
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsvereniging van
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 6/ JUNI 2000

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

GEEN EUTHANATISCHE HARDNEKKIGHEID A.U.B.

Het is nuttig te herhalen dat tot op heden nergens ter wereld het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek, of euthanasie, uit de strafwet werd gehaald. Ook niet in Nederland waar het wordt gedoogd en de arts niet wordt vervolgd als hij het zorgvuldig en volgens het boekje doet.

Het Frans Ethisch Comité besliste op 27 januari 2000 dat euthanasie in het strafrecht moet blijven. De Franse ethici weigeren een recht te creëren op een levensbeëindigende tussenkomst door een derde. Ze aanvaarden in uitzonderlijke noodsituaties euthanasie als een daad van solidair medeleven.

Het verzet van velen, ook van het VBS en de BVAS, in de media tegen het wetsvoorstel betreffende de euthanasie van 20 december 1999, ingediend door de politieke meerderheid, met verbaasde internationale reacties omdat de beroepsbeoefenaars niet vooraf werden gehoord, heeft mede aanleiding gegeven tot een reeks debatten in de Senaat. Het siert onze democratie dat ze publiek waren, op enkele getuigenissen na, omwille van de privacy. Opmerkelijk was dat RTBF-televisie wel, doch de Vlaamse televisie niet, deze fundamentele debatten uitzond.

Vier maanden discussie en overleg, met verslaggeving in de media hebben sporen nagelaten. Niet het hekelen van de vertegenwoordigers van de Orde in de Senaat, niet het schimpen van sommige journalisten (vb. "Is de BVAS niet tegen euthanasie omdat artsen geen facturen meer kunnen maken voor overledenen?" TV1-journaal 24.12.1999) hebben het denken van artsen over een aantal thema's gekatalyseerd. Wel de ervaringsgetuigenissen van patiënten en collega's, van verpleegkundigen, ethici en juristen.

De aandacht is verscherpt omtrent het vermijden van therapeutische hardnekkigheid zonder evenwel de patiënt kansen op een correcte diagnose en behandeling te ontnemen. Pijnbestrijding en palliatieve zorg moeten verder worden uitgebouwd zowel in de opleiding, wat misvattingen over morfinegebruik moet uitbannen, als in de dagelijkse praktijk. Dit vergt financiële ondersteuning. Bij de vaststelling van de prioritaire behoeften in de

gezondheidssector voor de periode 2001-2003 hebben de artsen in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen hiervoor een budget gevraagd.

De Orde der Geneesheren heeft misschien iets sneller dan gepland zijn deontologische regel over het tijdig meedelen van "slecht nieuws" aan de patiënt aangepast aan de nieuwe tijdsgeest. De patiënt heeft recht op zijn diagnose en de consequenties ervan op zijn levensverwachting, maar met het behoud van het recht op niet weten. Het is de arts die inschat wanneer die boodschap wordt overgebracht.

De juristen klonken niet uni sono, maar waren zeer kritisch. Eminente vrijzinnigen stelden dat er niet wetgevend moet worden opgetreden. Christelijk geïnspireerden wensten wel regelgeving, maar nooit de depenalisering. De indieners van het wetsvoorstel verwachtten applaus maar kregen een koude douche van de juristen. Het gevaar van euthanasie om economische redenen werd door meerderen geuit. Intensieve zorgen specialisten spraken van "verdelende rechtvaardigheid" wanneer ze, door beddentekort, een beslissing tot beëindiging van therapie, met het overlijden als gevolg, moeten bespoedigen.

Patiëntenvertegenwoordigers, geriateren, verpleegkundigen, verwoordden hun ongerustheid over de zorg over de zwakkeren, ouderen, gehandicapten. Het opheffen van het verbod om mensen te mogen doden, houdt immers in dat sommige mensenlevens minder waard zijn dan andere. De wetenschap dat 10 procent van de zieke patiënten 75 procent van de uitgaven veroorzaken, dat overal de druk op het gezondheidsbudget onhoudbaar is, dat een aantal Westerse landen sommige vitale zorgen koudweg weigeren voor terugbetaling op te nemen, heeft enkele indieners van het voorstel terecht aan het twijfelen gebracht.

Artsen willen het naderend levenseinde niet in de schemerzone afhandelen. Zij willen zich niet onttrekken aan de maatschappelijke toetsing, noch aan het eventuele oordeel van een rechtbank.

Met velen vragen wij de politici: bezondig U niet aan politieke euthanatische hardnekkigheid.

Jules MESSING, professor strafrecht aan de ULB, in de Senaat parafraserend, stellen wij dat de euthanasiewet niet toepasbaar is en dus overbodig. De hyperindividuele situatie van een beslissing door een individu omringd door verzorgenden en naasten, is niet te vatten in een wet. Bovendien is euthanasie depenaliseren letterlijk wereldschokkend.

Dr. M. MOENS
Secretaris-Generaal
10.6.2000

BESTAAT ER EEN IDEALE OPLOSSING VOOR DE VERZEKERING BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID VOOR DE ARTS ?

Mededeling door Dr M. MOENS t.g.v. het symposium "De verzekering van de medische beroepsaansprakelijkheid op een keerpunt? – Een analyse van de actuele problemen en mogelijke oplossingen tot remediëring" georganiseerd door "De Medische n.v." op 11 mei 2000, Aula major, UIA, Antwerpen.

1. INLEIDING

Reeds vele jaren wordt er gezocht naar een oplossing voor het probleem der beroepsaansprakelijkheid. De intensiteit van dit zoeken kent ups en downs en wordt beïnvloed door een aantal wisselende factoren zoals de creatie van de Wet op de landsverzekeringsovereenkomsten van 25/06/1992, de Chinese kruidenzaak, een interuniversitair colloquium over « Aansprakelijkheid en medische ongevallen » (14/02/1996) n.a.v. de forse toename van de verzekeringspremies e.d.m.

Zowel de minister van Volksgezondheid, Mevrouw Magda AELVOET, als de minister van Sociale Zaken, de Heer Frank VANDENBROUCKE, uit de op 14 juli 1999 geïnstalleerde regenboogcoalitie, hebben vanaf het eerste contact met de BVAS de beroepsaansprakelijkheidsverzekering als een prioritair te behandelen punt erkend. De reeds bestaande werkgroep dienaangaande op het ministerie van Volksgezondheid, onder leiding van directeur-generaal Christiaan DECOSTER, organiseerde zeer recent enquêtes bij de artsen, de mutualiteiten, de verzekeringsondernemingen en de ziekenhuizen, die op 14 juni e.k. zullen worden voorgesteld op een nationaal symposium.

Zonder de resultaten vandaag al te kennen, kunnen we een aantal elementen opsommen waarmee in de zoektocht naar een ideale oplossing rekening dient te worden gehouden.

2. DRUK VAN OMGEVINGSELEMENTEN OP DE BEROEPSUITOEFENING

2.1. *Budgettaire dwang*

Zelfs met de jaarlijkse groeinorm van 2,5 % die de nieuwe Regering goedkeurde voor de gezondheidszorg, weet elkeen dat lang niet alle behoeften kunnen worden ingevuld.

Vooraf in de medische sector worden de uitgaven stelselmatig en zeer scherp gecontroleerd. De op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet) bevat hiertoe tal van artikels. Volgens artikel 73 moet de arts « zich onthouden van het voorschrijven van nutteloze of nutteloos dure onderzoeken en behandelingen alsook van het verrichten of laten verrichten van overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ».

Het onnodig dure of overbodige karakter van onderzoeken en behandelingen moet blijken uit de vergelijking met de verstrekkingen die een andere zorgverlener in gelijkaardige omstandigheden zou verrichten of laten verrichten. Dit blijft een zeer subjectief gegeven omdat een gelijkaardige pathologie niet identiek verloopt bij verschillende patiënten.

In zijn interpretatie van artikel 73 neemt de Dienst voor Geneeskundige Controle van het RIZIV niet het medico-legaal aspect als redelijke verantwoording van medisch handelen in overweging, maar alleen het louter budgettaire.

2.2. Evidence Based Medicine (E.B.M.)

Hoe langer hoe meer wordt de terugbetaalbaarheid door het RIZIV van geneesmiddelen, diagnostische en therapeutische verstrekkingen gekoppeld aan richtlijnen, voorwaarden, diagnoseregels, e.d.m.

In de geneesmiddelensector worden tal van medicaties slechts terugbetaald onder strikte voorwaarden. Welke verantwoordelijkheid draagt de arts die vb. geen cholesterolverlagende medicatie voorschrijft voor zijn patiënt die volgens internationale « Evidence Based Medicine »-criteria wel, maar volgens de Belgische normen niet in aanmerking komt voor behandeling omdat de Overheid de terugbetaling weigert.

Wie draagt de verantwoordelijkheid als een behandelende geneesheer afziet van bepaalde diagnostische onderzoeken omdat de indicaties voor terugbetaalbaarheid achter de wetenschappelijke indicaties aan hinken ?

Indien de overheid de terugbetaling zou beperken tot hetgeen echt « evidence based » is, zullen heel wat genezingskansen voor patiënten verloren gaan, enerzijds omdat E.B.M. zich slechts zeer langzaam kan ontwikkelen en dan nog in een beperkt aantal domeinen, anderzijds omdat E.B.M. de ontwikkeling van de specialistische geneeskunde dreigt af te remmen.

De vermenigvuldiging van het aantal richtlijnen i.v.m. het medisch handelen ontstaat volgens de Overheid in de eerste plaats vanuit de bekommernis om kwaliteit, maar ons inziens ook, en vooral, vanuit een budgettair oogmerk. Het medico-legaal aspect komt nauwelijks aan bod.

2.3. Normen en regelgeving

De voorbije jaren werd de sector gezondheidszorg overrompeld door erkenningsnormen, veiligheids- en kwaliteitsregels, evaluatie- en controlecriteria. Zolang deze reglementering de kwaliteit bevordert, is ze aanvaardbaar, indien tenminste de nodige financiële middelen ter beschikking worden gesteld. Als het financieel-economisch kader de toepassing van de regelgeving onmogelijk maakt, creëert elke nieuwe regelgeving de mogelijkheid tot rechtsverhaal wegens niet-nauwlettende naleving.

In een aantal gevallen wordt de regelgeving echter alleen ervaren als een discriminatie van bepaalde zorgverleners, vb. om bepaalde prestaties alleen in een welbepaalde omgeving toe te laten, wat meer met politiek dan met kwaliteit te maken heeft..

2.4. Consumentisme

De ziekenfondsen dragen een financiële verantwoordelijkheid in het systeem van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Wanneer de budgetten worden overschreden moeten ze, via een beperkte verhoging van de ledenbijdragen, een deeltje terugbetalen aan de overheid. Als het budget niet werd uitgeput, krijgen ze daarentegen een bonificatie.

De V.I.'s zoeken een voor verzekeraars optimale prijs/kwaliteitsverhoudingen m.a.w. een goedkope medische zorg voor hun consumenten-leden. Ze zullen ook optreden als aanklagers wanneer ze een vermoeden hebben van foutief medisch handelen.

Elke uitgave die ze kunnen recupereren via een beroepsaansprakelijkheidsverzekering wegens foutief medisch handelen, vermindert hun aandeel in de RIZIV-uitgaven.

Het aantal medico-legale klachten neemt toe ondermeer omdat de ziekenfondsen georganiseerd optreden als consumentenbureaus, en ook in de plaats van hun leden kunnen optreden.

De maatschappelijke beweging die de versterking beoogt van de rechten en de macht van de consumenten vertaalt zich ook in de rechtspraak. Medische zorg wordt als een « goed » beschouwd en de mondige patiënt beschouwt de zorgverlening meer en meer als een resultaatsverbintenis i.p.v. een middelenverbintenis.

De rechtspraak vergoedt meer en meer slachtoffers van vermeende medische fouten. Naast het direct aansprakelijkheidsverband worden ook meer formele aspecten in aanmerking genomen om een schadevergoeding toe te kennen, zoals vb. tekortkomingen op het vlak van de informatieplicht.

2.5. Juridisering

Het is een algemeen gegeven in onze (post-) moderne samenleving dat allerlei maatschappelijke processen uitvoerig door de wetgever worden begeleid en omschreven. De Overheid schept meer en meer juridische verplichtingen die, wat de gezondheidssector betreft, telkens opnieuw bijkomende aanleidingen kunnen vormen tot medische aansprakelijkheidsstelling.

Een aantal actuele wetsontwerpen horen in deze categorie thuis, ondermeer deze betreffende de patiëntenrechten. De informatieplicht die hierin wordt opgenomen vertrekt ten onrechte van het uitgangspunt dat de geneeskunde een exacte wetenschap zou zijn. Het is niet steeds mogelijk via onderzoek een juiste diagnose te stellen. Een correcte behandeling leidt niet met mathematische zekerheid tot het verhoopte resultaat. Bovendien moet de informatie door de patiënt kunnen worden begrepen, wat, afhankelijk van het begripsvermogen en de opleiding van de betrokkene, niet altijd realiseerbaar zal zijn.

Ook de discussies over informed consent, het openstellen van het medisch dossier van de patiënt, de mededeling van de diagnose conform het aangepaste artikel 33 van de Code van de medische plichtenleer, zelfs het wetsontwerp over euthanasie, verhogen het risico van de beroepsaansprakelijkheid op significante manier.

Een aanvaardbare omschrijving vinden voor het normale risico dat steeds verbonden is aan correct medisch handelen is blijkbaar moeilijker dan het wettelijk regelen van patiëntenrechten e.d.m. De arts moet ook zijn rechten doen gelden : recht op een zorgvuldige zorgverlening volgens de stand van de wetenschap en rekening houdend met de door de Overheid beschikbaar gestelde middelen. Een zorgvuldige zorgverlening is niet hetzelfde als een defensieve geneeskunde. Onder invloed van de rechtspraak wordt de geneeskunst nochtans onvermijdelijk meer defensief, wat dan weer in botsing kan komen met de budgettaire beperkingen opgelegd via het RIZIV.

Onbegrijpelijk is tenslotte de paradoxale houding van de Overheid i.v.m. de « alternatieve geneeswijzen », terwijl de huidige financieel-economische impasse in de verzekering van de beroepsaansprakelijkheid precies ontstond in deze context n.a.v. de Chinese kruidenzaak.

Het is bijzonder betreurenswaardig dat de mutualiteiten deze alternatieve, maar risicovolle, sector gebruiken als concurrentiemiddel om potentiële klanten-patiënten naar hun aanvullende verzekeringen te lokken, of weg te snoepen bij een andere verzekeringsinstelling.

3. MOGELIJKE OPLOSSINGEN : ANALYSE

Binnen de bestaande wetgeving is de beste verzekering voor de arts de verzekering die het foutief handelen dekt voor alle gevolgen die er kunnen uit voortvloeien., in een medico-legaal systeem waarbij de fout en het oorzakelijk verband moeten bewezen worden.

Dit veronderstelt het behoud van de dekking die berust op het schadeverwekkend feit.

In het huidige systeem zijn de artsen al langer vragende partij voor een aantal punten, waarover niet noodzakelijk consensus bestaat binnen de ganse beroepsgroep :

- * verkorting van de verjaringstermijn
- * wettelijke strikte beperking en eenduidige omschrijving van de uitsluitingsbepalingen
- * enkel selectieve uitsluiting door een verzekeraar na schadegeval
- * omschrijving van het begrip zware fout
- * invoering van het begrip therapeutisch risico
- * voorkomingsbeleid van geschillen via betere informatie naar de patiënt
- * betaalbare premies, gebaseerd op transparante gegevens vanwege de verzekeraars
- * wettelijke verplichting tot het afsluiten van een polis beroepsaansprakelijkheid.

Tot op heden is het in België bijzonder moeilijk om over objectieve gegevens te beschikken over de aard van de schadegevallen, hun frequentie en het bedrag van de uitbetaalde schade. Er bestaat geen Belgisch kadaster van de geschillen i.v.m. medische fouten. Via de bij de inleiding vernoemde enquêtes zal hierop eerstdaags hopelijk meer licht kunnen schijnen.

Naar de toekomst toe zal rekening dienen te worden gehouden met de druk van elk van de omgevingselementen zoals hierboven opgesomd. Eén enkele oplossing zal allicht niet volstaan.

- * Een vergoeding van schade die het gevolg is van correct medisch handelen. Deze foutloze benadering moet de trend stoppen van de rechtbanken die de slachtoffers steeds frequenter willen vergoeden en hiervoor de arts (of het ziekenhuis) een fout moet aanwrijven.

Er moeten sluitende voorzorgsmaatregelen worden genomen dat, indien men een vorm van « no fault » zou invoeren, de zorgvuldigheid van het medisch handelen niet afneemt en dat er geen kostenexplosie ontstaat t.g.v. het ongebreideld melden van (vermeende) schadegevallen.

- * In een rechtsstaat moet het principiële mogelijk blijven een rechtsverhaal in te dienen bij foutief medisch handelen. Er moet dus vooraf een keuze worden gemaakt of een slachtoffer gebruik zal maken van de foutloze weg of van deze weg. Uitermate

belangrijk is dat de wetgever, in de wet op de patiëntenrechten of elders, duidelijk en restrictief het begrip medische fout definieert.

- * Indien de Overheid meent dat ze de medische beroepsuitoefening moet koppelen aan guide-lines, normen « Evidence Based Medicine »-regels, en budgettaire beperkingen, dan moet dit « medisch normatief » handelen zo gedefinieerd worden dat het systematisch samenvalt met het medico-legaal standpunt.
- * De informatieverplichting aan de patiënt moet op een redelijke en realistische wijze worden omschreven. Bovendien moet medico-legaal worden vastgelegd dat het weigeren van onderzoek of zorg door de patiënt op basis van de hem verstrekte informatie niet tegenstelbaar is tegen de behandelende arts.

Over de financieringswijze van een gemengd systeem « no fault » en « fault » bestaan alleen een aantal denkpistes.

De medische honoraria zijn zeer laag in België en voor vele ingrepen staan ze absoluut niet in verhouding tot de inspanning, de vereiste deskundigheid en het risico. Tenzij de Overheid de honoraria voor deze verstrekkingen drastisch zou verhogen, is het duidelijk dat de artsen niet nog hogere premies willen noch kunnen betalen. De artsen willen vanwege de verzekeringsmaatschappijen objectieve informatie over de prijszetting van hun verzekeringspremies.

Er is sprake van een « Fonds » dat beheerd zou kunnen worden door degenen die het fonds zouden spijzen. Naast de artsen worden ook de ziekenhuizen, de mutualiteiten en de verzekeraars genoemd. Hoe dan ook zal de Overheid hierbij moeten betrokken worden en hoe dan ook zal de Overheid financieel geïmpliceerd worden, weze het direct via de honoraria, de verpleegdagvergoeding en de subsidiëring van de mutualiteiten, of indirect via de privé-verzekeraars.

Als artsensyndicaat moeten wij erover waken dat discriminatie tussen de verschillende artsengeledingen wordt vermeden. Alhoewel de inflatie van de premies voor de beroepsaansprakelijkheid en de uitsluiting van artsen voor een beroepsaansprakelijkheidsverzekering vooral opvalt binnen de snijdende disciplines, inclusief de anesthesie, m.a.w. het milieu van het ziekenhuis operatiekwartier, moeten we de problematiek in zijn geheel aanpakken.

Het recente schadegeval wegens onvoldoende informatie betreffende de immunitaire status tegenover Toxoplasmose en de Chinese kruidenzaak bewijzen dat zich ook catastrofes buiten het ziekenhuis kunnen afspelen.

Dr M. MOENS
11/05/2000

HET MONOPOLIE VAN DE « GLOBALE ZORG »?

In navolging van de standpunten ontwikkeld door Mevr. M. AELVOET en haar kabinetsmedewerker Dr VAN LOON, heeft nu ook de Waalse Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid DETIENNE een nota opgesteld over « De concrete organisatie van de eerste lijn rond de patiënt », welke bijna niets anders is dan een overdruk van de

documenten van zijn federale collega. Om het zgn. « subsidiariteitsprincipe » te doen zegevieren worden desnoods de meest onzinnige theorieën verkondigd. We konden er niet aan weerstaan om hierop hevig te reageren in een brief d.d. 8 juni jl. (vertaling)

« Mijnheer de Minister,

Wij hebben kennis genomen van uw nota « Concrete organisatie van de eerste lijn rond de patiënt » dd. 26.04.2000 waarin wij bijzonder kwetsende uitlatingen aantreffen t.a.v. de geneesheren-specialisten en, wat zo mogelijk nog erger is, ook nog t.a.v. de artsen van de spoedgevallendiensten:

« Er blijft verwarring bestaan over de vraag of sommige specialistische actoren ook deel uitmaken van de eerste lijn (ambulante zorg van specialisten, Centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning,...).

In feite maken ze er deel van uit in de mate dat de patiënt er rechtstreeks toegang tot heeft; dezelfde bedenking geldt voor de spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen. Dit is geen ideale situatie omdat de patiënt het risico loopt er niet in zijn globaliteit te worden benaderd en de diverse tussenkomsten het geheel incoherent kunnen maken; wij willen dus prioriteit geven aan de globale benadering, en bijgevolg de eerste lijn van de huisartsen ontwikkelen. De andere actoren en structuren dienen beschouwd te worden als deel uitmakend van de tweede lijn, zelfs wanneer de patiënt er zich, in sommige gevallen, spontaan kan toe begeven zonder langs de huisarts te moeten gaan. »

Risico van niet-globale benadering?

Op welke grond of vanuit welke wetenschap meent U te kunnen beweren dat de patiënt « het risico loopt niet in zijn globaliteit benaderd te worden » door de geneesheer-specialist?

U gelieve er nota van te nemen dat:

-de arts, omnipracticus of specialist, het zich niet kan veroorloven een globale benadering te verwaarlozen, want dat zou betekenen dat hij een beroepsfout begaat. Op medico-legaal vlak is elke arts hoe dan ook gehouden tot een globale benadering van de patiënt bij elke professionele tussenkomst. Elke arts draagt, zodra hij een patiënt tenlaste neemt, de volledige juridische aansprakelijkheid in gans haar globaliteit. Kent U een gerechtelijke uitspraak waarbij een specialist die niet de nodige zorg heeft besteed aan de aandoening van zijn patiënt, wordt vrijgesproken wegens « aandoening niet behorend tot zijn specialisme »?

-De geneesheer-specialist is in de eerste plaats **een arts** (wettelijk diploma in de genees-,heel-, en verloskunde) die bovendien een aanvullende opleiding heeft genoten van 5 à 6 jaar, waardoor hij bijzonder performant wordt in een welbepaald deelgebied. Deze bijkomende opleiding integreert voortdurend de globale benadering **omdat de geneeskunde één geheel vormt**. De helft van deze opleiding (gemeenschappelijke stammen) is overwegend globaal, terwijl de hogere opleiding, nog steeds binnen dit globaal concept, dieper ingaat in bepaalde gebieden en beoogt de arts vertrouwd te maken met gespecialiseerde technieken.

Op dezelfde wijze beoogt de continue navorming die opgelegd werd door de officiële erkenningscriteria, het bijhouden van kennis en bevoegdheden, in het perspectief van een continuüm van globale benadering. De multidisciplinariteit wordt aanhoudend, en als maar meer geïntegreerd in de continue navorming. Ons accrediteringssysteem werd trouwens zodanig opgevat dat deze benadering bevorderd zou worden.

-Wat de **spoedgevallenzorg** betreft, wijzen wij U er op dat de geneesheer-specialist in urgentiegeneeskunde (arts + 7 à 8 jaar, m.a.w. x2) bij uitstrek bepaald werd als zijnde « multidisciplinair ». Uw ex-collega M.Colla heeft dit ten andere formeel ingeschreven in de erkenningsnormen voor desbetreffende ziekenhuisfuncties.

En U zou hen beschuldigen van niet-globale benadering? Gelieve U rekenschap te geven van het vitaal karakter van hun globale tussenkomst. De rol van de urgentiearts bestaat erin ogenblikkelijk een globale benadering te leveren!

Bovendien voorzien de algemene erkenningscriteria van de geneesheren-specialisten uitdrukkelijk dat de kandidaat-specialisten in de verschillende specialismen (13 in totaal) die toegang hebben tot deze aanvullende opleiding, per definitie moeten vertrouwd gemaakt worden met alle spoedgevallen en dit op multidisciplinaire wijze.

Wat de andere artsen betreft, omnipractici of specialisten, voorzien de criteria voor urgentiegeneeskunde (M.B. van 12.11.93) een theoretische en praktische opleiding van 120 uur en een stage van 240 uur gespreid over 24 maanden, met minstens 10 pre-ziekenhuisinterventies. Een werkgroep van de Hoge Raad kwam onlangs en met nadruk tot de conclusie dat deze opleiding zou moeten opgenomen worden in het curriculum van de studies voor het bekomen van het diploma van arts, menend dat elk medicus in staat moet zijn om de eerste opvang van alle spoedgevallen te verzekeren. Wat dus blijkbaar niet het geval zou zijn.

Zou U het dan, als verantwoordelijk minister, nog aandurven om op grond van enkele niet eens gestaafde (dus: dogmatische) overwegingen, het monopolie van de « globale benadering » toe te vertrouwen aan de huisarts van de eerste lijn, en tegelijkertijd aan hen die deze daadwerkelijk verzekeren, het verwijt sturen dat zij een risico doen ontstaan? Het « risico » dat wij hier aanwijzen ...is zeer reëel voor de patiënt.

(N.v.d.r.: wij zijn ons uiteraard bewust van het bestaan van een oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten; maar de minister benadert dit probleem duidelijk langs de verkeerde kant)
« ...in sommige gevallen »?

Het Rapport PEERS heeft er de aandacht op gevestigd dat 70% van de patiënten van de geneesheren-specialisten zich spontaan tot hen wenden. Slechts 30% van hun patiënten worden verwezen door de huisarts.

Deze cijfers tonen duidelijk aan dat onze patiënten geenszins uw mening delen, en helemaal niet bevreesd zijn om niet globaal benaderd te worden. Misschien is dit eerder een aanwijzing voor de tegenovergestelde vrees. Als uw politieke keuze werkelijkheid wordt, komt daarbij nog de vrees niet tijdig naar de specialist verwezen te worden en, in elk geval, niet langer te beschikken over hun zelfbeschikkingsrecht en hun vrije toegang. Denkt U niet dat, alvorens maatregelen te treffen, het aangewezen is om vooraf de rationele voorzorg te nemen de werkelijke of vermoedelijke risico's te evalueren, om tijdig de nodige nuances, het nodige voorbehoud en de nodige minimale begeleidende regelgeving te voorzien in het belang van de patiënt?

Uit de berichten die ons bereiken vanuit het buitenland, blijkt het door U voorgestelde systeem niet langer de hypothese van een betere kwaliteit te bieden, noch meer vertrouwen of voldoening vanwege de patiënten te verwekken. Noch - en dat is overduidelijk - goedkoper te zijn.

De doctrine van de echelonnering is, zowel medisch als economisch, een obsoleete en voorbijgestreefde denkpiste. Ze is verouderd en strijdig met de Evidence Based Medicine.

« Er blijft een verwarring bestaan... » ?

Conclusie: de zgn. « verwarring » waarover U het hebt, is niets anders dan het doctrinair knutselwerk van enkele technocraten-ideologen die nooit vertrouwd zijn gemaakt met de dagelijkse medische praktijk.

Het Arbitragehof heeft gezegd, in het kader van een verzoekschrift tegen art. 12 van de wet van 26.07.1996 over de modernisering van de sociale zekerheid: « *Uit de bestreden bepaling zelf kan niet worden afgeleid dat de patiënt verplicht zou worden voor elke zorgverstrekking eerst de huisarts te raadplegen; evenmin kan eruit worden afgeleid dat er voor de patiënt een verbod zou zijn om een geneesheer-specialist van eigen keuze, al dan niet rechtstreeks, te consulteren. Die geneesheer-specialist behoudt uiteraard het recht een eigen medisch dossier aan te leggen.* »

Het Hof verduidelijkte bovendien dat deze kaderwet weliswaar zelf geen discriminatie schept tussen practici van eerste lijn en tweede lijn, doch dat de aan de Koning gedelegeerde uitvoeringsbevoegdheid niet tot discriminerende maatregelen mag leiden.

De geneeskunst bestaat, zoals Caesar's Gallië, uit « partes tres »: de geneeskunde, de tandheelkunde, en de artsenijsbereidkunde.

De uitoefening van de geneeskunde heeft betrekking op het menselijk wezen in zijn geheel. Beweren dat er slechts één discipline die geneeskunde beoefent, is een grove leugen. Bovendien is het een aantasting van de beroepseer van hun collegae van andere disciplines.

Daarom zijn wij zo vrij dit schrijven te besluiten met een citaat van George Orwell, dat recent terecht kwam in Artsenkrant, precies in verband met de recente ontwikkelingen in het raam van de Engelse N.H.S.: « Politieke taal dient om een klank van waarheid te geven aan leugens...en om een tastbare schijn te geven aan wind. »

Wij verzoeken U daarom de kwetsende zinspeling over een vermeend « risico » tot niet-globale benadering van de patiënt uit uw nota van 26 april jl. te corrigeren. Ze getuigt van een gebrek aan eerbied ten overstaan van de 11.000 ziekenhuisartsen die dit land nog telt, zolang het huidige netwerk blijft bestaan. Maar ze is ronduit kwetsend voor de reeds 6000 nederige burgers, specialisten zonder ziekenhuispraktijk, die U en uw federale collega Mevr. AELVOET, globaal uit hun dagelijks praktijkveld willen sluiten.

Wij danken U bij voorbaat voor uw aandacht en verblijven volledig te uwer beschikking voor elke commentaar of gedachtewisseling in dit verband.

Met beleefde groeten,

Prof. Dr J. GRUWEZ
Voorzitter a.i.

MASTEROPLEIDINGEN PSYCHOLOGIE / COUNSELING

Binnen de gezondheidszorg bestaat een grote vraag naar inzicht in het menselijke gedrag en communicatie. Het BeNeLux-Universitair Centrum (B.U.C.) heeft daartoe de

geaccrediteerde deeltijdse 'postgraduate' Masteropleidingen Psychologie / Counseling, inclusief vaardigheden ontwikkeld en uitgebouwd.

Het doel van de opleiding is om managers e.a. verantwoorde kennis, inzicht en praktisch bruikbare vaardigheden te bieden ten behoeve van werk en/of beroep. Hierbij wordt tegemoet gekomen aan de toenemende behoefte van de professional om, enerzijds inzicht in het gedrag te krijgen, anderzijds vaardigheden in gesprek en communicatie te verwerven, alsook om persoonlijk effectiever te gaan functioneren.

In dit verband wordt ook plaats ingeruimd voor het interdisciplinair leren denken en communiceren, dat in onze tijd noodzakelijk is voor de professionals in de praktijk.

De inhoud bestaat bij beide opleidingen, naast de essentiële vakonderdelen psychologie, tevens uit een opleiding in gespreksanalyse en counseling. Bij psychologie ligt de nadruk op het verwerven van inzicht in de menselijke psyche en de wijze waarop deze praktisch werkt. Bij counseling gaat het vooral om het gesprek als communicatievorm bij uitstek en de mogelijkheden van gesprekstherapie. Aan elke opleiding is het B.U.C.-Masterdiploma verbonden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid de internationale Angelsaksische graad op deze gebieden te behalen.

De werkwijze is theoretisch-praktisch gericht, d.w.z. een evenwichtige verdeling tussen de theoretische kennis en praktische training. Gedurende vijf semesters worden colleges, practica en persoonlijke begeleiding gegeven door circa 60 gespecialiseerde hoogleraren van universiteiten in Nederland, België en daarbuiten met een frequentie van éénmaal per 2 à 3 weken aan de Universiteit van óf Eindhoven óf Antwerpen.

Algemene informatie: De non-profit Stichting BeNeLux-Universitair Centrum vormt een wetenschappelijk en cultureel Benelux-samenwerkingsverbond, in een groeiend verenigd Europa.

Voor informatie en inschrijving: B.U.C. Postbus 206, 5201 AE 's-Hertogenbosch
telefoon 00.31.73-5220005, fax 00.31.73-5221000

NEW FUNDS FOR CANCER RESEARCH 2000

BEF 100,000,000 granted by the Belgian Federation against Cancer

In order to be able to benefit from grants, projects should provide an original contribution to the progress of cancer research. Specific projects with a clinical follow-up as well as innovative clinical projects will be given particular consideration.

Timing

Application closing date : **29 September 2000**

Selection results and first payment : December 2000

Method

Application forms can be downloaded from the Internet

website : <http://www.cancer.be/research>

Information : 02/733.68.68

The retained research projects will cover a period of three consecutive years

Maximum amount granted : BEF 8,000,000 per project or per team if a multicentre project is involved.

AANKONDIGINGEN

- 00042 **FRANCE : OPHTALMOLOGISTE** secteur II départ en retraite fin 2000. Associé à jeune chef de clinique PARIS, cherche successeur. Activité chirurgicale dans clinique (plateau technique : lasers, angiographie). Tél. 00.33.2.32.33.04.77 Ville 100 km Ouest Paris.
- 00056 **NEDERLAND** : Sincael vzw, Groepspraktijk voor Biologische psychiatrie en Psychotherapie, zoekt dringend een fulltime **PSYCHIATER** voor de ambulante praktijk, mede binnen het Lokaal Initiatief Zeeland. Kennis van psychotherapie en biologische psychiatrie vormen een meerwaarde. Goed kunnen samenwerken is nodig om toe te treden tot de groepspraktijk. U kunt telefonisch contact nemen met dhr. Roest, coördinator, tel. (0031)(0)113.30.14.59 (Nederland) of dr. Tanghe, medisch directeur, tel. (0032)(0)50.35.04.55 (België) of u stuurt uw CV naar G.B.P., Braamdijk 1, 4525 LG Retranchement (Nederland).
- 00057 **NEDERLAND** : Sincael vzw, Groepspraktijk voor Biologische psychiatrie en Psychotherapie, zoekt wegens uitbreiding van het kinderspsychiatrisch team dringend een **KINDERPSYCHIATER** met biologische interesse en interesse uitgaande naar puberteit en adolescentie, voor de ambulante praktijk in samenwerking met de huidige kinderspsychiater en een kinderspsycholoog; een orthopedagoog wordt voorzien. Nederlandse erkenning wordt door de groepspraktijk georganiseerd. U kunt telefonisch contact nemen met dr. Tanghe, medisch directeur, tel. (0032)(0)50.35.04.55 (België) of u stuurt uw CV naar G.B.P., Braamdijk 1, 4525 LG Retranchement (Nederland).
- 00060 **FRANCE : CARDIOLOGUE** installé à Montauban (petite ville de 60.000 habitants), région de Toulouse, remet son cabinet médical avec CA 1 million; écho-doppler, épreuve d'effort, Holter ECG, TA. Plateau technique du CH à disposition, avec possibilité de vacations. Contact : Claude Dussouet, 72 rue Léon Cladel - 82000 Montauban (France). Tél. : 00.33.5.63.20.26.26 - Fax : 00.33.5.63.20.11.07.
- 00061 **MEDISCHE A1 SECRETAIRESSE**, N/F/E, werkzaam sinds ± 4 jaar bij specialist rond Brussel zoekt dringend voltijdse baan in het Antwerpse. Tel. : 02/361.26.78 en vragen naar Kathleen Sterckx.
- 00062 **FRANCE** : A 1h½ de Bruxelles, **RADIOLOGUE** installé cherche collaborateur pour exercice en cabinet privé (RX général, vacation scanner et IRM) et pour service RX en clinique privée. Tél. : 00.33.3.24.55.59.97 / GSM : 075.48.87.78.
- 00064 **FRANCE** : Centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue (Aveyron) cherche **GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN** pour 1 poste à temps partiel ou temps plein pour son service de gynécol.-obstétr. Contacter 00.33.5.65.65.31.55/58 (Dr Yassine) de préférence l'après-midi

Inhoudstafel

• Geen euthanatische hardnekkigheid a.u.b.....	1
• Bestaat er een ideale oplossing voor de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid voor de arts ?	3
• Het monopolie van de « globale zorg »?	7
• Masteropleidingen psychologie / counseling	11
• New funds for cancer research 2000	11
• Aankondigingen.....	12