TIJDSCHRIFT
VAN DE
NATIONALE RAAD

ORDE VAN GENEESHEREN

TRIMESTRIEEL TIJDSCHRIFT

MAART 2014

NR. 144

INHOUDSTAFEL

WOORD VOORAF

1 *Prof. dr. R. Kramp*

ADVIEZEN VAN DE NATIONALE RAAD

3 - Rijgeschiktheid – Aansprakelijkheid van een arts

- De schenking van de naakte eigendom van de aandelen van een artsenvennootschap aan een niet-arts

- Inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen

- Voorschrijven van benzodiazepines of morfinederivaten tijdens de huisartsenwacht

PERSMEDEDELING

8 Nieuwe regeling voor de wachtdiensten

MEDISCH RECHT

9 Uittreksel uit *"Paroles de médecins – paroles de juristes", 2013*

Medisch geheim en justitie

Benoît Dejemeppe

INTERNATIONALE KRONIEK

25 - Vergadering van de CEOM te Parijs – 6 december 2013

Dr R. Kerzmann – A.S. Sturbois

- De aanwezigheid van de Nationale Raad binnen de internationale medische associaties

Dr. R. Kerzmann

- Kort verslag van de CPME-vergadering te Boekarest - 22 en 23 november 2013

Prof. dr. B. Spitz

WOORD VOORAF

In dit Tijdschrift worden vier **adviezen** van de Nationale Raad gepubliceerd in verband met de wettelijke taken van een arts in het kader van de rijgeschiktheid van een patiënt, de bijzondere problemen die voortvloeien uit vennootschappen die opgericht worden tussen artsen en de relatie ervan met niet -artsen en de verslavingsproblemen waarmee de huisartsenwachtdienst wordt geconfronteerd. Voorts wordt in dit Tijdschrift een belangrijke **persmededeling** gepubliceerd. Het betreft het antwoord van de Nationale Raad op een ministerieel voorstel tot afschaffing van het wettelijke voorrecht van de Nationale Raad om toezicht te houden op de waarborg van de continuïteit van de zorg tijdens de wachtdienst. De rubriek **medisch recht** bevat een artikel aangaande het medisch recht en justitie dat het gehele artsenkorps aanbelangt. De traditionele rubriek **internationale kroniek** is gewijd aan de laatste vergaderingen van de ECMO en de CPME en een beschrijving van de verschillende internationale medische organisaties.

Adviezen van de Nationale Raad. *Rijgeschiktheid – Aansprakelijkheid van een arts.* Een persoon die een rijbewijs wenst te behalen, dient een verklaring te ondertekenen waarin hij op zijn woord van eer bevestigt lichamelijk en psychisch geschikt te zijn om een voertuig te besturen. Mocht dit niet het geval zijn, kan hij een beroep doen op een arts naar keuze. Deze moet de kandidaat inlichten over zijn eventueel voorbehoud voor de rijgeschiktheid en dient hiervan melding te maken in het medisch dossier krachtens de wet betreffende de rechten van de patiënt. Indien de arts een rijongeschiktheid vaststelt bij een houder van een rijbewijs moet hij deze laatste daarvan op de hoogte brengen en hem voorstellen zijn rijbewijs in te leveren dan wel te laten aanpassen. Het is de algemene plicht van de arts zorgvuldig te werk te gaan op dit gebied.

De schenking van de naakte eigendom van de aandelen van een artsenvennootschap aan een niet-arts (in het kader van familiale vermogensplanning*).* De Nationale Raad heeft beslist de strikte interpretatie van artikel 162, §5, van de Code van geneeskundige plichtenleer te versoepelen door toe te laten dat de aandelen van een artsenvennootschap kunnen worden opgedeeld in naakte eigendom en vruchtgebruik, mits het inbouwen van de nodige garanties in de statuten. Deze statuten dienen te worden voorgelegd aan de provinciale raad die uiteindelijk beslist of het project wordt aanvaard. Het spreekt vanzelf dat de arts die voor een splitsing van aandelen kiest, de volledige verantwoordelijkheid draagt.

Inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen. Net als voor het vorige advies heeft de Nationale beslist de strikte interpretatie van artikel 162, §5, van de Code van geneeskundige plichtenleer te versoepelen door de inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen toe te laten, mits het inbouwen van de nodige garanties in de statuten. Deze statuten dienen te worden voorgelegd aan de provinciale raad die uiteindelijk beslist of het project wordt aanvaard. Het spreekt vanzelf dat de arts die voor een splitsing van aandelen kiest, de volledige verantwoordelijkheid draagt.

Voorschrijven van benzodiazepines of morfinederivaten tijdens de huisartsenwacht. In dit advies wijst de Nationale Raad nogmaals op de deontologische plicht om in alle omstandigheden de continuïteit van de zorg te waarborgen tijdens de huisartsenwachtdienst, ook wanneer er sprake is van een verslavingsprobleem. Dit laatste vergt een voorzichtige aanpak door de wachtarts die de patiënt de nodige informatie moet verstrekken. Er dient opgemerkt dat de wachtarts niet kan weigeren benzodiazepines of morfinederivaten voor te schrijven, maar het voorschrift moet beperkt zijn tot “de kleinste verpakking en de kleinste dosering”. Tot slot moet de wachtarts de behandelend arts of de gespecialiseerde zorgstructuur ervan in kennis stellen dat hij de patiënt heeft behandeld tijdens de wachtdienst.

Persmededeling. In deze rubriek maakt de Nationale Raad melding van een ministerieel voorstel dat een nieuwe regeling voor de wachtdiensten invoert en een belangrijke bevoegdheid van de Orde van geneesheren afschaft, namelijk het waarborgen van de zorg tijdens de wachtdienst. Deze bevoegdheid is vastgelegd in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (art. 8, § 1, 3de lid). De Nationale Raad verwerpt dit voorstel tot wijziging van het voornoemde koninklijk besluit door te onderstrepen dat het principe van de continuïteit van de zorg één van de belangrijkste deontologische principes is dat door iedere arts in alle omstandigheden dient te worden gerespecteerd om de patiënten kwaliteitsvolle zorg te verstrekken. Artikel 38, § 3, a), van het koninklijk besluit nr. 78 kent aan de provinciale raden van de Orde van

geneesheren de bevoegdheid toe tuchtmaatregelen op te leggen wanneer deze deontologische plicht niet wordt geëerbiedigd.

Medisch recht. Artsen worden vaak geconfronteerd met problemen betreffende het medisch geheim dat een essentieel beginsel is van de zo bijzondere vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. De medische geheimhouding is een wezenlijke deontologische plicht voor iedere arts. Deze deontologische plicht wordt nog kracht bijgezet door de wettelijke plicht inzake het beroepsgeheim waaraan "*geneesheren, heelkundigen, officieren van gezondheid*, *enz.*" gehouden zijn krachtens het Strafwetboek. Er dient echter te worden opgemerkt dat het begrip geheim niet absoluut is. De wet bepaalt immers dat een vertrouwelijke mededeling in bepaalde omstandigheden dient te worden onthuld. Dit geldt voor iedere arts. Het is dus belangrijk te weten wat de omstandigheden zijn waarin het geheim wordt opgeheven. In dit verband schreef de heer Benoît Dejemeppe, raadsheer bij het Hof van Cassatie en voorzitter van de Nationale Raad, een zeer boeiend artikel "***Medisch geheim en justitieò*** dat een antwoord verstrekt op de vragen van het artsenkorps dat doorgaans weinig of onvoldoende is geïnformeerd op dit gebied. De eerste drie hoofdstukken gaan in op "De grondslagen van het medisch geheim", "De personen gehouden aan het geheim" en "De gegevens die onder het geheim vallen". Het vierde hoofdstuk "Wanneer de wet verplicht of toelaat te praten" behandelt de delicate kwestie voor iedere arts om het beroepsgeheim geheel of gedeeltelijk op te heffen. Het vijfde hoofdstuk ten slotte "De arts, het medisch geheim en justitie", heeft betrekking op, enerzijds, de verschijning van de arts in rechte waarbij de verschillende situaties worden besproken en, anderzijds, de modaliteiten voor de inbeslagname van het medisch dossier. Elk hoofdstuk wordt gestoffeerd met praktische voorbeelden.

Internationale kroniek. *Vergadering van de Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM) in Parijs op 6 december 2013.* De belangrijkste onderwerpen die werden besproken tijdens deze vergadering, onder het voorzitterschap van dr. R. Kerzmann, afgevaardigde van de Nationale Raad, hadden betrekking op de belangrijke wijzigingen die onlangs door de World Medical Association (WMA) werden aangebracht in de "Verklaring van Helsinki", de "Europese medische demografie" met inbegrip van de actie betreffende de planning van het gezondheidspersoneelbestand en een analyse van de migratiestromen van dit personeel, "het probleem van de aanvullende of alternatieve geneeswijzen" en tot slot de toepassingsmodaliteiten voor "telegeneeskunde in de grensoverschrijdende gezondheidszorg".

In een tweede artikel, *"De aanwezigheid van de Nationale Raad binnen de internationale medische associaties",* worden de doelstellingen en de werkzaamheden van verschillende internationale medische organisaties uiteengezet. Een actuele belichting van deze organisaties was al een tijdje noodzakelijk. Met dit syntheseartikel krijgt het artsenkorps een totaaloverzicht van de internationale medische organisaties die zich voornamelijk bezighouden met problemen inzake medische ethiek en plichtenleer en een kijk op de internationale betrokkenheid van de Nationale Raad.

Professor Spitz heeft als afgevaardigde van de Nationale Raad deelgenomen aan de *vergadering van het CPME in Boekarest eind november 2013* en de belangrijkste punten die er besproken werden, samengevat. De nadruk wordt gelegd op het feit dat het CPME er als medische organisatie naar streeft de bevoorrechte relaties met de Europese Commissie en het Europese Parlement in stand te houden. Verder tracht het CPME in de toekomst de vertegenwoordiging uit te breiden tot de tandartsen, verpleegkundigen, dierenartsen…

De volgende vergadering vindt plaats in april 2014 in Brussel.

Prof. dr. Ronald Kramp
Hoofdredacteur

VERGADERINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VAN 14 DECEMBER 2013 EN 1 FEBRUARI 2014

- Rijgeschiktheid ï Aansprakelijkheid van een arts (14/12/2013)

- De schenking van de naakte eigendom van de aandelen van een artsenvennootschap aan een niet-arts (14/12/2013)

- Inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen (14/12/2013)

- Voorschrijven van benzodiazepines of morfinederivaten tijdens de huisartsenwacht (01/02/2014)

Rijgeschiktheid ï Aansprakelijkheid van een arts
(14/12/2013)

TREFWOORDEN :
Meldingsplicht - Rijbewijs - Verantwoordelijkheid van de arts
DOCUMENTNAAM :
a144004n

Aan de Nationale Raad wordt een vraag gesteld inzake de problematiek rond de wettelijke taken van een arts betreffende de rijgeschiktheid van een patiënt.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 14 december 2013 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw e-mail van 14 november 2013 inzake de problematiek rond de wettelijke taken van een arts betreffende de rijgeschiktheid van een patiënt, besproken.

Voor het behalen van een rijbewijs type B of het aanvragen van een voorlopig rijbewijs dient een persoon overeenkomstig artikel 41, § 1, van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs een verklaring te ondertekenen waarin hij op zijn woord van eer bevestigt bij zijn weten niet te lijden aan een van de in bijlage 6, voorgeschreven voor de groep 1, genoemde lichaamsgebreken of aandoeningen. Deze verklaring omvat een gedeelte betreffende de algemene lichamelijke en psychische geschiktheid en een gedeelte betreffende het gezichtsvermogen.

Paragraaf 2 van hetzelfde artikel stelt dat de kandidaat die oordeelt dat hij het gedeelte van de verklaring betreffende de algemene lichamelijke en psychische geschiktheid niet kan ondertekenen, een onderzoek ondergaat bij een vrij gekozen arts.

Betreffende het meedelen aan de betrokkene van de plicht tot het inleveren of het laten aanpassen van zijn rijbewijs bij de bevoegde administratieve instanties stelt het artikel 46, § 1, van het koninklijk besluit van 23 maart 1998: "Indien de geneesheer bedoeld in de artikelen 41, § 2, 44, §§ 1 en 4 en 45 vaststelt dat de houder van een rijbewijs niet meer beantwoordt aan de in bijlage 6 vastgestelde geneeskundige normen, moet hij de belanghebbende op de hoogte stellen van de verplichting om zijn rijbewijs overeenkomstig de bepalingen van artikel 24 van de wet in te leveren bij de overheid bedoeld in artikel 7."

Een letterlijke interpretatie van deze bepaling leidt tot de conclusie dat een arts slechts wettelijk verplicht is de patiënt van deze verplichting op de hoogte te brengen indien de patiënt bij het bekomen van een (voorlopig) rijbewijs toepassing heeft gemaakt van artikel 41, § 2, d.i. een onderzoek heeft laten uitvoeren door een vrij gekozen arts.

Ingeval de persoon een verklaring heeft ondertekend overeenkomstig § 1, is er van de tussenkomst van een vrij

gekozen arts geen sprake en heeft de arts, wanneer hij vaststelt dat de patiënt niet (meer) aan de wettelijk omschreven voorwaarden inzake de medische rijgeschiktheid voldoet, niet de wettelijke verplichting de patiënt hierover in te lichten.

Dezelfde redenering kan gevolgd worden betreffende de opstelling van het model VII Rijgeschiktheid voor de kandida(a)t(en) voor het rijbewijs groep 1. Artikel 41, § 2, van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 maakt slechts melding van de invulling van dit document door de arts - of overeenkomstig artikel 45 door het CARA (Centrum voor Rijgeschiktheid en voertuigAanpassing) - ingeval een persoon die een (voorlopig) rijbewijs wil bekomen, van mening is geen verklaring overeenkomstig artikel 41, § 1, te kunnen afleggen.

Door het uitblijven van rechtspraak hieromtrent, blijft de vraag hoe deze bepalingen precies dienen te worden geïnterpreteerd, onbeantwoord.

In antwoord op uw vragen en verder bouwend op het advies van de Nationale Raad van 13 juli 2013 "Rijgeschiktheid - Meldingsplicht en medeverantwoordelijkheid van de arts" (TNR nr. 142) stelt de Nationale Raad u daarom het volgende.

Een arts heeft vooreerst op grond van artikel 7 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt de verplichting de patiënt in te lichten over de gezondheidstoestand, alsook de vermoedelijke evolutie hiervan. Een arts die zijn patiënt niet inlicht over de medische rijgeschiktheid, doet afbreuk aan dit patiëntenrecht. Indien de arts bovendien geen melding maakt van deze informatie in het patiëntendossier, doet de arts afbreuk aan het recht van de patiënt op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier, zoals gewaarborgd door artikel 9 van de wet van 22 augustus 2002.

De arts is bovendien deontologisch verplicht de patiënt in te lichten betreffende het voorbehoud over de medische rijgeschiktheid van de patiënt, desgevallend het formulier "model VII Rijgeschiktheid voor de kandida(a)t (en) voor het rijbewijs groep 1" in te vullen en hem erop attent te maken dat hij zijn rijbewijs dient in te leveren, dan wel te laten aanpassen.

Een dergelijke verplichting volgt ook uit de algemene zorgvuldigheidplicht die een arts steeds aan de dag dient te leggen bij de uitoefening van zijn beroep.
Of een arts die deze informatie niet verstrekt, het formulier niet invult, noch in zijn patiëntendossier daarvan melding maakt, verantwoordelijk kan gesteld worden indien de patiënt een ongeval veroorzaakt die zijn oorsprong vindt in zijn medische toestand, is niet in abstracto te stellen.

Het komt toe aan de bevoegdheid van de rechter om deze afweging van geval tot geval te maken. De rechter zal daartoe in eerste orde oordelen of de arts een fout heeft begaan. De (mede)-aansprakelijkheid van de arts is bijgevolg niet uitgesloten.
In tweede orde zal de rechter nagaan of er een causaliteit te vinden is tussen de schade ten gevolge van het ongeval van de patiënt en de fout van de arts.

Voor de arts die in toepassing van artikel 41, § 2 van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 de patiënt reeds heeft onderzocht, geldt sowieso de wettelijke verplichting de patiënt in te lichten betreffende het voorbehoud over de medische rijgeschiktheid van de patiënt, desgevallend het formulier "model VII Rijgeschiktheid voor de kandida(a)t(en) voor het rijbewijs groep 1" in te vullen en hem erop attent te maken dat hij zijn rijbewijs dient in te leveren, dan wel te laten aanpassen. In de regel impliceert het niet naleven van een wettelijke verplichting een fout.

De schenking van de naakte eigendom van de aandelen van een artsenvennootschap aan een niet-arts

(14/12/2013)

TREFWOORDEN :
Vennootschappen tussen artsen en met niet-artsen
DOCUMENTNAAM :
a144005n

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren spreekt zich uit over de schenking van de naakte eigendom van de aandelen van een artsenvennootschap aan een niet-arts in het kader van familiale vermogensplanning.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren werd de afgelopen maanden door verschillende partijen bevraagd over de toelaatbaarheid van de schenking van de naakte eigendom van de aandelen van een artsenvennootschap aan een niet-arts in het kader van familiale vermogensplanning.

Wat betreft de aandelen van een vennootschap stelt artikel 162, § 5, b), van de Code van geneeskundige plichtenleer in het bijzonder dat de provinciale raad in de overeenkomsten tot oprichting van een professionele vennootschap met rechtspersoonlijkheid bijzondere aandacht moet schenken aan bepalingen inzake "de verdeling van de deelbewijzen die enkel op naam en in het bezit mogen zijn van de vennoten die het beroep van arts uitoefenen of zullen uitoefenen in het kader van de vennootschap".

Artikel 162, § 5, wordt tot op heden strikt geïnterpreteerd. Hieruit volgt dat in beginsel in een professionele artsenvennootschap de aandelen één en ondeelbaar zijn en enkel in het bezit mogen zijn van de vennoten die de geneeskunde uitoefenen of zullen uitoefenen in naam en voor rekening van de vennootschap. De arts dient volle eigenaar te zijn van zijn aandelen.

De Nationale Raad versoepelt deze strikte interpretatie en laat toe dat de aandelen van een artsenvennootschap kunnen worden opgedeeld in naakte eigendom en vruchtgebruik, mits het inbouwen van de nodige garanties in de statuten.

De arts dient aan de hand van de statuten aan de provinciale raad aan te tonen dat aan volgende voorwaarden cumulatief is voldaan:

- de vruchtgebruiker is steeds een arts;
- de naakte eigenaar is een natuurlijk persoon;
- elke inmenging van niet-artsen in de uitoefening van de geneeskunde en het artsenberoep is ontegensprekelijk verboden;
- alle lidmaatschapsrechten komen uitsluitend toe aan de vruchtgebruiker;
- de naakte eigenaar wordt nominatief aangeduid in de statuten;
- indien vruchtgebruiker en naakte eigenaar een einde willen maken aan de splitsing, kan dit enkel in de richting van de arts-vruchtgebruiker;
- indien bij overlijden van de vruchtgebruiker de naakte eigenaar de volle eigendom verkrijgt, dient hij onmiddellijk de aandelen over te laten aan een arts of het doel van de vennootschap te wijzigen.

Het komt de provinciale raad toe hierover van geval tot geval te beslissen.

De Nationale Raad wijst erop dat de arts die voor een splitsing van aandelen kiest, de volledige verantwoordelijkheid draagt.

Inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen

(14/12/2013)

TREFWOORDEN :
Vennootschappen tussen artsen en met niet-artsen
DOCUMENTNAAM :
a144006n

Aan de Nationale Raad wordt een vraag gesteld m.b.t. de inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 14 december 2013 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren uw schrijven van 25 februari 2013 onderzocht, waarin u om het standpunt van de Orde van geneesheren vraagt m.b.t. de inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen.

Artikel 162 § 5, b) van de Code van geneeskundige plichtenleer stelt: "De provinciale raad zal daarbij in het bijzonder aandacht schenken aan [...] de verdeling van de deelbewijzen die enkel op naam en in het bezit mogen zijn van de vennoten die het beroep van arts uitoefenen of zullen uitoefenen in het kader van de vennootschap."

Artikel 162, § 5, b) wordt tot op heden strikt geïnterpreteerd. Dit leidt ertoe dat de Nationale Raad constructies die tot doel hebben op rechtstreekse of onrechtstreekse wijze de deelbewijzen toe te wijzen aan niet-artsen, negatief beoordeelt.

De Nationale Raad versoepelt deze strikte interpretatie en laat toe dat de inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen mogelijk is, mits het inbouwen van de nodige garanties in de statuten.

De arts dient aan de hand van de statuten aan de provinciale raad aan te tonen dat aan volgende voorwaarden cumulatief is voldaan:

- elke inmenging van niet-artsen in de uitoefening van de geneeskunde en het artsenberoep is ontegensprekelijk verboden;
- alle lidmaatschapsrechten komen uitsluitend toe aan de arts;
- indien de arts en zijn/haar echtgeno(o)t(e) een einde willen maken aan deze inbreng, wordt de arts terug de enige eigenaar van de aandelen;
- indien bij overlijden van de arts de echtgeno(o)t(e) de enige eigenaar wordt van de aandelen, dient hij/zij onmiddellijk de aandelen over te laten aan een arts of het doel van de vennootschap te wijzigen.

Het komt de provinciale raad toe hierover van geval tot geval te beslissen.

De Nationale Raad wijst erop dat de arts die voor de inbreng van de aandelen van een artsenvennootschap in een toegevoegd intern gemeenschappelijk vermogen kiest, de volledige verantwoordelijkheid draagt.

Voorschrijven van benzodiazepines of morfinederivaten tijdens de huisartsenwacht (01/02/2014)

TREFWOORDEN :
Drugs - Geneesmiddelen - Wachtdiensten
DOCUMENTNAAM :
A144008n

Aan de Nationale Raad wordt een vraag gesteld in verband met het voorschrijven van benzodiazepines of morfinederivaten tijdens de huisartsenwacht.

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD :

In zijn vergadering van 1 februari 2014 heeft de Nationale Raad van de Orde van geneesheren de vraag onderzocht die u gesteld werd door een huisartsen wachtpost aangaande het voorschrijven van benzodiazepines of morfinederivaten tijdens de wachtdienst.

U wordt met name ondervraagd over de mogelijkheid aan te kondigen dat dit soort voorschrift door de huisartsenwachtpost geweigerd wordt.

"Het doel van een huisartsen wachtpost algemene geneeskunde bestaat erin de continuïteit van de zorg te verzekeren in afwezigheid van de vaste huisarts, in het kader van de organisatie van de bevolkingswachtdienst[1]".

In deze context moet de arts, bij een gerichte tussenkomst die verder zal opgevolgd worden door de behandelende arts, een antwoord bieden wat betreft een bepaald probleem bij een patiënt die hij doorgaans niet kent.

Een vertrouwensrelatie tot stand brengen tussen de arts en de patiënt, noodzakelijk voor het uitoefenen van een goede geneeskunde, kan in deze omstandigheden ingewikkeld zijn, in het bijzonder wanneer de arts zich vragen stelt over het eventuele bestaan van een verslaving.

In het algemeen en speciaal ten opzichte van alle substanties die een afhankelijkheid kunnen creëren, heeft de arts de morele en sociale plicht bij het voorschrijven een preventieve en waakzame houding aan te nemen door de patiënten gezondheidsinformatie en -vorming te bieden.

De arts moet zich terdege bewust zijn van zijn verantwoordelijkheid bij het voorschrijven van geneesmiddelen die een voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt ondermijnende afhankelijkheid kunnen teweegbrengen[2.]

De arts moet eveneens vermijden behandelingen of geneesmiddelen voor te schrijven op eenvoudig verzoek van de patiënt, zonder dat diens toestand dit medisch rechtvaardigt. Hij waakt erover geneesmiddelen voor te schrijven in gepaste vorm en hoeveelheid teneinde overconsumptie en overdosering tegen te gaan. De arts zet zich in om elke vorm van afhankelijkheid te voorkomen. Hij wijst de patiënt onder meer op het verkeerd gebruik en het misbruik van substanties die tot afhankelijkheid kunnen leiden evenals op de risico's bij langdurig gebruik ervan[3].

Ook al moet het voorschrijven van benzodiazepines of morfinederivaten uiterst voorzichtig gebeuren, toch kan een arts daarom niet van bij het begin en systematisch dergelijk voorschrift uitsluiten zonder de patiënt eerst onderzocht te hebben.

Er zijn omstandigheden waarin zo'n voorschrift gerechtvaardigd kan zijn, zelfs tijdens de wachtdienst.

In die gevallen dient de arts met wachtdienst aandacht te hebben voor de beperkingen van zijn verzorging tijdens de wachtdienst, voor de mogelijkheid de kleinste verpakking van de kleinste dosering van het geneesmiddel voor te schrijven en voor de noodzaak de behandelende arts te informeren over zijn tussenkomst.

Bovendien mag de arts met wachtdienst zich niet, a priori en automatisch, onttrekken aan een dialoog met de verslaafde patiënt betreffende de vraag naar een voorschrift. Zelfs gedurende de wachtdienst heeft hij de plicht de patiënt in te lichten en te sensibiliseren en hem aan te moedigen met zijn behandelende arts een therapeutisch project op lange termijn uit te werken of, indien hij geen behandelende arts heeft, hem een confrater of aangepaste zorgstructuren aan te wijzen.

Bijgevolg is de vooraf aangekondigde en systematische weigering om benzodiazepines of morfinederivaten voor te schrijven binnen een medische wachtpost deontologisch niet verantwoord.

---

1. Advies van 28/05/2011 van de NR, TNR nr. 134
2. Advies van 16/01/1988 van de NR, TNR nr. 40, p. 13
3. Artikel 36 en artikel 37 van de Code van geneeskundige plichtenleer

Nieuwe regeling voor de wachtdiensten

(14/12/2013)

TREFWOORDEN :
Continuïteit van de zorg - Wachtdiensten
DOCUMENTNAAM :
a144001n

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft kennis genomen van het voorstel tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen m.b.t. een nieuwe regeling voor de wachtdiensten.

1/ De Nationale Raad verwerpt het voorstel tot wetswijziging wat betreft het tenietdoen van de bevoegdheid van de Orde van geneesheren erop toe te zien dat de artsen de continuïteit van de verzorging garanderen, zoals omschreven in het huidige artikel 8, § 1, lid 3, van het koninklijk besluit nr. 78.

Hoewel de Orde van geneesheren actief deelnam aan de besprekingen rond de wijzigingen m.b.t.de organisatie van de wachtdiensten, werd er tijdens deze besprekingen nooit melding gemaakt van het tenietdoen van deze bevoegdheid.. Het optreden van de provinciale raden in deze materie werd bovendien nooit in vraag gesteld.

2/ Het artikel 38, § 3, a), van het koninklijk besluit nr. 78 geeft specifiek de mogelijkheid aan de provinciale raden van de Orde van geneesheren tuchtmaatregelen op te leggen teneinde de continuïteit van de verzorging te garanderen. Het is bovendien de taak van de provinciale raden erover te waken dat alle artsen een sluitende regeling voor de verzekering van de continuïteit van de verzorging kunnen aantonen en deze ook naleven.

De Nationale Raad vraagt zich af welke middelen de provinciale geneeskundige commissies zouden krijgen om uitvoering te geven aan de in het voorstel van het nieuwe artikel 8bis toegekende bevoegdheid.

3/ Het principe van de continuïteit van de verzorging is één van de belangrijkste deontologische principes dat door iedere arts in alle omstandigheden dient gerespecteerd te worden. Het artikel 15 van het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren legt aan de Orde daartoe de verplichting op in de Code van geneeskundige plichtenleer regels op te nemen betreffende de continuïteit van de verzorging.

De artikelen 113 en 114 van de Code van geneeskundige plichtenleer verwoorden daartoe uitdrukkelijk dit principe als een deontologische plicht voor de arts en stellen: "Elke arts moet, naargelang van het geval, de nodige maatregelen nemen om de continuïteit van de verzorging van zijn zieken te waarborgen."

De Nationale Raad acht het hoogstnoodzakelijk dat de Orde van geneesheren in een nieuwe wettelijke regeling betreffende de continuïteit van de verzorging bevoegd blijft te waken over de continuïteit van de verzorging door de artsen teneinde in alle omstandigheden een kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt te kunnen garanderen.

Uittreksel uit *ñParoles de médecins ï paroles de juristesò, 2013*
Medisch geheim en justitie

Benoît Dejemeppe,
Raadsheer in het Hof van Cassatie
Voorzitter van de Nationale Raad

Rechtsregels zijn hulpmiddelen in alle soorten die opgesteld en gebruikt worden door de mens. De rechtsregels met betrekking tot het medisch geheim zijn zinvol omdat ze ingegeven zijn door waarden waarvan één van de belangrijkste het vertrouwen is dat de patiënt in de arts stelt.

Het medisch geheim vormt het middelpunt van een driehoeksrelatie tussen de patiënt, de arts en de samenleving. Het roept vragen op die slechts beantwoord kunnen worden na kennis genomen te hebben van de grondslagen van deze driedimensionale relatie. Alvorens tot de kern van de zaak te komen, is het dan ook nuttig eerst een omweg te maken langs de waarden die aan de basis liggen van dit geheim. Daarbij zullen de grenzen ervan belicht worden, evenals de wijze waarop dit begrip verbonden is met andere juridische waarden.

I. De grondslagen van het medisch geheim

1. Persoonlijk vertrouwen en maatschappelijk belang

Waarom stelt de wet de bekendmaking van bepaalde vertrouwelijke mededelingen strafbaar ? Naast de bescherming van de patiënt is er nog een hogere waarde : die van het maatschappelijk belang. De geheimhouding is niet alleen van belang voor de persoon die zijn vertrouwen gesteld heeft in de gezondheidsberoepsbeoefenaar, maar voor alle burgers opdat iedereen kan rekenen op de discretie van diegenen die een uiterst belangrijke opdracht vervullen op gezondheidsgebied. Natuurlijk kan de schending van het beroepsgeheim schade berokkenen aan de persoon die aan bepaalde mensen feiten toevertrouwd heeft die hij niet onthuld zou hebben indien hij hiertoe niet verplicht geweest zou zijn door zich tot hen te wenden, maar alleen deze reden volstaat niet om de penalisering ervan te rechtvaardigen. De wet heeft het strafbaar gesteld omdat het algemeen belang dit vereist. Het confidentiële richt zich minder tot de persoon dan tot het beroep zelf.

Wanneer een arts naar buiten komt met geheimen die hem toevertrouwd werden, dreigt de gehele samenleving hiervan het slachtoffer te worden. Uit vrees voor indiscretie zouden de leden van de gemeenschap immers kunnen aarzelen om een arts op te zoeken, waardoor de volksgezondheid in gevaar zou kunnen komen. Daarnaast wordt hij in zijn hoedanigheid van gezondheidsbeoefenaar er niet alleen toe gebracht zich bepaalde geheimen toevertrouwd te zien, maar er ook te “ontdekken”, “te vernemen” en “op te vangen” : ook deze gegevens vallen onder het geheim. De wezenlijke reden voor de strafrechtelijke bescherming is de noodzaak te komen tot een volledig vertrouwen in de discretie van de personen van wie het beroep een openbare noodzaak is.

2. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Vaak wordt beweerd dat dit geheim van oudsher bestaat, waarbij verwezen wordt naar Hippocrates en zijn beroemde eed, die vijf eeuwen vóór ons tijdperk opgesteld werd en eindigt met een plechtige belofte tot geheimhouding. Wij mogen ons echter niet laten verleiden tot een anachronisme : het is riskant te stellen dat deze eed het beginsel van het medisch geheim altijd al bevat heeft in de hedendaagse betekenis ervan die deze plicht voor een groot deel verbindt met de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Dit begrip ‘persoonlijke levenssfeer’ is evenwel recent : het is voor het eerst opgedoken op het einde van de XIXde eeuw in de Verenigde Staten, waarna het zich verder ontwikkeld heeft en in de loop van de vorige eeuw één van onze wezenlijke openbare vrijheden geworden is. In 1985 heeft de Raadgevende Vergadering van de Raad van Europa een Aanbeveling uitgebracht waarin deze betekenis vastgelegd en gewaarborgd wordt door te stellen dat de bescherming van het beroepsgeheim een wezenlijk onderdeel vormt van het recht op de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer.

De wet van 8 december 1992 betreffende de persoonlijke levenssfeer en vervolgens deze betreffende de rechten van de patiënt, waarvan artikel 10 de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het respect voor de intimiteit van de patiënt beoogt, zetten deze strekking kracht bij.

In een recent arrest heeft het Grondwettelijk Hof dit met de volgende woorden herinnerd : “Die geheimhoudingsplicht, die door de wetgever aan de houder van het beroepsgeheim is opgelegd, heeft hoofdzakelijk tot doel het fundamentele recht op eerbiediging van het privéleven te beschermen van diegene die iemand in vertrouwen neemt, soms over iets heel persoonlijks.” (Grondwettelijk Hof, 26 september 2013, nr. 127/2013).

3. De wilsautonomie

Het persoonlijke aspect eigen aan de wil van de persoon, waarop de wet betreffende de patiëntenrechten de nadruk legt, spoort ons aan het geheim vanuit een andere hoek te bekijken. Hoewel de toestemming van de patiënt op zichzelf waarschijnlijk de schending van het beroepsgeheim niet opheft, kan het feit dat de auteur van de vertrouwelijke mededeling deze niet langer als zodanig beschouwt dit als gevolg hebben. In dat geval kunnen we inderdaad vaststellen dat één van de voorwaarden van de beschuldiging, met name het bestaan van het geheim, wegvalt.

4. De beroepsethiek

Het medisch geheim heeft ook een morele grondslag, verbonden met de eer en de rechtschapenheid van het beroep. Men moet zich er echter voor hoeden aan dit beginsel, zoals aan de andere, een absolute waarde toe te kennen die de werkelijkheid eraan ontzegt. Verschillende wetten matigen dit beginsel, door nu eens een verplichting op te leggen en dan weer de mogelijkheid tot spreken te geven. Anderzijds volstaat het een kijkje te nemen over onze grenzen heen om vast te stellen dat veel landen, met name Angelsaksische, een veel relatievere opvatting van het geheim hebben.

Deze vaststelling toont aan dat bij nader onderzoek de kwestie van het geheim ingewikkeld is en dat er geen exclusieve waarde bestaat voor de grondslag ervan.

Rivaliserende waarden

Dit geheim kan bovendien in concurrentie treden met andere waarden waaraan de samenleving in het algemeen belang ook een min of meer groot gewicht toekent. Er bestaat geen strikte hiërarchie tussen de waarden die het medisch geheim ondersteunen en de andere : in de praktijk moet men ze afwegen naargelang van de omstandigheden en ze met elkaar vergelijken volgens een evenredigheidsprincipe. Zo gaat het ook onder meer met de waarden verbonden met de bescherming van de rechten van de verdediging en met een goede rechtsbedeling, met de veiligheid en met de volksgezondheid, met de integriteit van de minderjarigen en de kwetsbare personen. Het gebeurt dat de wet zelf de knoop doorhakt, wat het probleem vereenvoudigt, maar niet altijd. De onzekerheid die dan weegt op het oplossen van het conflict verplicht een keuze te maken tussen tegenstrijdige eisen.

II. De personen gehouden aan het geheim

Wie is gehouden aan het beroepsgeheim ? Volgens artikel 458 van het Strafwetboek, worden de geneesheren, heelkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd, en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met geldboete van honderd euro tot vijfhonderd euro.

Deze bepaling vindt haar formele oorsprong in het napoleontische Strafwetboek van 1810 en het is geen toeval dat het enkele belangrijke beroepen uit de sector van de gezondheidszorg citeert. We wijzen erop dat de officieren van gezondheid een uitvinding waren van de Franse revolutie en dat ze sinds lang verdwenen zijn.

1. De artsen, apothekers, vroedvrouwen

Als ze gehouden zijn aan het geheim is dat omdat de artsen, apothekers en vroedvrouwen “noodzakelijke” vertrouwenspersonen zijn. Dit noodzakelijke karakter hangt wezenlijk samen met de geheimhoudingsplicht : de patiënten raadplegen deze personen niet voor hun plezier maar omdat hun gezondheidstoestand hen ertoe verplicht. In de gezondheidszorgsector werken een aantal personen die niet allen noodzakelijke vertrouwenspersonen zijn en die dus niet als zodanig gebonden zijn aan het beroepsgeheim.

Voorbeeld

Als een gehospitaliseerde patiënt iets toevertrouwt aan een lid van het schoonmaakpersoneel, valt wat hij vertelde niet onder het geheim beschermd door de strafwet, maar dat betekent niet dat dit personeelslid wat hij hoorde mag rondbazuinen. Volgens de regel is het de arbeidsovereenkomst die voorziet in dergelijke discretieplicht (zie ook artikel 17, 3°, van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten). De aanwezigheid op zich van de patiënt in een ziekenhuiskamer, vastgesteld door deze schoonmaker, kan daarentegen niet aan derden, de pers bijvoorbeeld, onthuld worden zonder artikel 458 te schenden.

Soms volstaat het niet arts te zijn om een noodzakelijke vertrouwenspersoon te zijn : in bepaalde omstandigheden is de arts verplicht zijn vaststellingen mee te delen aan de persoon die hem heeft aangewezen voor een bijzondere opdracht, zoals de gerechtelijke deskundige of de controlearts. De gerechtelijke deskundige moet zich echter strikt beperken tot wat de rechter hem gevraagd heeft. Daarenboven beperkt de wet de rol van de controlearts tot de geneeskundige vaststellingen in het kader van de wet betreffende de arbeidsovereenkomsten (hij somt met name de realiteit en de duur van de arbeidsongeschiktheid op). De controlearts mag nooit de diagnose meedelen aan de werkgever. De medische reden voor de arbeidsongeschiktheid is gedekt door het beroepsgeheim.

2. De andere personen

De opsomming van artikel 458 van het Strafwetboek die begint met de artsen breidt zich uit tot elke hulpverlener op gezondheidsgebied. Daartoe behoren dus de tandartsen, de verpleegkundigen, de kinesitherapeuten, het verzorgend en paramedisch personeel, de directeurs van zorginstellingen, de personeelsleden van een ziekenhuisinrichting die toegang hebben tot de medische documenten, en de ambulanciers. Deze groep kan nog uitgebreid worden met de osteopaten, de acupuncturisten, de diëtisten, de pedicures, de sofrologen, enz.

Het gaat over iedere persoon die, door zijn beroepsactiviteit in een gezondheidsinstelling, noodzakelijk kennis dient te dragen van inlichtingen en documenten die onder het beroepsgeheim vallen en zelfs over iedere persoon die intervenieert in het kader van de sociale zekerheidsinstanties inzake gezondheidszorg, met name met het oog op de terugbetaling en de controle erop (Hof van beroep van Brussel, 13 mei 2002, vrije vertaling).

De onwettige beoefenaars van de geneeskunde kunnen zich daarentegen niet beroepen op het beroepsgeheim.

3. De bekendmaking van het geheim is strafbaar indien ze vrijwillig gebeurt.

Hoewel de wet dit niet preciseert, dient de bekendmaking vrijwillig gebeurd te zijn. De arts dient gehandeld te hebben met kennis van zaken, maar het is niet vereist dat hij de bedoeling had schade toe te brengen. Vrijwillig is het tegengestelde van onvrijwillig : dit betekent dat de onvrijwillige bekendmaking niet bestraft wordt. Toch is het niet uitgesloten dat de arts in dit geval rekenschap zal moeten afleggen bij zijn tuchtoverheid wegens schending van de plichtenleer of zelfs bij de burgerlijke rechtbank waarvoor hij geroepen zou kunnen worden in het kader van een vordering tot schadeloosstelling.

Voorbeeld

Een arts laat zich op een societyfeestje uit over de gezondheidstoestand van een patiënt die hij verzorgt. Aangezien hij deze onthullingen vrijwillig doet, schendt hij zijn plicht tot geheimhouding. Het feit dat hij door de drank zijn handelingen niet meer onder controle gehad zou hebben, doet niets af aan het vrijwillige karakter van deze houding.

III. De gegevens die onder het geheim vallen

1. Niet alleen de geheimen die de patiënt toevertrouwd heeft

Artikel 458 van het Strafwetboek mag niet naar de letter geïnterpreteerd worden wil men de betekenis ervan niet uithollen : het verbod om zaken bekend te maken heeft niet alleen betrekking op de geheimen die toevertrouwd werden door de patiënt, maar op alle inlichtingen die de arts ter kennis gekomen zijn tijdens of bij gelegenheid van de uitoefening van zijn beroep. Artikel 57 van de Code van geneeskundige plichtenleer preciseert dat het gaat over “alles wat de arts heeft gezien, gehoord, vernomen, vastgesteld, ontdekt of opgevangen”.

Dit kan zowel alles omvatten wat de patiënt hem gezegd of toevertrouwd heeft, als wat de arts weet of ontdekt heeft ten gevolge van onderzoekingen of van door hem gedane of aangevraagde navorsingen (artikel 56 van de

Code van geneeskundige plichtenleer). Hiermee worden inlichtingen bedoeld die niet strikt medisch zijn, maar verband houden met de gezondheid van de patiënt : inlichtingen van financiële, psychologische, familiale, maatschappelijke aard. Wel is op zijn minst vereist dat de informatie ter kennis gekomen is van de arts in hoofde van zijn hoedanigheid en in het kader van de uitoefening van zijn beroep.

Voorbeelden

De opname van een patiënt in het ziekenhuis is in principe informatie die onder het geheim valt, tenzij het ongeval plaatsgevonden heeft op de openbare weg en de dienst 112 ingeschakeld werd (de melding van de opname van de patiënt aan de politie is toegelaten omdat de openbare orde en de openbare veiligheid deze rechtvaardigen).

Een arts is werkzaam in een laboratorium voor klinische biologie en raakt verzeild in een financieel conflict met zijn vennoten. Om zijn beweringen te staven, laat hij, buiten het medeweten van zijn collega's, een deurwaarder komen naar de lokalen die zij delen. Deze gerechtsdeurwaarder maakt een vaststelling op die gegevens bevat inzake analyses van klinische biologie betreffende patiënten die behandeld worden door de andere collega's. Deze patiënten hebben ongetwijfeld deze arts niet rechtstreeks in vertrouwen genomen aangezien zij collega's consulteerden. Het feit dat deze beroepsbeoefenaar in zijn hoedanigheid van arts toegang had tot die lokalen, wettigt evenwel de zienswijze dat hij ook de informatie die aan de overige leden van het medisch team toevertrouwd werd en waarvan hij in de uitoefening van zijn beroep kennis heeft kunnen nemen, moet achterhouden, aangezien de patiënten mogen verwachten dat geen van de artsen ter plaatse de aldaar bewaarde confidentiële gegevens openbaar zal maken (Hof van Cassatie, 2 juni 2010).

2. Het medisch geheim indien de patiënt slachtoffer is

Het medisch geheim heeft tot doel de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts te beschermen. Het probleem is complex en varieert naargelang het gaat over toevertrouwde gegevens van een patiënt die verdacht wordt van een misdrijf dan wel van het slachtoffer, en is afhankelijk van de persoon die het geheim inroept.

Volgens de rechtspraak is het geheim niet absoluut en strekt het zich niet uit tot de feiten waarvan de patiënt het slachtoffer was. Door de algemene aard ervan zorgt deze peremptoire formulering echter voor verwarring omdat ze niet al de verschillende denkbeeldige situaties die zich in de werkelijkheid kunnen voordoen, in aanmerking kan nemen.

Het beroepsgeheim breidt zich immers uit tot de geheimen die het slachtoffer toevertrouwd heeft, met inbegrip van de geheimen die het slachtoffer toevertrouwd heeft omtrent de strafrechtelijke feiten waarvan hij het slachtoffer was.

Een andere zaak is de vraag onder welke voorwaarden deze geheimen omtrent de feiten bekendgemaakt mogen worden in rechte. In de eerste plaats zijn er de uitzonderingen vastgelegd bij artikel 458 en artikel 458*bis* van het Strafwetboek, evenals de gevallen van de noodtoestand.

Het slachtoffer kan zelf afbakenen wat onder de vertrouwelijke mededelingen valt en wat niet. Deze situatie valt te vergelijken met de relatie tussen de advocaat en zijn cliënt : in hun gesprek dat onder het beroepsgeheim valt, beslissen zij samen wat niet openbaar gemaakt zal worden tijdens het proces. De beoefenaar zou het gerecht kunnen inlichten over de feiten waarvan de patiënt het slachtoffer was, op voorwaarde evenwel dat het slachtoffer expliciet of impliciet afgesproken heeft dat deze gegevens medegedeeld mogen worden.

Voorbeelden

De patiënt-slachtoffer, zoals een vrouw die geslagen werd, kan nood hebben aan deze vertrouwelijkheid om verzorging te vragen. Indien de situatie van slachtoffer op zich elke verplichting tot geheimhouding zou opheffen, zou het gevaar bestaan dat sommige patiënten-slachtoffers geen verzorging vragen uit schrik dat de feiten aangegeven worden. Het slachtoffer is niet noodzakelijk een kwetsbare persoon die niet in staat is om zich te verdedigen.

Een patiënt heeft aan zijn huisarts ernstige feiten toevertrouwd waarvan hij het slachtoffer was. De arts spreekt erover met de hoofdarts van het ziekenhuis die, op zijn beurt, aan de politie de naam van andere patiënten onthult. In deze omstandigheden heeft de rechter aangenomen dat deze aangifte gerechtvaardigd was door de noodtoestand, aangezien er de artsen geen andere weg openstond tegen het bestaand imminent, ernstig en dringend gevaar voor andere patiënten die een hoger belang uitmaakten, dan het individuele beroepsgeheim te schenden (Hof van Cassatie, 22 mei 2012).

Een arts begaat zedenfeiten op een studente die een confrater hierover in vertrouwen neemt. Deze laatste signaleert dit gedrag aan zijn tuchtoverheid, hoewel de patiënte geen klacht indiende. De aangeklaagde arts be-

roept zich op een schending van het geheim om aan vervolgingen te ontsnappen. Maar het gerecht verwerpt deze stelling : het beroepsgeheim kan niet dienen om de schaamteloze gedragingen van een arts door de vingers te zien. Het gaat hier om een misbruik van de wettelijke bescherming. In dit geval heeft de rechter gezegd dat de onthulling door de confrater van een feit waarvan de patiënt het slachtoffer was, toegelaten was (Hof van Cassatie, 18 juni 2010).

Men kan zich ook nog afvragen of een arts de partner van een patiënt die aids heeft mag inlichten over de ziekte zonder de toestemming van deze laatste. Het feit dat de zieke een slachtoffer is kan op zich de geheimhoudingsplicht niet opheffen. In dat geval is het eerst de taak van de arts de patiënt te wijzen op de noodzaak om de partner op de hoogte te brengen van zijn seropositiviteit (het gebrek aan informatie aan de partner zou de patiënt burgerlijk en strafrechtelijk aansprakelijk kunnen stellen). Het is de juist ingelichte patiënt die het feit van zijn seropositiviteit meedeelt aan zijn seksuele partner. De arts stelt hem de nodige hulp voor om deze informatie te concretiseren, waaronder eventueel zijn aanwezigheid. In deze omstandigheden is het ook opportuun dat de arts het advies of de hulp vraagt van een collega die een bijzondere ervaring heeft in het behandelen van seropositieve patiënten. Slechts wanneer dit mislukt kan de arts het medisch geheim negeren indien de noodtoestand het vereist (zie hieronder).

IV. Wanneer de wet verplicht of toelaat te praten

De werkelijkheid getuigt van talrijke concrete vragen inzake beroepsgeheim die niet allemaal opgelost kunnen worden langs de binaire weg “verboden/toegelaten” maar vaak, in functie van de omstandigheden, een genuanceerde aanpak vereisen. Hieronder volgen er enkele.

De huisarts wordt verwittigd van een bloedmisdrijf begaan door zijn patiënt. Moet hij of mag hij het misdrijf dat de patiënt meedeelt aan het licht brengen ? De arts is gehouden door het geheim maar deze situatie kan delicaat zijn : hij kan geconfronteerd worden met een persoon wiens toestand hem toelaat te denken dat hij zal recidiveren en hij vraagt zich af of hij niet vervolgd zou kunnen worden voor het niet-bijstaan van iemand in levensgevaar (de potentiële slachtoffers).

De patiënt is het slachtoffer van vrijwillige slagen. Mag het ziekenhuis waar hij werd opgenomen zijn identiteit aan derden onthullen ?

Kan de politie eisen de identiteit van een gehospitaliseerde persoon te krijgen ?

De arts heeft een gewonde persoon verzorgd ; moet hij dit aan de autoriteiten melden ?

1. De spreekplicht

Wij zegden het reeds bij het begin, het medisch geheim is niet absoluut : volgens artikel 458 van het Strafwetboek kan de houder van een vertrouwelijke informatie door de wet verplicht worden deze aan het licht te brengen.

1.1. De wet

Dit is bijvoorbeeld het geval voor de besmettelijke ziektes. De arts die een patiënt verzorgt met een besmettelijke ziekte dient de gezondheidsdienst hierover in te lichten. De wet doet hier een hoger belang, het welzijn van de gemeenschap, primeren op het beroepsgeheim.

Een opsomming van deze wettelijke verplichtingen staat in artikel 58 van de Code van de geneeskundige plichtenleer (wetgeving inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering, arbeidsongevallen, verzekering, Fonds voor medische ongevallen, …).

In de burgerlijke procedure vindt men een dergelijke verplichting in artikel 877 van het Gerechtelijk Wetboek dat stelt dat, wanneer er gewichtige, bepaalde en met elkaar overeenstemmende vermoedens bestaan dat een partij of een derde een stuk onder zich heeft dat het bewijs inhoudt van een ter zake dienend feit, de rechter kan bevelen dat het stuk of een eensluidend verklaard afschrift ervan bij het dossier van de rechtspleging wordt gevoegd. Deze verplichting om mee te werken aan de rechtspleging wordt geassimileerd met die om te getuigen voor de rechter.

Anderzijds heeft het Hof van Cassatie geoordeeld dat de rechtbank een vraag tot voorlegging van stukken niet kan verwerpen om de enige reden dat de persoon die ze bezit gehouden is door het beroepsgeheim : de rech-

ter kan slechts oordelen over de geldigheid van deze weigering na de voorlegging van de betrokken stukken te hebben bevolen. Hij kan dan ook gelasten inzage te geven in deze stukken (Hof van Cassatie, 19 december 1994).

1.2. De noodtoestand

De noodtoestand is de situatie waarin een persoon zich bevindt die, geconfronteerd met tegen elkaar indruisende plichten en gelet op het bestaan van een ernstig en dreigend gevaar voor anderen, redenen had om te oordelen dat hem, ter vrijwaring van een hoger belang dat hij verplicht of gerechtigd was voor alle andere te beschermen, geen andere weg openstond dan het beroepsgeheim te schenden (Hof van Cassatie, 13 mei 1987).

De noodtoestand vormt alleen een rechtvaardigingsgrond als hij verschillende voorwaarden vervult, te weten 1) dat de waarde van hetgeen wordt prijsgegeven lager moet zijn dan of althans gelijk moet zijn aan de waarde van het goed dat men wil vrijwaren, 2) dat het te vrijwaren recht of belang een dadelijk en ernstig gevaar moet lopen, 3) dat het kwaad alleen door het misdrijf kan worden voorkomen en 4) dat de betrokkene de noodtoestand niet zelf heeft doen ontstaan (Hof van Cassatie, 24 januari 2007).

Met de notie van noodtoestand loopt de arts op eieren. Hij moet immers in geweten het waardenconflict dat zich aan hem opdringt beslechten. Dit is een moeilijke verantwoordelijkheid. Zo deed zich het geval voor waarbij een arts aanvaard had aan de politie het adres te geven van één van zijn patiënten die verdacht werd van een hold-up. De rechter heeft hem gelijk gegeven, oordelend dat het gerechtvaardigd was dat de arts deze informatie vrijgaf omwille van het gevaar voor de openbare veiligheid dat de patiënt vormde van wie hij kon vermoeden dat hij het leven van andere slachtoffers in gevaar zou brengen (Hof van Cassatie, 13 mei 1987).

Dit begrip dient in verband gebracht te worden met het schuldig verzuim hulp te bieden aan een persoon in gevaar, beschreven in artikel 422*bis* van het Strafwetboek, dat, naast de kennis van het ernstig en huidig gevaar waaraan het slachtoffer is blootgesteld, de opzettelijke weigering veronderstelt om hem de hulp te bieden die in de mate van het mogelijke dit gevaar kan afwenden. Krachtens dit misdrijf straft de wet dus de bewuste en opzettelijke inertie, de egoïstische weigering hulp te bieden, maar niet de ondoeltreffendheid, de onhandigheid of de ontoereikendheid van de hulp geboden op basis van een beoordelings- of diagnosefout. Als de houder van het geheim, na zelf geprobeerd te hebben de persoon te helpen, vaststelt dat dit mislukte, kan het door de noodtoestand gerechtvaardigd zijn geen rekening te houden met het beroepsgeheim om hulp te verlenen aan andere personen die blootgesteld zijn aan een ernstig en dreigend gevaar.

In het geval van de patiënt met aids : als hij verklaart niet de nodige maatregelen te willen nemen om te vermijden zijn partner te besmetten, kan de behandelende arts dit (dan) negeren ? Het antwoord moet genuanceerd zijn en gegeven worden naargelang van de omstandigheden. Indien de patiënt weigert de door de behandelende arts voorgestelde maatregelen toe te passen, zal deze overwegen aan confraters te vragen of zij ook, op basis van hun ervaring en van hun specifieke kennis van het probleem, menen dat de noodtoestand rechtvaardigt het beroepsgeheim opzij te zetten. Het is ook belangrijk dat hij zich afvraagt of het doorbreken van het beroepsgeheim niet schadelijk zal zijn voor de latere behandeling van de patiënt en voor de behandelingsmogelijkheden van patiënten met dezelfde of een gelijkaardige aandoening, want de communicatie aan derden zou het vertrouwen in de geneeskunde kunnen ondermijnen. Na deze voorzorgsmaatregelen genomen te hebben, blijft hij echter de enige die in geweten kan beslissen of er een noodtoestand bestaat die rechtvaardigt het medisch geheim te ondervangen. Zelfs met de instemming van ervaren confraters is het eerst zijn persoonlijke aansprakelijkheid, zowel moreel als juridisch, die de arts op het spel zet door zelf de partner van zijn patiënt te verwittigen.

2. Het spreekrecht

Er bestaan wettelijke afwijkingen die de arts toelaten aan de procureur des Konings mishandelingen te melden die hij heeft vastgesteld in de uitoefening van zijn beroep.

2.1. Artikel 458*bis* van het Strafwetboek : de bescherming van “kwetsbare personen”

Volgens artikel 458*bis* van het Strafwetboek kan eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en 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 of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische

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

In de oorspronkelijke versie daterend van het jaar 2000 beoogde dit artikel enkel het slachtoffer dat onderzocht werd door de arts en dat niet in staat was zich te beschermen omwille van leeftijd, fysieke of psychische onbekwaamheid. Door het oorspronkelijke artikel 458*bis* aan te nemen wou de wetgever de gevallen definiëren waarin de eerbiediging van het beroepsgeheim kan wijken om de integriteit van een minderjarige te beschermen door zich te inspireren op de noodtoestand als rechtvaardigingsreden. Wanneer het slachtoffer meerderjarig is of niet als kwetsbaar beschouwd wordt moest de arts diens toestemming hebben om de aangifte te doen.

Na wijziging door de wet van 30 november 2011 die de verbetering van de aanpak van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie beoogt, is het toepassingsgebied van deze bepaling moeilijker te begrijpen. Om het kort te houden benadrukken we dat de wetgever gekozen heeft voor een uitbreiding van het spreekrecht en dat de houder van het geheim kan breken met het beroepsgeheim niet alleen wat betreft de informatie waarvan hij kennis heeft omdat hij het slachtoffer onderzocht heeft of zijn vertrouwelijke mededelingen ontvangen heeft, maar ook wanneer hij deze informatie-elementen vastgesteld heeft of vernomen heeft via een derde persoon, of zelfs door de dader zelf.

De volgende voorwaarden moeten vervuld zijn :

a. De arts mag de stilte doorbreken wanneer hij kennis neemt van de volgende inbreuken : aanranding van de eerbaarheid, verkrachting, vrijwillige slagen of verwondingen, seksuele verminkingen, onthouding van voedsel en verzorging, gebrek aan onderhoud en het in de steek laten.

b. De inbreuk moet betrekking hebben op een minderjarige of op een kwetsbare persoon in de betekenis van de opgesomde criteria.

c. Er moet een gevaarsituatie bestaan :

   - hetzij een ernstig en dringend gevaar voor de fysieke of mentale integriteit van de minderjarige of van de kwetsbare persoon ;

   - hetzij wanneer er aanwijzingen bestaan van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of kwetsbare personen slachtoffer zouden worden (bijvoorbeeld familieleden).

De toepassingsmoeilijkheid ligt in de omstandigheid dat de wet niet langer vereist dat de toestemming tot bekendmaking ingegeven is door een ernstig en huidig gevaar dat een noodtoestand uitmaakt en dat een huidige en geïdentificeerde persoon treft : het kan ook gaan om het, uit voorzorg, beschermen van eventuele, gewoon potentiële slachtoffers in aanwezigheid van “aanwijzingen van een gewichtig en reëel gevaar” die moeilijk te beoordelen zullen zijn door de betrokken beroepsbeoefenaar.

Alleen de bewaarder van het geheim kan de ernst beoordelen van het risico dat de minderjarige of de kwetsbare persoon loopt, alsook de mate waarin de integriteit van deze laatste in gevaar gebracht wordt.

De arts moet zich in de onmogelijkheid bevinden om de minderjarige of de kwetsbare persoon te beschermen, al dan niet alleen of met de hulp van een derde. Daarbij dient hij in de eerste plaats een beroep te doen op de geschikte zorgstructuren. Indien de beoefenaar evenwel meent dat hij het of de slachtoffer(s) niet ter hulp kan komen, staat hij voor de keuze : ofwel het stilzwijgen bewaren ofwel de procureur des Konings in kennis stellen van de misdrijven waarvan hij op de hoogte is.

Zo bevat noch artikel 422*bis* noch artikel 458*bis* van het Strafwetboek de verplichting aangifte te doen of rechtstreeks contact op te nemen met het gerecht. Het staat de arts steeds vrij gebruik te maken van andere, meer “burgerlijke” (niet-gerechtelijke) middelen. Het subsidiariteitsbeginsel blijft behouden, in die zin dat de arts de feiten slechts mag onthullen indien hij niet in staat is om alleen of met de hulp van derden deze integriteit te beschermen.

Hoewel de vergelijking niet volledig opgaat voor de artsen, dient tot slot een belangrijk gegeven opgemerkt te worden : het Grondwettelijk Hof heeft deze bepaling gedeeltelijk teniet gedaan ten aanzien van de advocaten (uitoefening van de rechten van verdediging). Het Hof oordeelde ten aanzien van hen : “Hoewel de bescherming van de fysieke of psychische integriteit van minderjarige of meerderjarige kwetsbare personen ontegenzeglijk een dwingende reden van algemeen belang uitmaakt, kan een dergelijke reden de bestreden maatregel niet redelijk verantwoorden, rekening houdend met de bijzonderheden die het beroep van advocaat kenmerken ten opzichte van de andere houders van het beroepsgeheim wanneer de vertrouwelijke informatie aan de advocaat is meegedeeld door zijn cliënt en voor die laatste mogelijkerwijs incriminerend is.” (Grondwettelijk Hof, 26 september 2013, nr. 127/2013).

2.2. Impact van de toestemming van de patiënt

Door te stellen dat “de verklaring van een zieke waarbij hij de arts van zijn zwijgplicht ontheft, niet volstaat om de arts van zijn verplichting te ontslaan”, verwijst artikel 64 van de Code van geneeskundige plichtenleer naar een traditioneel beginsel in het strafrecht : de toestemming van het slachtoffer van een misdrijf om het beroepsgeheim te schenden, rechtvaardigt dit laatste niet aangezien de strafrechtelijke incriminaties bevolen worden door het belang van de gemeenschap dat primeert op het individuele belang.

Dit schijnbaar categorisch gebod dient echter genuanceerd te worden. Volgens het Hof van Cassatie mag het stilzwijgen met name doorbroken worden wanneer diegene die recht heeft op geheimhouding instemt met de opheffing ervan (Hof van Cassatie, 5 februari 1985). Deze zienswijze steunt op de idee dat de wilsautonomie van de patiënt een betekenisvol aspect van het beroepsgeheim is.

Het begrip onderliggende waarde van het geheim komt hier volledig tot uiting : dit geheim heeft tot doel de patiënt te beschermen. Deze interpretatie is in overeenstemming met artikel 10 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt die de autonomie van de patiënt in de arts-patiëntrelatie kracht bijzet, alsook, in het algemeen, het toezicht van eenieder op de hem betreffende persoonsgegevens. Het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer is een fundamenteel recht dat beschermd wordt door de Grondwet en het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Zoals elk persoonlijkheidsrecht bevat het een voorrecht van verzet tegen inmenging door anderen, maar ook de bevoegdheid van de persoon om te beschikken over de dingen die zijn persoonlijkheid uitmaken.

2.3. Mededeling van gegevens betreffende een patiënt aan collega’s

Artikel 13, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunde bepaalt dat elke beoefenaar gehouden is, op verzoek of met akkoord van de patiënt, aan een ander behandelend beoefenaar door de patiënt aangeduid om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle nuttige of noodzakelijke hem betreffende inlichtingen van geneeskundige of farmaceutische aard mede te delen.

De arts schendt het beroepsgeheim niet indien hij op verzoek of met akkoord van de patiënt aan een collega inlichtingen verstrekt. Dit geldt van huisarts naar specialist en omgekeerd of tussen artsen van een ziekenhuis. De wet preciseert niet hoe het akkoord gegeven moet worden. Dit kan stilzwijgend zijn en zal doorgaans afgeleid worden uit het feit dat de patiënt ermee instemt behandeld te worden door de collega. Het is echter van belang dat de mededeling beperkt is tot datgene wat noodzakelijk is voor de verdere behandeling.

Wij merken tevens op dat artikel 7 van de wet van 8 december 1992 betreffende de persoonlijke levenssfeer de verwerking van persoonsgegevens aangaande de gezondheid toelaat wanneer met name de verwerking noodzakelijk is voor doeleinden van preventieve geneeskunde of medische diagnose, het verstrekken van zorg of behandelingen aan de betrokkene of een verwant, of het beheer van de gezondheidsdiensten handelend in het belang van de betrokkene en de gegevens worden verwerkt onder het toezicht van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

2.4. Mededeling aan naasten

In een niet-conflictueuze context zal de mededeling van inlichtingen aan de naaste familieleden van de patiënt geen gevoelige problemen met zich brengen. Delicater wordt het wanneer er spanningen zijn of wanneer de toestemming van de patiënt ontbreekt of wanneer de arts zich geplaatst ziet voor een ernstige diagnose of prognose.

Daar dit probleem niet geregeld wordt bij wet, blijft het beroepsgeheim de regel. Artikel 7 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt voorziet enkel in de procedure voor de aanwijzing van een vertrouwenspersoon door de patiënt zodat het deze persoon is die de informatie over zijn toestand mag ontvangen. De patiënt kan bovendien niet verplicht worden zijn gezondheidstoestand te delen met zijn naasten.

Hoewel het beroepsgeheim dus de regel is, blijft de bijzondere situatie bestaan waarin het stilzwijgen een ernstig en dreigend gevaar zou kunnen vormen voor derden, bijvoorbeeld de partner, en het bijgevolg gerechtvaardigd is dat de arts zijn geheimhoudingsplicht doorbreekt door zich te beroepen op de noodtoestand en na alle andere eventueel bestaande oplossingspistes onderzocht te hebben.

Het bijzondere geval van de minderjarigen

Moet of mag de arts die geraadpleegd wordt door een minderjarige het beroepsgeheim bewaren ten aanzien van de ouders ? Deze vraag komt in geen enkele bepaling van de Code van geneeskundige plichtenleer aan bod maar men kan zich laten leiden door de artikelen 10 en 12 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt om te proberen er een antwoord op te geven.

Met betrekking tot de oordeelsonbekwame minderjarigen is de arts niet gebonden door het beroepsgeheim ten aanzien van de ouders of wettelijke vertegenwoordigers. Aangezien de wet de leeftijd voor de oordeelsbekwaamheid niet vastgelegd heeft, dient de arts een beslissing te nemen rekening houdend met alle nuttige gegevens, zoals de persoonlijkheid van het kind, de aard van de geneeskundige verstrekking, de familiale en sociale situatie.

Met betrekking tot de oordeelsbekwame minderjarigen wordt aanvaard dat de arts in principe, gelet op het openbaar belang waarop het beroepsgeheim steunt, gebonden is door het beroepsgeheim. Indien de minderjarige wenst dat zijn ouders geïnformeerd worden over zijn toestand, kan de arts hem helpen bij deze mededeling. Indien de minderjarige zich verzet tegen deze mededeling en de arts ze daarentegen wenselijk acht, moet hij de minderjarige hiervan trachten te overtuigen.

Zelfs indien de minderjarige de leeftijd voor oordeelsbekwaamheid bereikt heeft, kan hij zich in een toestand bevinden die hem belet op een verstandige wijze zorg te dragen voor zijn gezondheid en waarin het, in zijn belang, vereist is dat de ouders verwittigd worden (geestesstoornissen, zelfmoordneigingen, gebruik van verdovende middelen, enz.). Artikel 62 van de Code van geneeskundige plichtenleer legt deze mogelijkheid vast : “Binnen de perken van volstrekte noodzaak, mag een diagnose of een inlichting van geneeskundige aard worden medegedeeld aan de wettelijke of feitelijke vertegenwoordiger van een onbekwame of bewusteloze patiënt (…). De in vertrouwen door een patiënt medegedeelde gegevens mogen nooit openbaar worden gemaakt.”

2.5. Het verstrekken van geneeskundige getuigschriften

De arts die een geneeskundig getuigschrift verstrekt, dient verschillende regels in acht te nemen.

Aangezien het gaat over een document dat bestemd is voor een derde is het verzoek of de toestemming van de patiënt een voorafgaande voorwaarde.

Indien het getuigschrift overhandigd wordt aan de patiënt die het op zijn beurt doorgeeft, is er nauwelijks twijfel dat hij werkelijk ingestemd heeft met het opheffen van het geheim.

Indien het getuigschrift rechtstreeks bezorgd wordt aan een derde is het raadzaam een spoor van de toestemming van de patiënt te bewaren, bijv. door een vermelding in het medisch dossier.

De Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt met name de volgende regels :

- de arts heeft het recht maar is niet verplicht aan een patiënt, die hem erom verzoekt, een getuigschrift betreffende zijn gezondheidstoestand te overhandigen (artikel 67).

- binnen de perken van volstrekte noodzaak, mag een diagnose of een inlichting van geneeskundige aard worden medegedeeld aan de wettelijke of feitelijke vertegenwoordiger van een onbekwame of bewusteloze patiënt (artikel 62).

- de dood van een zieke ontheft de arts niet van zijn beroepsgeheim. De erfgenamen kunnen hem er evenmin van ontslaan of erover beschikken (artikel 65). In deze omstandigheid mag de arts aldus geen geneeskundig getuigschrift overhandigen aan een advocaat of een notaris.

Ongeacht de reden waarvoor het getuigschrift gevraagd wordt dient de arts, voor het behoud van de vertrouwensrelatie met de patiënt, aandacht te hebben voor het beroepsgeheim, inzonderheid wat de bestemmeling van dit document betreft.

Voorbeeld

Een OCMW dat als sociaal zekerheidsorgaan onder andere de kosten moet dragen voor de diagnose en de behandeling wil de situatie van een van zijn “klanten” kennen. Alleen de informatie die nodig is voor het waarborgen van de zorg en het welzijn van de patiënt mag meegedeeld worden, indien mogelijk aan een adviserend arts van het OCMW, zo niet aan de patiënt of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger.

2.6. Wat met welwillendheidsattesten ?

Elk geneeskundig getuigschrift dient overeen te stemmen met de werkelijkheid. Bovendien straft de wet “ieder geneesheer, heelkundige of ander officier van gezondheid die, om iemand te bevoordelen, valselijk het bestaan bevestigt van ziekten of gebreken waarvoor vrijstelling kan worden verleend van een wettelijk verschuldigde dienst of van enige andere door de wet opgelegde verplichting, met gevangenisstraf van acht dagen tot twee jaar.” (artikel 204 van het Strafwetboek).

Zoals de tekst aangeeft, wordt de arts gestraft indien hij met bedrieglijke opzet gehandeld heeft :”om iemand te bevoordelen”, maar niet indien hij gewoon een vergissing begaat.

Bovendien moet de valse vaststelling van de ziekte of van de omvang ervan betrekking hebben op een persoon die vrijgesteld wenst te worden “van een wettelijk verschuldigde dienst of van enige andere door de wet opgelegde verplichting”, bijvoorbeeld de kiesplicht, deel uitmaken van een stembureau, getuigen in rechte. Hetzelfde geldt voor de schoolplicht tot achttien jaar en zelfs ouder indien het volgen van de lessen vereist is voor het behalen van een wettelijk erkend diploma.

Daarnaast kan een bedrieglijk getuigschrift vallen onder de toepassing van de algemene beschuldiging van valsheid in geschrifte. Deze beschuldiging bestaat in het verdraaien van de waarheid met bedrieglijk opzet of het oogmerk om te schaden, op een bij wet bepaalde wijze, in een door deze wet beschermd geschrift en met een mogelijk nadeel tot gevolg (bijv. bedrog waarvan het Riziv het slachtoffer is). Het getuigschrift is een “bij wet beschermd geschrift” daar het in zekere mate als bewijs kan dienen. Het dringt zich met andere woorden op aan het algemeen vertrouwen zodat de instantie of de privépersonen die er kennis van nemen of aan wie het voorgelegd wordt, zich kunnen vergewissen van de waarheid van het door dit geschrift vastgestelde feit of er met recht vertrouwen in stellen.

V. De arts, het medisch dossier en justitie

1. De verschijning in rechte

De artsen voelen zich soms machteloos tegenover de vragen van de gerechtelijke overheden of van de politiediensten. Tegenover wat aangevoeld kan worden als een druk, wordt de arts geconfronteerd met een dilemma : moet hij informatie over zijn patiënt meedelen of zwijgen met het risico moeilijkheden te krijgen ?

Artikel 458 van het Strafwetboek ontslaat de arts die geroepen wordt om in rechte te getuigen van zijn geheim.

Wat is een getuigenis in rechte ? Het is een verklaring, meestal mondeling, voor een onderzoeksrechter of een rechter die uitspraak doet over de zaak zelf, waarin men vermeldt wat men geconstateerd heeft of wat men weet.

In het stadium van het gerechtelijk onderzoek nemen de politiediensten of het parket vaak verklaringen op, maar het gaat echter niet om “getuigenissen in rechte” in de betekenis van artikel 458. In dat geval primeert de geheimhoudingsplicht.

De reden waarom het spreekrecht bekrachtigd wordt door de wet is te zoeken in de waarde die de samenleving hecht aan de goede rechtsbedeling : de rechtbanken, die als taak hebben de waarheid te zoeken, hebben het recht van elke burger die in staat is eraan mee te werken te verwachten dat hij dit ook doet.

De arts heeft voor de rechter dus het recht te spreken, maar niet de verplichting : hij behoudt het recht te zwijgen. De keuze tussen zwijgen of spreken betreft het persoonlijke geweten. Het belang van de patiënt speelt in dat geval een beslissende rol. Maar er moet nogmaals gewezen worden op de taak van de rechter : hij moet uiteindelijk beslissen of de weigering te spreken al dan niet gebaseerd is op een misbruik.

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen.

1.1. De arts is niet in het geding betrokken

De hypothese die hier bedoeld wordt is deze waarbij de arts geroepen wordt te getuigen in een zaak die geen betrekking heeft op hem, bijvoorbeeld in een zaak waarin één van zijn patiënten een verkeersovertreding beging en de rechter de mentale toestand van de persoon wil toetsen.

De arts kan voor het gerecht een geheim onthullen, aangezien de wet het hem toelaat, maar hij is echter niet verplicht dit te doen. De wet laat hem dus toe te kiezen tussen belangen die tegenover elkaar staan : de discretieplicht inherent aan zijn beroep en het recht bepaalde informatie prijs te geven in het belang van de justitie en van de samenleving of in dat van één van de partijen in het proces.

Artikel 58 van de Code van geneeskundige plichtenleer stelt dat bij een wettelijke uitzondering de arts in geweten moet oordelen of hij door het beroepsgeheim toch niet wordt verplicht bepaalde gegevens niet mee te delen. Hoewel hij mag weigeren getuigenis af te leggen door zich te beroepen op het beroepsgeheim (art. 63 van diezelfde Code), wordt deze weigering beperkt door de notie van rechtsmisbruik. Het Hof van Cassatie is van mening dat de arts moet oordelen over de opportuniteit van zijn beslissing het geheim te bewaren, zelfs al is hij ontslaan van zijn beroepsgeheim, op voorwaarde dat de rechter van oordeel is dat, rekening houdend met de elementen van de zaak, deze getuige het beroepsgeheim niet afwendt van het doel door te zwijgen (Hof van Cassatie, 29 oktober 1991).

1.2. De arts is in het geding betrokken

Het recht op een rechtvaardig proces is een fundamentele waarborg voor de uitoefening van de rechtspraak en het recht op verdediging van de arts houdt in dat hij het geheel van elementen dat hij ter beschikking heeft om de eventuele vorderingen van zijn tegenstander te betwisten mag gebruiken. De jurisprudentie erkent dat het beroepsgeheim voor deze waarde wijkt en stelt de arts er dus vrij van het beroepsgeheim te eerbiedigen wanneer hij zich moet verdedigen in een procedure waarin hij persoonlijk in het geding is, bijvoorbeeld vanuit het standpunt van zijn medische aansprakelijkheid.

Wanneer het medisch dossier elementen tot ontlasting bevat mag hij deze gebruiken om zijn verdediging te ondersteunen maar hij moet ervoor zorgen enkel de informatie nodig voor zijn verdediging te onthullen.

Het is eveneens toegelaten dat de arts voor zijn verdediging de stukken van zijn tuchtdossier kan gebruiken voor het gerecht. Indien hij tuchtrechtelijk vervolgd werd, ontving hij kopie van zijn verklaringen, van de gevelde uitspraak, en, op zijn aanvraag, van de stukken van het dossier.

2. De inbeslagname van het medisch dossier

Het medisch geheim heeft niet tot doel een voorrecht toe te kennen aan de arts in de vorm van straffeloosheid. Zoals we zegden, het zoeken naar de waarheid is een hoger beginsel dat de openbare orde aanbelangt en het kan dus niet gedwarsboomd worden door het geheim in te roepen.

Indien er een klacht is tegen de arts kan het nodig zijn het medisch dossier voor te leggen, zowel om aan het slachtoffer toe te laten de fouten die het ten laste legt aan de arts aan te tonen als om het deze laatste mogelijk te maken zich te verdedigen.

De vertrouwelijkheid van een stuk dat het bestaan van een misdaad of wanbedrijf kan aantonen, verhindert op zich niet dat het door een onderzoeksrechter in beslag genomen wordt, mits de wettelijke en substantiële rechtsvormen die de geldigheid van een dergelijke akte regelen, in acht genomen worden (Hof van Cassatie, 21 december 2011). Ten opzichte van het beroepsgeheim zijn voorzorgsmaatregelen gerechtvaardigd. Deze werden trouwens erkend door het Europees Hof voor de rechten van de mens uit hoofde van de bescherming van de private levenssfeer. Dergelijke inbeslagname kan met name niet het gevolg zijn van een politie-initiatief, ze moet gebeuren door of op aanvraag van een rechter.

Verschillende situaties zijn mogelijk.

2.1. De voorlegging van het dossier door de arts of het ziekenhuis die niet in het geding zijn betrokken

De huiszoeking is niet de enige manier van werken bij het in beslag nemen van stukken die in het bezit zijn van een arts of van een ziekenhuis wanneer de zorgverstrekker niet in het geding is en er geen enkel risico bestaat dat deze laatste bewijzen doet verdwijnen. In dat geval kan een procedure van “vrijwillige” afgifte van het dossier gevraagd door de onderzoeksmagistraat, zo nodig onder toezicht van een vertegenwoordiger van de raad van de Orde, overwogen worden.

Voorbeeld

Een persoon kwam om in een verkeersongeval en de onderzoeksrechter is van mening dat het medisch dossier van deze persoon noodzakelijk is voor het vinden van de waarheid.

2.2. De huiszoeking

De huiszoeking is een prerogatief van de onderzoeksrechter die beslist zich ter plaatse te begeven of een politieofficier af te vaardigen om de huiszoeking uit te voeren. Het kan nuttig zijn enkele regels betreffende de geldigheid van een huiszoekingsbevel in herinnering te brengen.

Het huiszoekingsbevel dient altijd met redenen omkleed te zijn : het moet duidelijk de ruimten vermelden die in de maatregel zijn bedoeld alsook de feiten die ermee verband houden. De politieambtenaren kunnen, op grond van het bevel, geen andere ruimten doorzoeken dan deze die in de beschikking worden vermeld en hun speurwerk moet beperkt blijven tot het voorwerp van het bevel, d.w.z. betrekking hebben op elementen die verband houden met de ten laste gelegde feiten (Hof van Cassatie, 30 januari 2008).

Hoewel het niet nodig is een gedetailleerd verslag op te stellen van de feiten noch de zaken die gezocht moeten worden te specificeren, moet de officier van de gerechtelijke politie belast met het uitvoeren van de opdracht beschikken over de nodige elementen om hem toe te laten te weten over welk misdrijf het onderzoek gaat en welke de nuttige zoekacties en inbeslagnames zijn die hij mag doen zonder de grenzen van het gerechtelijk onderzoek en van zijn opdracht te buiten te gaan.

Deze vermeldingen moeten degene bij wie de huiszoeking wordt uitgevoerd ook voldoende gegevens verschaffen over de vervolgingen die aan de handeling ten oorsprong liggen, zodat hij de wettigheid ervan kan nagaan (Hof van Cassatie, 26 januari 2006).

De bewaring van het beroepsgeheim vereist dat de huiszoeking voldoende gericht is, wat betekent dat haar doel duidelijk gedefinieerd is en dat de zoekacties strikt beperkt zijn tot dit doel. Er kan geen sprake zijn van het bestuderen van dossiers of documenten gedekt door het beroepsgeheim die, op het eerste gezicht, niets te maken hebben met het onderzoek.

2.2.1. De arts is in het geding betrokken (of zou er in betrokken kunnen zijn)

A. De feiten hebben betrekking op de uitoefening van het beroep

Omwille van de voorschriften betreffende de eerbiediging van het beroepsgeheim is het gebruikelijk dat de magistraat persoonlijk de huiszoeking uitvoert in aanwezigheid van de betrokken arts en van een vertegenwoordiger van de raad van de Orde, deze laatste ziet toe op de regelmatigheid van de inbeslagname en brengt een advies of voorbehoud uit over de geldigheid van de inbeslagname van bepaalde stukken ten aanzien van het beroepsgeheim.

Volgens het Hof van Cassatie is de aanwezigheid van een vertegenwoordiger van de raad van de Orde van geneesheren bij een huiszoeking bij een arts die van een beroepsmisdrijf wordt verdacht, een waarborg voor het beroepsgeheim en wil ze vermijden dat geen andere bescheiden dan diegene die op het misdrijf betrekking hebben, in beslag genomen worden (Hof van Cassatie, 24 mei 2005).

Anderzijds is het aanvaard dat, wanneer het medisch dossier berichten bevat door de arts gericht aan de verzekeraar of aan de adviserende arts, en dat, in het kader van een gerechtelijk onderzoek naar een eventuele medische strafrechtelijke verantwoordelijkheid, dit stukken zijn die een antwoord kunnen geven op de legitieme vragen van de klagers, de inbeslagnam ervan de artikels 6 en 8 van het Europese Verdrag voor de rechten van de mens (EVRM) niet schendt (Hof van Cassatie, 11 januari 2012).

Wie beslist dat bepaalde stukken niet in beslag genomen mogen worden ?

Lange tijd werd staande gehouden dat deze bevoegdheid toekwam aan de ordinale overheid. Maar deze zienswijze berust op een onjuiste premisse. Het is niet omdat het medisch dossier beschermd is door het geheim dat de inhoud ervan onttrokken kan worden aan de rechter. Dit geheim kan niet op absolute wijze tegenover het gerecht geplaatst worden in de zoektocht naar waarheid die het inhoudt : wanneer een geneesheer ervan verdacht wordt een misdrijf te hebben gepleegd in de uitoefening van zijn beroep en desbetreffend strafvervolging wordt ingesteld, verliezen de bescheiden en documenten die als bewijsmiddel van dat misdrijf in aanmerking komen, het vertrouwelijke karakter dat zij desgevallend zouden kunnen bezitten (Hof van Cassatie, 24 mei 2005).

De onderzoeksmagistraat is wettelijk verantwoordelijk voor het onderzoek en daardoor de enige die in staat is om te bepalen welke stukken nuttig zijn voor het aan het licht brengen van de waarheid en deze te zoeken en te beslissen wat mag en moet in beslag genomen worden, dit met de grootste bedachtzaamheid na het advies van de afgevaardigde van het beroep te hebben ingewonnen en akte te hebben laten nemen van zijn voorbehoud, of zelfs zijn bezwaren. Om die reden kan de ordinale overheid niet als eerste en laatste beslissen over de grenzen van de inbeslagname.

Het belang van de aanwezigheid van een afgevaardigde van de Orde ligt in het feit dat hij de aandacht kan vestigen op stukken die betrekking hebben op derden of op elementen die geen uitstaans lijken te hebben met het voorwerp van de huiszoeking en in dit opzicht onder het beroepsgeheim vallen.

De onderzoeksrechter heeft echter niet de macht van het laatste woord aangezien de actie die hij ingeleid heeft onderworpen kan worden aan een rechterlijke controle die de wet toevertrouwd heeft aan het hof van beroep (kamer van inbeschuldigingstelling, zie hierna).

Bovendien kan de vraag van de schending van het beroepsgeheim ook nog voorgelegd worden aan de rechter die belast is met de zaak ten gronde in het kader van het onderzoek van de ontvankelijkheid van de strafvordering of van de beoordeling van de bewijslast.

B. De feiten hebben geen betrekking op de uitoefening van het beroep

In de veronderstelling dat een arts verdacht wordt van een misdrijf is het minder waarschijnlijk dat de onderzoeksrechter die naar het kabinet van de arts gaat, geconfronteerd wordt met problemen die verband houden met het beroepsgeheim. De waarborg van de aanwezigheid van een afgevaardigde van de raad van de Orde strekt er niettemin toe het beroepsgeheim te vrijwaren.

2.2.2. De arts is niet in het geding betrokken

De bovenstaande beginselen zijn van toepassing indien de arts niet in het geding betrokken is.

Hierbij geven wij mee dat, gezien de voortdurende toename van de strafrechtelijke geschillen, soms vereenvoudigde procedurepraktijken ingevoerd werden met de goedkeuring van de gerechtelijke overheden. Het medisch dossier gaat dan langs de provinciale raad die een centraliserende rol vervult en waarbij de inbeslagname uitgevoerd wordt.

In Brussel, bijvoorbeeld, richt de onderzoeksrechter een verzoekschrift tot inbeslagname van het medisch dossier aan de voorzitter van de provinciale raad van de Orde van geneesheren die de betrokken arts of medische dienst vervolgens vraagt hem het bewuste dossier te bezorgen. Dit verzoekschrift gaat uitvoerig in op de redenen van het verzoek en preciseert waarover het geschil gaat en wat de graad van spoedeisendheid is. Na onderzoek van het dossier en nadat de eventuele stukken die niets te maken hebben met het onderzoek en onder het beroepsgeheim vallen onder verzegelde omslag geplaatst zijn, houdt de voorzitter van de provinciale raad of zijn afgevaardigde het dossier ter beschikking van de onderzoeksrechter.

2.3. Het geautomatiseerde dossier

Indien het dossier op een elektronische drager staat en het ter plaatse afgedrukt kan worden, wordt de papieren versie in beslag genomen in aanwezigheid van de afgevaardigde van de raad van de Orde die eventueel zijn opmerkingen laat gelden.

Indien een afdruk niet mogelijk is, wordt de elektronische drager van het dossier onder gesloten omslag geplaatst die later geopend zal worden in aanwezigheid van de onderzoeksrechter of van de gerechtelijke deskundige en de afgevaardigde van de Orde.

3. De inbeslagname van het tuchtdossier

Krachtens artikel 30 van het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren vallen alle documenten die vervat zitten in het tuchtdossier onder het beroepsgeheim. Tot deze documenten behoren de verklaringen van de arts in het geding.

In tegenstelling tot het gemeenrecht heeft de arts in het tuchtrecht een oprechtheidsplicht en moet hij meewerken aan het onderzoek. Om deze reden zou de mededeling van het tuchtdossier of van de uitspraak aan de strafrechter of aan de burgerlijke rechter de rechten van verdediging schenden.

De inbeslagname van het volledige tuchtdossier zou bijgevolg een schending uitmaken van het beroepsgeheim bedoeld in het voornoemde artikel 30 en van de rechten van verdediging van de arts in het geding.

Er dient op toegezien te worden dat de verhoren die strafbare verklaringen zouden bevatten, de onder dwang voorgelegde stukken en de stukken die naar deze verklaringen verwijzen (bijv. tuchtuitspraak) onttrokken worden aan de gerechtelijke inbeslagname. Indien de onderzoeksrechter meent het tuchtdossier of deze stukken toch in beslag te moeten nemen, moet de bij de inbeslagname aanwezige voorzitter of een lid van de provinciale raad vragen dat melding gemaakt wordt van zijn bezwaren.

4. Het toezicht op de inbeslagname door de kamer van inbeschuldigingstelling

Iedere persoon (bijv. de vervolgde arts of de burgerlijke partij, of zelfs een derde) die meent nadeel te ondervinden door de inbeslagname van documenten waarvan hij meent dat ze onder het beroepsgeheim vallen, kan de onderzoeksrechter verzoeken om opheffing van het beslag. Wanneer het verzoek afgewezen wordt, kan een beroep voorgelegd worden aan de kamer van inbeschuldigingstelling van het hof van beroep die gemachtigd is om de regelmatigheid van het onderzoek na te gaan. Indien zij meent dat de onderzoeksrechter het beroepsgeheim miskend heeft, verklaart zij de akte nietig (en de rechtstreekse gevolgen : in voorkomend geval de verhoorverslagen) en beveelt zij de verwijdering van de onregelmatige stukken uit het dossier.

Indien de provinciale raad van de Orde van geneesheren meent dat een procedureonregelmatigheid begaan werd, is hij geen partij in het geding en beschikt hij niet over het statuut van “benadeelde persoon”. Hij kan dus niet als dusdanig een verzoekschrift richten aan de onderzoeksrechter. Niets belet evenwel de voorzitter van deze raad de feiten te melden aan de procureur des Konings, die de zaak aanhangig kan maken bij de kamer van inbeschuldigingstelling teneinde de regelmatigheid van de inbeslagname te controleren.

5. De mededeling van het medisch dossier aan het Fonds voor de Medische Ongevallen

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg breidt het recht op vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg uit en richt een instantie op die de partijen, en inzonderheid het slachtoffer, dient te begeleiden bij de vergoedingsprocedure.

Het Fonds voor de Medische Ongevallen heeft als opdracht de ernst van de schade te beoordelen en te bepalen of de schade te wijten is aan een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid of aan een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener.

In het kader van de toepassing van deze wet is het verstrekken, aan de artsen van het Fonds voor de medische ongevallen, van documenten en informatie die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van hun wettelijke opdracht, toegelaten (art. 58, k, van de Code van geneeskundige plichtenleer).

Artikel 15 van de wet bepaalt bovendien dat het Fonds voor zijn opdrachten over ruime onderzoeksbevoegdheden beschikt en dat het bij om het even welke persoon alle documenten en informatie kan opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen, eventueel onder dwang van een forfaitaire vergoeding van 500 euro per dag. Indien de aanvrager of zijn rechthebbenden weigeren de gevraagde informatie te verstrekken, worden zij geacht afstand te doen van hun aanvraag en van de schorsende werking ervan.

Bibliografie

N. Colette-Basecqz, "Le secret professionnel face à l’enfance maltraitée", *Ann. Dr. Louvain*, 2002, n° 1-2, p. 14 et s.

M. Bockstaele (dir.), *Perquisition et saisie*, Custodes, Politeia, 2004.

H. Bosly, D. Vandermeersch et M.-A. Beernaert, *Droit de la procédure pénale*, La Charte, 2010.

P. De Hert et G. Lichtenstein, « Huiszoeking en beslag in geautomatiseerde omgevingen », *Custodes*, 2003, vol. 4, p. 59 et s.

M. Franchimont, A. Jacobs et A. Masset, *Manuel de procédure pénale*, Larcier, Coll. Faculté de droit de l’Université de Liège, 2012.

G. Genicot, *Droit médical et biomédical*, Larcier, Coll. Faculté de droit de l'Université de Liège, 2010.

G. Genicot, « L'article 458*bis* nouveau du Code pénal : le secret médical dans la tourmente », *J.T.*, 2012, p. 717 et s.

D. Kiganahe et Y. Poullet (dir.), *Le secret professionnel*, Actes du colloque des 8 et 9 novembre 2001 organisé par l'Association des juristes namurois, La Charte, 2002.

P. Lambert, *Le secret professionnel*, Nemesis, 1985.

P. Lambert, *Secret professionnel*, Bruylant, 2005.

Y.-H. Leleu et G. Genicot, *Le droit médical*, De Boeck, 2001.

H. Nys, *La médecine et le droit*, Kluwer, 1995.

H. Nys, *Recht en bio-ethiek – Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*, Lannoo, 2010.

H. Nys, *Recente ontwikkelingen in het gezondheidsrecht*, Kluwer, 2012.

G. Schamps, *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé: le droit médical en mouvement*, Bruylant, 2008.

L. Wostyn, K. Boucquey et F. Schockaert (dir.), *Overhandigen medische gegevens*, Academia Press, 2009.

Het Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren publiceert regelmatig adviezen betreffende het medisch geheim en het medisch dossier. Deze kunnen geraadpleegd worden op de website www.*ordomedic.be*.

Inhoudstafel

I. De grondslagen van het medisch geheim
1. Persoonlijk vertrouwen en maatschappelijk belang
2. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer
3. De wilsautonomie
4. De beroepsethiek

Rivaliserende waarden

II. De personen gehouden aan het geheim
1. De artsen, apothekers, vroedvrouwen
2. De andere personen
3. De bekendmaking van het geheim is strafbaar indien ze vrijwillig gebeurt

III. De gegevens die onder het geheim vallen
1. Niet alleen de geheimen die de patiënt toevertrouwd heeft
2. Het medisch geheim indien de patiënt slachtoffer is

IV. Wanneer de wet verplicht of toelaat te praten
1. De spreekplicht

1.1. De wet
1.2. De noodtoestand

2. Het spreekrecht
2.1. Artikel 458*bis* van het Strafwetboek : de bescherming van “kwetsbare personen”
2.2. Impact van de toestemming van de patiënt
2.3. Mededeling van gegevens betreffende een patiënt aan collega’s
2.4. Mededeling aan naasten
Het bijzondere geval van de minderjarigen
2.5. Het verstrekken van geneeskundige getuigschriften
2.6. Wat met welwillendheidsattesten ?

V. De arts, het medisch dossier en justitie

1. De verschijning in rechte
1.1. De arts is niet in het geding betrokken
1.2. De arts is in het geding betrokken
2. De inbeslagname van het medisch dossier
2.1. De voorlegging van het dossier door de arts of het ziekenhuis die niet in het geding is betrokken
2.2. De huiszoeking
2.2.1. De arts is in het geding betrokken (of zou er in betrokken kunnen zijn)
A. De feiten hebben betrekking op de uitoefening van het beroep
Wie beslist dat bepaalde stukken niet in beslag genomen mogen worden?
B. De feiten hebben geen betrekking op de uitoefening van het beroep
2.2.2. De arts is niet in het geding betrokken
2.3. Het geautomatiseerde dossier
3. De inbeslagname van het tuchtdossier
4. Het toezicht op de inbeslagname door de kamer van inbeschuldigingstelling
5. De mededeling van het medisch dossier aan het Fonds voor de Medische Ongevallen

Vergadering van de CEOM te Parijs ï 6 december 2013

Dr. R. Kerzmann
A.S. Sturbois

De vergadering van de CEOM werd gehouden op 6 december 2013 te Parijs. Op de agenda stonden de recente ontwikkelingen inzake medische ethiek. Deze vergadering maakte talrijke uitwisselingen mogelijk tussen de vertegenwoordigers van veertien Europese ordinale delegaties, met name deze van België, Cyprus, Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Roemenië, Slovenië, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland. Vertegenwoordigers van de UEMS en van de EJD waren eveneens aanwezig.

Ter gelegenheid van deze vergadering feliciteerde dokter Roland Kerzmann, voorzitter van de CEOM en lid van de Belgische delegatie, de secretaris-generaal van de CEOM, dokter Xavier Deau, met zijn verkiezing als voorzitter van de World Medical Association, en ook de Italiaanse delegatie gecoöpteerd door dezelfde organisatie tijdens de vergadering van Fortaleza in Brazilië.

Van de vele onderwerpen die voorgesteld en besproken werden tijdens deze bijeenkomst worden enkel de punten in verband met de wijziging van de Verklaring van Helsinki, de medische demografie in Europa, de aanvullende of alternatieve geneeswijzen en de telegeneeskunde kort behandeld in dit artikel.

De recente wijziging van de Verklaring van Helsinki

Tijdens de “ronde tafel” over de herziening van de Verklaring, aangenomen tijdens de Algemene Vergadering van de World Medical Association te Fortaleza in oktober 2013, werd de actualisering toegelicht door professor André Herchuelz, lid van de Belgische delegatie, door dokter Fernando Gomes, lid van de Portugese delegatie, en ook door professor in de rechten Dominique Sprumont, adjunct-directeur van het *Institut de droit de la santé* van de universiteit van Neuchâtel (Zwitserland), die een gedetailleerde juridische analyse gaf.

De Verklaring van Helsinki, opgesteld door de World Medical Association, is het referentiedocument inzake ethiek van het klinisch onderzoek ; ze vaardigt fundamentele principes uit die van toepassing zijn op deze materie van het medisch onderzoek op mensen. De tekst ervan, opzettelijk kort gehouden, wordt regelmatig herzien.

Onder de aangenomen wijzigingen wijzen we eerst, qua vorm, op een betere tekststructuur die de lectuur vergemakkelijkt.

Vervolgens, qua inhoud, versterkt de voortdurende verwijzing naar de noties van welzijn, rechten en belang van de patiënt (voorgelichte toestemming, informatie over de studieresultaten, instemming van de onbekwamen …) de positie van deze laatste. Er werd ook een punt toegevoegd over de noodzakelijke compensatie en de aangepaste behandeling in geval van schade voor de patiënt die deelnam aan een klinische studie. De risico’s moeten altijd ingeschat en tot een minimum herleid worden. Het onderzoeksprotocol moet de behandeling preciseren waartoe de patiënt op het einde van de studie toegang zal hebben.

Onderzoek op een kwetsbare groep, notie die gedefinieerd moet worden, is slechts aanvaardbaar als het niet kan uitgevoerd worden op een niet-kwetsbare groep, als de studie beantwoordt aan de behoeften van deze kwetsbare groep en als deze laatste er een rechtstreeks voordeel uit kan halen.

De onderzoeker krijgt beoordelingsbevoegdheid over de voortzetting van een studie wanneer blijkt dat de risico’s die eraan verbonden zijn groter zijn dan de verwachte voordelen.
Deze onderzoeker moet een wetenschappelijke en ethische kwalificatie hebben.

Het comité voor ethiek moet niet alleen het protocol krijgen maar ook het eindverslag van de studie.

De kwestie van het gebruik van placebo’s heeft grote discussies teweeggebracht betreffende het vervangen van een doeltreffende behandeling door een placebo. Het toedienen van placebo’s, in het kader van een dubbelblind studie, dient uitzonderlijk te zijn. De patiënt heeft altijd recht op de beste behandeling en hij mag niet verstoken worden van behandeling. Het gebruik van placebo’s is aanvaardbaar wanneer het noodzakelijk is, er geen erkende interventie bestaat, het geen bijkomend risico of ernstig nadeel voor de patiënten meebrengt en deze laatste erin toegestemd hebben.

Het feit dat de toegang van bepaalde bevolkingsgroepen tot een therapie onbestaande is mag het gebruik van placebo’s niet aanmoedigen of vergemakkelijken om de reden dat de patiënt geen kans ontnomen zou worden. Dat zou erop neerkomen kwetsbare groepen uit te buiten. Het begrip van toestemming is trouwens zeer relatief voor patiënten die niet echt de keuze hebben.

De ethische principes moeten homogeen zijn en door iedereen toegepast worden.

Het zou interessant zijn een stand van zaken van de studies met placebo te maken om te zien in welke landen en in welke omstandigheden dergelijke studies uitgevoerd worden.
Het gebruik van placebo's moet een wettelijk en procedureel kader hebben.

Tot slot is het essentieel dat de resultaten van de medische studies op mensen geregistreerd en gepubliceerd worden.

De Europese medische demografie

De analyse van dit thema en meer in het bijzonder die van de migratiestroom van de artsen is een van de opdrachten van de CEOM. Dokter Patrick Romestaing van de Franse delegatie en Gaëtan Lafortune van de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) gaven een presentatie van deze analyse.

We herinneren eraan dat de CEOM meewerkt aan de gezamenlijke actie betreffende de planning en de prognose van het gezondheidspersoneelsbestand die in april 2013 startte. Dit project met een looptijd van drie jaar, dat geleid wordt door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, heeft tot doel de Lidstaten in staat te stellen het gezondheidspersoneel beter voor te bereiden op de toekomstige uitdagingen door een platform op te richten voor samenwerking en uitwisseling van goede praktijken en deskundigheid en verbetering van de planning van het personeelsbestand.

De OECD van haar kant zamelt bij de nationale, niet uitsluitend Europese, bevoegde overheden gegevens in over verschillende gezondheidsberoepen, met name via een vragenlijst samen met Eurostat en WHO Europa. Er wordt een analyse gemaakt van de stromen en van de elementen die deze beïnvloeden (opleiding, pensioen…). De OECD bekijkt de hoeveelheid beschikbare artsen vanuit verschillende aspecten (aantal artsen die rechtstreeks contact hebben met de patiënten, aantal studenten die opgenomen worden in het educatief systeem, de migratie). In de meeste landen neemt het aantal artsen per inwoner toe.

De CEOM en de OECD zullen ertoe gebracht worden de informatie waarover ze beschikken aangaande de migratiestromen van het gezondheidspersoneel uit te wisselen en te vergelijken.

De aanvullende of alternatieve geneeswijzen

Dokter Ton Nicolai, afgevaardigde van de Europese organisatie CAMDOC Alliance, heeft een situatieschets van dit soort "geneeswijzen" in de Europese Unie gemaakt en benadrukte enkele standpunten van deze organisatie.

Het aantal patiënten dat zijn toevlucht neemt tot aanvullende of alternatieve geneeswijzen (geneesmiddelen of behandeling) is niet te verwaarlozen. Nochtans is het statuut van de CAM in Europa niet gedefinieerd, noch wat betreft de beroepskwalificaties nodig voor de uitoefening ervan, noch wat betreft de titularissen van het onderwijs, de inhoud van de studies, hun actieveld …

De CAMDOC Alliance is voorstander van het opstellen van richtlijnen om op harmonische wijze het hoofd te bieden aan de vraag van de patiënten en de kwaliteit van de alternatieve geneeswijzen te waarborgen. De interactie tussen de zogenaamde traditionele geneeskunde en de CAM dient ook bestudeerd te worden, net als de gedeeltelijke uitoefening van de CAM door adequaat opgeleide niet-artsen.

Telegeneeskunde in de grensoverschrijdende gezondheidszorg

Dokter Jacques LUCAS, ondervoorzitter van de CNOM, heeft een juridische analyse gebracht in verband met de telegeneeskunde en het resultaat van een gezamenlijke reflectie van de Nationale Raad van de Franse Orde van geneesheren (CNOM) en de nationale (Franse) vereniging voor telegeneeskunde (ANTEL) over de notie van telegeneeskunde ten opzichte van de e-handel.

Op Europees niveau wordt de telegeneeskunde beschreven als zijnde *"het op afstand leveren van diensten van gezondheidszorg via informatie- en communicatietechnieken in situaties waarin de gezondheidswerker en de patiënt zich niet fysiek op dezelfde plaats bevinden. Ze vereist de beveiligde overdracht van medische gegevens en informatie door tekst, geluid, beeld of andere middelen nodig om de preventie en de diagnose alsook de behandeling en het opvolgen van de patiënten te verzekeren". (officieuze vertaling)*

De uitoefening van de klinische telegeneeskunde door de gezondheidswerkers, zoals hierboven beschreven, moet beschouwd worden als een zorgdienst, wat inhoudt dat de Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg van toepassing is. Ze kan in geen geval vallen onder de e-handel.

De handelsactiviteit die voortvloeit uit de digitale gezondheidsindustrie, welke valt onder de Richtlijn 2000/31/EG van het Europees Parlement en de Raad van 8 juni 2000 betreffende bepaalde juridische aspecten van de diensten van de informatiemaatschappij, met name de elektronische handel in de interne markt ("richtlijn inzake elektronische handel"), is niet van toepassing in de geneeskundepraktijk. Als diensten van de informatiemaatschappij kunnen wij de zaken vermelden die behoren tot het sociale teletoezicht thuis teneinde de persoon langer thuis te kunnen houden, valpartijen te vermijden, te voorkomen dat personen in een isolement terechtkomen, de woning van alleenstaande of gehandicapte personen uit te rusten met verschillende sensoren om ze veiliger te maken (intelligentie- of domoticawoning).

De Richtlijn 2011/24/EG van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg geeft de zorgverleners van een lidstaat waarin een patiënt verzorgd wenst te worden recht op toegang tot het elektronisch medisch dossier, indien dit voorhanden is, in de lidstaat van aansluiting van de patiënt. Voor dit gebied dat behoort tot de e-gezondheid geldt deze Richtlijn onverminderd Richtlijn 2000/31/EG van 8 juni 2000 inzake elektronische handel.

De aanwezigheid van de Nationale Raad binnen de internationale medische associaties

Dr. R. Kerzmann

Enkele jaren geleden wees professor Guy De Roy er in deze rubriek Internationale Kroniek[1] reeds op dat de Nationale Raad er van oudsher belang aan heeft gehecht deel te nemen aan de werkzaamheden van de internationale medische associaties.

Deze medische internationale organisaties zijn talrijk. Ze streven niet allemaal hetzelfde doel na en soms liggen de aangelegenheden die ze behandelen zo dicht bijeen dat sommigen zich afvragen of ze elkaar niet enigszins overlappen zonder echte meerwaarde.

In de loop van een ononderbroken deelname gedurende meer dan een kwarteeuw is de focus van de Belgische afvaardiging geëvolueerd : meer dan ooit is ze gericht op de specifieke belangengebieden van de Orde van geneesheren, met name de medische ethiek en de medische plichtenleer.

De kosten die deze internationale werkzaamheden met zich brengen, zowel wat de bijdragen betreft die door de internationale medische organisaties worden gevraagd als wat de soms verre verplaatsingen betreft, worden geregeld geëvalueerd, waarbij de prioriteiten opnieuw worden bepaald.

Het leek ons bijgevolg onontbeerlijk een geactualiseerd overzicht te geven van de werkzaamheden en de organisaties waarbij de Belgische afvaardiging anno 2014 is betrokken.

Net als in het verleden worden de werkzaamheden van de commissie Internationale Aangelegenheden driemaandelijks vastgelegd in een voltallige vergadering met het Bureau van de Nationale Raad. Het Bureau staat in voor het dagelijks beheer van de internationale briefwisseling en voor de validatie, op basis van de inlichtingen die worden verstrekt door de afgevaardigden, van de antwoorden op de vragenlijsten of enquêtes die de verschillende internationale organisaties frequent verspreiden.

In de praktijk zijn de werkzaamheden van de leden van de commissie Internationale Aangelegenheden sedert 2006 doorgaans verspreid over een “intercontinentaal gebied” (WMA, , CFOM, EFMA) en een “Europees gebied” (CPME, ECMO, GIPEF, EANA, HPCB). Op de verschillende niveaus zijn beide taalafdelingen van de Nationale Raad vertegenwoordigd.

INTERCONTINENTAAL GEBIED

WMA = World Medical Association

De WMA werd opgericht in 1947. Ze groepeert de meest representatieve nationale artsenverenigingen (vaak met syndicale strekking) en vergadert twee maal per jaar. Ze ligt aan de basis van tal van bekende ethische verklaringen, resoluties of standpuntinnames (Genève, Helsinki, Lissabon, Tokyo, Washington,…) ten gunste van een meer menselijke, onafhankelijke en uiterst kwaliteitsvolle geneeskunde. Ze heeft eveneens een Handboek voor Medische Ethiek uitgegeven dat werd vertaald in een twintigtal talen. In België is de BVAS (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten) het officiële lid van de WMA. De Nationale Raad werkt samen met de BVAS en betaalt in die hoedanigheid een gedeelte van de jaarlijkse bijdrage. Hij is regelmatig vertegenwoordigd op de twee vergaderingen per jaar van de WMA.

IAMRA = International Association of Medical Regulatory Authorities

Het initiatief voor deze organisatie werd in de jaren 90 genomen door de FSMB (Federation of State Medical Boards van de Verenigde Staten). In 2002 werd ze officieel opgericht in Toronto (Canada). Ze groepeert de verenigingen die bevoegd zijn voor de regulering van het medisch beroep en de belangrijkste aandachtspunten ervan zijn de uitwisseling van informatie over praktijkvoerende artsen, de medische nascholing en het toezicht erop en de ethische problemen. De organisatie telt nagenoeg 80 verenigingen die meer dan 30 landen vertegenwoordigen. Eind 2013 heeft de Nationale Raad beslist zijn samenwerking met deze organisatie stop te zetten, voornamelijk door de jaarlijkse kostprijs van het lidmaatschap ervan, door de onevenredige verhouding tussen het aantal vergaderingen en de enorme, zelfs overdreven, hoeveelheid enquêtes waarop hij moest beantwoorden , en door de beperkte beschikbaarheid van zijn afgevaardigden.

CFOM = Conférence Francophone des Ordres Médicaux[2]

Het is op 8 december 2006 dat verschillende vertegenwoordigers van de vereniging van de Ordes en Colleges van de Franstalige artsen voor de eerste keer bijeenkwamen in het Franse militair hospitaal van Val-de-Grâce te Parijs. Bij deze gelegenheid stelden ze het basishandvest op van wat later de Conférence francophone des Ordres des médecins (CFOM) zou worden.

Haar opdracht bestaat erin de regelgevende instanties van het medisch beroep van de Franstalige wereld te verenigen. Haar doel is een groot draagvlak te creëren voor in het bijzonder ethische en deontologische uitwisseling en hierin een kwaliteitsgeneeskunde ten dienste van de patiënten van de Franstalige wereld te bevorderen. De definitieve statuten ervan werden goedgekeurd in 2007 en de Franstalige afdeling van de Nationale Raad van de Orde maakte er eerst deel van uit als waarnemer en is nu sedert 2013 officieel en werkend lid.

EFMA = European Forum of Medical Associations[3]

Deze organisatie is een beetje "hybride" in geografische zin aangezien ze het strikte kader van de Europese ruimte te buiten gaat. In 1984 nam de regionale directeur van de WGO – Regio Europa – het initiatief voor deze organisatie, waarna ze officieel erkend werd in 1991. Veel deelnemende landen behoren tot het voormalige Oostblok, de zogeheten NIS-landen (Newly Independent States), en zijn geen lid van de WMA noch van de CPME. Zij houdt zich zowel met syndicale als met ethische aangelegenheden bezig. Voor België is de BVAS de officiële vertegenwoordiger; de Nationale Raad werkt samen met de BVAS en betaalt een gedeelte van de jaarlijkse bijdrage. De organisatie houdt jaarlijks een voltallige vergadering en het verbindingscomité ervan komt minstens met dezelfde frequentie bijeen.
Een of twee afgevaardigden van de Nationale Raad nemen er vaak op actieve wijze aan deel.

EUROPEES GEBIED

CPME = Comité Permanent des Médecins Européens (Standing Committee of European Doctors)

Deze organisatie werd in het leven geroepen in oktober 1959, twee jaar na de ondertekening van het verdrag van Rome tot oprichting van de Europese Gemeenschap. Ze heeft het statuut van een vzw naar Belgisch recht en is samengesteld uit de meest representatieve nationale artsenorganisaties van de lidstaten van de EU, met veeleer syndicale strekking. Ze organiseert jaarlijks twee voltallige vergaderingen. Ondanks het feit dat van de vier stichtende leden, met name Frankrijk, Italië, Spanje en Portugal, er twee ontslag hebben genomen om verschillende redenen waarop wij hier niet verder zullen ingaan, gaat het CPME er prat op het overkoepelende orgaan van de Europese artsen te zijn als vertegenwoordiger van nagenoeg 850.000 artsen die werkzaam zijn in de Europese ruimte. Eens te meer is de BVAS het officiële lid ervan voor België, terwijl de Nationale Raad van de Orde van geneesheren erbij betrokken is als partner zonder stemrecht. De Nationale Raad betaalt evenwel 1/3 van de jaarlijkse bijdrage en de voltallige vergaderingen worden bijgewoond door een of twee van zijn afgevaardigden.

ECMO European Council of Medical Orders (CEOM = Conseil Européen des Ordres des médecins) [4]

Deze organisatie zag het licht in 1971 onder impuls van de CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins Français) en werd Europees in 1976. De CEOM groepeert de Ordes van geneesheren en de onafhankelijke medische reguleringsinstanties van de lidstaten van de Europese Unie en van de AELE, die verantwoordelijk zijn voor de ethiek en de deontologie, de inschrijving op de Lijst of de registratie, de tucht betreffende artsen, de erkenning van de diploma's en van de specialismeniveaus, de toelating om de geneeskunde uit te oefenen en het opstellen van de beroepsregels. De CEOM heeft tot doel de samenwerking tussen zijn deelnemende organisaties te vergroten en hun acties te steunen door de uitwerking van kwaliteitsstandaarden en gemeenschappelijke standpunten. De CEOM houdt jaarlijks twee voltallige vergaderingen. Hij heeft momenteel geen formele statuten noch een jaarlijkse bijdrage maar werkt op basis van het "Akkoord van de CEOM[5].
De Belgische afvaardiging neemt actief deel aan de werkzaamheden ervan en verzorgt er regelmatig presentaties over verschillende ethische onderwerpen, de migratiestromen en de uitwisseling van tuchtinformatie. De CEOM neemt deel aan de vergaderingen van de WMA en van het CPME waarvan hij een geassocieerd lid is. Hij draagt ook bij tot de werkzaamheden van de IAMRA. De vergaderingen worden beurtelings georganiseerd in de verschillende Europese landen die er deel van uitmaken. De Nationale Raad is eveneens, via de CEOM, betrokken bij de werkzaamheden van het Europees observatorium voor medische demografie waarvan hij momenteel de stuurgroep mede leidt dankzij zijn voorzitterschap van de CEOM.

GIPEF = Organisation regroupant les Ordres de médecins de Grèce, Italie, Portugal, Espagne et France (+ 5 andere landen waaronder België)

Deze organisatie die in 1995 in Rome werd opgericht door de FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Oridini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, optredend als Orde van geneesheren van Italië) heeft een strikt deontologische en ethische strekking. Zij heeft geen statuten en er hoeft geen bijdrage voor te worden betaald. Sedert 2011 organiseert zij nog slechts één vergadering per jaar. Regelmatig neemt er een afgevaardigde van de Nationale Raad van België aan deel en verzorgt er doorgaans een presentatie.

EANA = Europäische Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte (European Working Group of Practionners and Specialists in free practice – Groupement Européen des médecins libéraux)

Deze organisatie zag het licht in 1974 en werd in 2005 een vzw naar Luxemburgs recht na de goedkeuring van de statuten ervan. Zij is in hoofdzaak syndicaal van aard en verdedigt de belangen van de artsen met een zelfstandige privépraktijk. Zij is een zeer actieve organisatie die op talrijke internationale fora (CPME, EFMA, UEMO, UEMS) aanwezig is. De werkzaamheden ervan zijn onder meer gericht op de noodzakelijke samenwerking tussen de artsen uit de openbare en privésector, het overleg met patiëntenorganisaties, het op touw zetten van preventieprogramma's, het leveren van technische prestaties, de organisatie van de wachtdiensten in de privépraktijk en de bescherming van de persoonsgegevens. Sedert enkele jaren neemt de Nationale Raad niet langer deel aan de werkzaamheden ervan, maar hij blijft op de hoogte van heel wat activiteiten via het voorzitterscomité van het CPME.

HPCB = Healthcare Professionals Crossing Boarders

Het is in 2005 op de consensusconferentie van de Europese regulatoren dat de vertegenwoordigers van de bevoegde instanties van de gezondheidszorg van heel Europa de basisbeginselen vastlegden voor de "Crossing Boarders" zoals vermeld in het Akkoord van Edinburgh. Dit akkoord voorzag in een actieplan over twee jaar voor de Europese samenwerking betreffende de uitwisseling van informatie tussen de voor de gezondheid bevoegde instanties. Na de uitvoering van dit "Akkoord van Edinburg" in 2006 en 2007 wilden de regulators deze samenwerking voortzetten, waarop zij een nieuw werkprogramma hebben opgesteld, het "Akkoord van Portugal" geheten. Dit akkoord werd gesloten in oktober 2007 onder het Portugese voorzitterschap van de Unie. Het legt een informeel kader vast voor de Europese samenwerking op het gebied van de reglementeringen, dat tot uitvoer werd gebracht van 2007 tot 2009. De drie belangrijkste gebieden binnen het kader zijn : het vaststellen van gemeenschappelijke beginselen in de verschillende reglementeringen, transparantie en toegankelijkheid van deze reglementeringen in het vlak van gezondheid en het waarborgen van de bekwaamheid van de Europese gezondheidsberoepsbeoefenaars. Er hoeft geen bijdrage te worden betaald. De Nationale Raad vaardigt slechts in zeer precieze gevallen (Den Haag en Dublin) een van zijn vertegenwoordigers af, maar hij ontvangt alle informatie betreffende de werkzaamheden en verstrekt regelmatig een antwoord op de vragenlijsten die hij ontvangt.

Overige

Daarnaast bestaan er heel wat andere internationale medische organisaties die, zonder meer, in gericht contact staan met de afgevaardigden van de Nationale Raad en die de huisartsen of specialisten vertegenwoordigen.
Enkele ervan zijn : de 'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens), de UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), de FEMS (Fédération Européenne des Médecins salariés),de 'EMSA (European Medical Student's Association), de AEMH (Association Européenne des Médecins hospitaliers), de PWG (Permanent Working Group of European Junior Doctors) die onlangs werd omgedoopt tot EJD (European Junior Doctors)..... De meeste ervan zijn in een of andere hoedanigheid "geassocieerd" aan de werkzaamheden van de WMA en/of het CPME.

---

1. *Kennismaken met Internationale Medische Associaties*, Prof. dr. G. De Roy, TNR, september 2006, nr. 113, pag. 11-15

2. *België uitgenodigd op de Conférence Francophone des Ordres Médicaux*, Dr. R. Kerzmann, TNR, maart 2013, nr. 140, pag. 11-12

3. *Verslag EFMA-OMS, Brussel, 23 en 24 juni 2011,* Dr. J.-L. Desbuquoit, prof. dr. A. Herchuelz, TNR, nr. 134, pag. 12-13

4. *Een kijk op de CEOM, een veertiger in volle evolutie en nu onder Belgisch voorzitterschap*, Dr. R. Kerzmann – A.-S. Sturbois, TNR , maart 2012, nr. 136, pag. 62 -63.

5. http://www.ceom.ecmo.eu/

Kort verslag van de CMPE-vergadering in Boekarest, 22 en 23 november 2013

Prof. dr. B. Spitz

1. Algemeen

Roemenië telt ongeveer 21.8 miljoen inwoners, zijn hoofdstad Boekarest 1.9 miljoen. Met een oppervlakte van 238 391 Km^2 is het ongeveer 8 maal groter dan België.
Het is een relatief arm land, driemaal armer dan België. De globale gemiddelde levensverwachting bedraagt er 74 jaar.
Roemenië is het Europese land met het kleinste aantal artsen per 1000 inwoners. Door een "artsenvlucht" verslechtert dit beeld nog. Tussen 2007 en 2013 hebben 14 000 artsen het land verlaten. In 2011 werkten er 20 648 artsen in 340 hospitalen, in 2013 waren dat er nog 14 487. In Frankrijk zijn 16% van de buitenlandse artsen Roemeens. Vóór een recente staking bedroeg het gemiddeld officieel inkomen van een arts-assistent 200 euro, van een specialist 495 euro. Vele ziekenhuizen moeten functioneren met een verre van optimaal personeelsbestand.
Toch volgen momenteel 7000 buitenlandse studenten uit 58 verschillende landen er een artsenopleiding, maar niet meteen om er te blijven.

2. Meeting

- 26 landen en ongeveer een 100-tal deelnemers waren present.

- De meeting bestond uit:

(1) vergaderingen van werkgroepen (WG e-Health, WG professional qualifications, WG Pharmaceuticals, WG Antimicrobial resistance, WG Healthy ageing, WG Mental Health),

(2) een meeting van de raad van bestuur en

(3) een algemene vergadering met quasi dezelfde dagorde als de raad van bestuur.

-Voor de Nationale Raad mogelijk interessante beslissingen waren:

1. De CPME wil "de" organisatie van artsen blijven en een belangrijke stakeholder bij de Europese Commissie en het Europese Parlement. Dit vereist een goede vertegenwoordiging van alle landen. Het afhaken van Frankrijk, Spanje, Italië en Portugal in de CPME blijft als problematiek hoog op de agenda staan en men zoekt voor deze landen naar mogelijk andere representatieve organisaties.
De voorzitster van de CPME, Dr. Katrin Fjeldsted uit IJsland, benadrukt de alvast klinische onafhankelijkheid van de CPME.
Strategisch zal men blijven ingaan op door bevoegde instanties gestelde vragen, maar ook, meer dan in het verleden het geval was, pro-actief werken. Om economische en ecologische redenen zal het aantal meetings niet opgedreven worden. Zonder het belang van persoonlijke contacten te ontkennen, dienen moderne communicatiemogelijkheden een grotere rol te spelen. Verder zal er ook meer contact worden gelegd met andere gezondheidsberoepen: tandartsen, verpleegkundigen, veeartsen…
Werkgroepen moeten eindig zijn en kunnen afronden. Een aantal van de huidige werkgroepen zullen "hiberneren", tot het behandelde probleem eventueel terug geactiveerd wordt. Per werkgroep wordt wel een verantwoordelijke aangesteld die de problematiek blijft opvolgen. Voor ethische aangelegenheden wordt er echter toch opnieuw een nieuwe werkgroep opgericht.

2. Het jaar 2013 werd afgesloten met 19 440 euro overschot (inkomsten 759 700 euro, uitgaven 730 260 euro). De uitgaven voor 2014 werden op 789 960 euro begroot.

3. Een vraag tot CPME- lidmaatschap van de "European Union of Medicine in Assurance and Social Assurance" werd uitgesteld. Globaal heerste de mening dat deze vereniging van "specialisten" beter bij de UEMS hoort, tenzij het tegendeel kan worden bewezen.

4. De vraag tot CPME-lidmaatschap van Turkije wordt verdaagd naar een volgende vergadering en vergt ruggespraak met de Europese instanties.

5. CPME en FVE (The Federation of Veterinarians of Europe) stellen een gezamenlijk memorandum of understanding op voor het bestrijden van antimicrobiële resistentie en voor de vrijwaring van efficiëntie van antibiotica.

6. Onder het punt lobbyingstrategie voor 2014 wordt in het document CPME 2013/122 aandacht gevraagd voor synergie en afstemming tussen de acties die door de CPME en door nationale vertegenwoordigers worden ondernomen.
In een manifest zullen de Europese beleidsvoerders opgeroepen worden om:
- Artsen te steunen in hun professionele autonomie, teneinde garant te kunnen staan voor een gezondheidzorg van hoge kwaliteit.
- Een doeltreffend netwerk voor patiëntenveiligheid en kwaliteitszorg te vrijwaren.
- Over de sectoren heen acties te ondernemen om ongelijkheden in gezondheid te dichten.

Voor de CPME-bijeenkomsten in 2014 wordt een oproep gedaan naar te behandelen thema's. Vanuit Griekenland, dat dan het voorzitterschap van de EU zal waarnemen, werd als topic alvast "De werkvooruitzichten voor artsen in Europa gedurende de volgende jaren" naar voor geschoven. Vanuit de vergadering werd het thema "migratie" gesuggereerd.

7.CPME-beleidslijnen

A. eHealth
Onder dit punt ging het vooral over eID, de elektronische identiteit van artsen, waaronder een elektronische professioneel identiteitsbewijs wordt bedoeld dat gebruikt kan worden in een cross-border setting. Als noodzakelijke voorwaarden voor de verwezenlijking van dit concept werd gewezen op het belang van het bestaan van een internationale beveiligde uitwisseling van betrouwbare gegevens, waarvoor nog geen wettelijke Europese basis bestaat. Het door de vergadering aangenomen document:
"Ensuring the secure use of telemedicine and e-health applications in an integrated Europe - Towards a Common Policy Agreement on Electronic ID Systems for Physicians" poogt de kloof te dichten.

B. De CPME bekrachtigt de in 2013 (Brazilië) herziene WMA-Verklaring van Helsinki, waarin kwetsbare groepen beter worden beschermd en vergoedingsmechanismen worden voorzien, zo een deelnemer aan een studie schade oploopt. Participanten aan een studie dienen geïnformeerd te worden over haar resultaten en moeten kunnen profiteren van eruit voortvloeiende behandelingen.

C. De CPME herbevestigt dat patiënten niet mogen gediscrimineerd worden op basis van o.a. hun seksuele geaardheid.

D. Een Memorandum of Understanding wordt afgesloten tussen de CPME en de Europese vereniging voor tandartsen. Deze laatste vertegenwoordigt 340 000 zorgverstrekkers in Europa. Men spreekt af synergetische initiatieven te ondersteunen in het domein van patiëntenrechten, het vrijwaren van de grondbeginselen voor een goede professionele praktijkvoering, patiëntveiligheid, beroepsgeheim, empowerment van patiënten, het promoten van het belang van buccale gezondheid en het voorkomen van antibioticaresistentie.

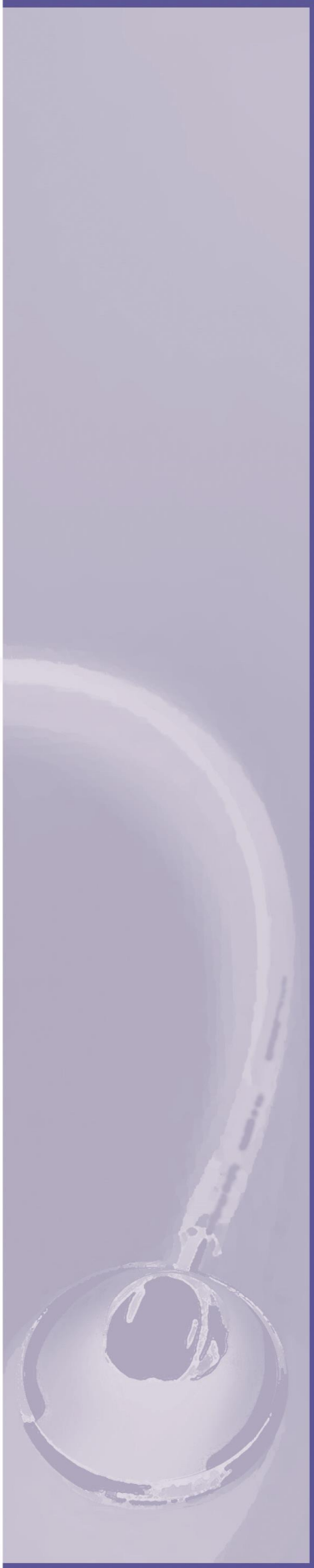
E. De CPME verbindt er zich toe de topic nutritie en fysieke activiteit systematisch op haar agenda te plaatsen.

F. De CPME ondersteunt een resolutie waarbij artsen gemobiliseerd worden de problematiek van alcoholgebruik bij jongeren en overdreven alcoholgebruik in het algemeen aan te pakken.

G. Een belangrijke resolutie betreffende de alternatieve geneeskunde dient herwerkt te worden teneinde een breder draagvlak te bekomen, gezien de maatschappelijke gevoeligheid.

H. Betreffende de gezondheid (ongezondheid) van artsen zelf, gebeurde door de CPME een bevraging waaraan 11 landen gevolg gaven. Hieruit blijkt vooral de noodzaak verder "good practises" uit te wisselen. Een oproep werd gelanceerd om mee te werken aan een werkgroep, die deze problematiek, in samenspraak met de al bestaande initiatieven, ter harte wil nemen.

8. De volgende CPME-vergaderingen vinden plaats in Brussel (05-04-2014) en vermoedelijk Budapest (15-11-2014)



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—Internetsite: http://www.ordomedic.be

HOOFDREDACTEURS

Prof. dr. M. Deneyer, Prof. dr. R. Kramp

VERANTWOORDELIJKE UITGEVERS

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

Voor ondertekende artikels is de auteur verantwoordelijk.