Dr. Mercer – WHO.

Wat dit laatste onderwerp betreft, vernamen wij dat de WHO, geleet op de recente ervaring, de criteria voor de bepaling van de fasen (1 tot 6) van een griepandemie opnieuw zal evalueren en eventueel wijzigen.

### **Sectie 2: Logistic systems in emergency care.**

Hier viel de uiteenzetting van Dr. Arafat (Undersecretary of State – Ministry of Health – Romania) bijzonder op.

Hij gaf toelichting over de organisatie van de dringende hulpverlening in Roemenië.

Aldaar is er maar één noodnummer, de 112, en zijn alle andere oproepnummers afgeschaft.

Een volledige geïntegreerde samenwerking tussen politie en brandweer (departement binnenlandse zaken) enerzijds en medische hulpverleners (departement volksgezondheid) anderzijds in de callcenters van de 112 realiseert een zeer efficiënt overleg met het oog op de gepaste triage en snel uitsuren van de gepaste noodhulp.

### **Sectie 3:**

In deze sectie werden door de WHO-verantwoordelijken en door vertegenwoordigers van enkele nationale medische

associaties het beleid uiteengezet mbt het bestrijden van de consumptie van nicotine, het overmatig gebruik van alcohol en het ongefundeerd voorschrijven van antibiotica. Ook werden de gevolgen van de financieel-economische crisis op het gezondheidsbeleid besproken.

Ten slotte werd afgesproken dat de volgende meeting van het EFMA in juni 2011 zou doorgaan te Brussel.

Informatie over het EFMA is te vinden op [www.efma-forum.org](http://www.efma-forum.org) of [www.efma-forum.com](http://www.efma-forum.com)

## **WMA – General Assembly (Vancouver, 13-16 oktober 2010)**

Dr. J.L. Desbuquoit  
Prof. dr. A. Herchuelz

Voor een omstandige uiteenzetting van de geschiedenis, de structuur en de organisatie van de WMA (World Medical Association) kan men best terecht bij het Tijdschrift van de Nationale Raad nr. 113 blz. 11 met de bijdrage “Kennismaken met de Internationale Medische Associaties” van prof. dr. G. De Roy.

De WMA hield haar jaarlijkse “General Assembly” in Vancouver (Canada – Provincie British Columbia). Twee leden van de Nationale Raad namen deel aan die “General Assembly”: prof. dr. A. Herchuelz en dr. J.L. Desbuquoit.

U vindt hier een samenvatting van de werkzaamheden tijdens die bijeenkomst in Vancouver.

Vooreerst zijn er de vergaderingen van de “Standing Committees” (Medical Ethic Committee, Socio-Medical Affairs Committee, Finance and Planning Committee), waar documenten worden voorbereid.

In de Raad (“Council”) worden die documenten dan besproken en wordt beslist welke van die documenten, in een zo nodig aangepaste versie, ter goedkeuring zullen worden voorgelegd aan de algemene vergadering.

De Raad beslist ook over de voorlegging aan de algemene vergadering van documenten opgesteld door werkgroepen die belast waren met het bestuderen van een zeer specifieke materie.

Ditmaal werden de volgende documenten goedgekeurd door de algemene vergadering:

### **1. “Statement on environmental degradation and sound management of chemicals”**

(document van het Socio-Medical Affairs Committee).

In dit document wordt gepleit voor:

- sensibilisatie en aansporing van de overheden met het oog op de efficiënte en coherente reglementering ter zake,
- betere praktijken en methodes in het gebruik van chemische producten, waarbij ook streven naar de toepassing van veiligere alternatieve producten en ook naar veilige en duurzame verwerking van de afvalproducten,
- eveneens reductie van het aandeel van farmaceutische producten in de problematiek van de afvalproducten,
- de medewerking van de nationale medische associaties ter verwezenlijking van die doelstellingen.

### **2. “Statement on family violence”**

(document van het Socio-Medical Affairs Committee).

Hierin de volgende aanbevelingen:

- Alle artsen zouden een gepaste opleiding moeten krijgen met het oog op de medische, sociologische, psychologische en preventieve aspecten in deze materie.
- De nationale artsverenigingen zouden de coördinatie van acties tegen die problematiek alsook het wetenschappelijk onderzoek in die materie moeten aanmoedigen en steunen.
- De artsen moeten steeds alert zijn voor en aandacht schenken aan alarmerende tekens.

### **3. “Resolution on violence against women and girls”**

(document van het Socio-Medical Affairs Committee).

In dit document wordt een brede definiëring uitgewerkt van (de term) “violence” en worden de gevolgen ervan nagegaan. Een uitgebreide reeks acties worden voorgesteld, die de WMA en de artsen kunnen ondernemen op medisch en maatschappelijk vlak ter bestrijding van die problematiek.

### **4. “Statement on the relationship between physicians and pharmacists in medical therapy”**

Dit document werd door de “Icelandic Medical Association” via de Raad (“Council”) voorgelegd aan de algemene vergadering.

In het document wordt een analyse gemaakt van de verantwoordelijkheden van de arts en van de apotheker, met als conclusie dat goede samenwerking met respect voor elkaars bevoegdheden het beste is ten dienste van de patiënt.

### **5. “Resolution on drug prescription”**

Dit document werd opgesteld en voorgelegd door een werkgroep onder leiding van de “Consejo General de Colegios Médicos de España”.

Hierin worden volgende principes weerhouden:

- Een voorschrift moet steunen op een correcte diagnose van de gezondheidstoestand en moet opgesteld worden door hen die met succes een volledige opleiding hebben genoten met betrekking tot de fysiopathologie, de diagnostische methodes en de behandeling van de ziekte in kwestie.
- Een arts is de meest bevoegde persoon om autonoom geneesmiddelen voor te schrijven.
- In sommige landen laat de wetgeving toe dat andere beroepsbeoefenaars, meestal met een complementaire opleiding en meestal onder medische supervisie, geneesmiddelen voorschrijven in bepaalde omstandigheden.

Zoals gemeld door prof. dr. Herchuelz in zijn verslag over de vergadering van de Raad ("Council") in Evian in mei 2010, was deze materie toen reeds het voorwerp van vrij felle discussie.

Deze resolutie is uiteindelijk een compromis tussen twee stellingen: enerzijds, voor een voorschrift is een arts uitsluitend bevoegd (stelling van de Latijnse, Germaanse en Aziatische landen), en, anderzijds, voor een voorschrift is een arts niet exclusief bevoegd (stelling van de Angelsaksische en Scandinavische landen). Te noteren dat in België de wet (KB nr. 78, artikel octiesdecies, § 3) stelt dat vroedvrouwen onder de voorwaarden bepaald door de Koning sommige geneesmiddelen autonoom kunnen voorschrijven.

#### **6. "Statement on medical care for refugees, including asylum seekers, refused asylum seekers and undocumented migrants, and internally displaced persons"**

Dit document werd voorgesteld door de Zweedse medische associatie.

Volgend standpunt wordt er in verwoord:

- Welke het statuut van de patiënt ook weze, de artsen moeten de gepaste zorg toedienen en de overheid mag die verzorging niet hinderen.
- De "Nationale Medische Associaties" moeten actief dat recht op verzorging steunen en alle wetgeving en praktijken, die dat fundamenteel recht schenden, afkeuren.

#### **Nog te noteren tijdens die algemene vergadering:**

- Verkiezing van de WMA-voorzitter 2010-2011: dr. Wonchat SUBHACHATURAS (Medical Association of Thailand).
- Beslissing voor volgende "General Assembly": Montevideo (Uruguay) – 12 tot 15 oktober 2011.
- Aanvaarding van twee nieuwe leden van de WMA: Mozambique en Servië.

Ten slotte valt ook nog te noteren dat men meer gedetailleerde informatie over die algemene vergadering alsook informatie over de werkzaamheden van de WMA in het algemeen kan vinden op de website: [www.wma.net](http://www.wma.net)



## COLOFON

---

### ORDE VAN GENEESHEREN

Nationale Raad,  
de Jamblinne de Meuxplein 34-35, 1030 Brussel,  
Tel. 02/743.04.00—Fax: 02/735.35.63  
E-mail: [info@ordomedic.be](mailto:info@ordomedic.be)—Internetsite: <http://www.ordomedic.be>

### HOOFDREDACTEURS

Dr. P. Beke, Prof. dr. G. Rorive

### VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

Prof. dr. W. Michielsens, dr. J. Noterman,  
de Jamblinne de Meuxplein 34-35, 1030 Brussel,

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.