
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 / AUGUSTUS 2001

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

DE CULTURELE REVOLUTIE VAN DE REGENBOOG?

Het is niet echt gebruikelijk om tijdens de zomermaanden een nummer van "De Geneesheer-specialist" in uw brievenbus te laten ploffen. Meestal wachten we daarmee tot er al herfstgeuren in de lucht komen hangen. Maar, in tegenstelling tot de voorbije jaren, bleef zelfs juli gonzen van de politieke activiteit met ondermeer de voorbereiding van de sociale programmawet en de besprekingen rond de all-round "Gezondheidswet".

Het regent louter budgettaire maatregelen, die escaleren en het akkoordenstelsel in zijn essentie uithollen. De overheid stelt zich blijkbaar geen vragen omtrent de zin van haar beleidsopties noch over het uitzichtloze perspectief op middellange, zelfs korte termijn. Men kijkt niet meer naar het inhoudelijke van de besnoeiingen. Er is geen tijd meer voor "details". De minister dwingt de formeel bevoegde organen van het RIZIV gewoonweg hoofdstukken of reeksen van prestaties uit de nomenclatuur te schrappen, ook al zijn die wel degelijk noodzakelijk. Nieuwe initiatieven die in het akkoord voorzien waren, raken niet in de nomenclatuur. Het begrip "zorgbehoefte" moet plaats ruimen voor de alles overheersende dwang van het budget. Ofwel zijn alle regeringspartijen het daar gloeiend mee eens, ofwel doen sommigen alsof hun neus bloedt. Waar blijft de "Evidence Based Policy" ? Of zijn het de buitenlandse berichten volgens dewelke de Belgische gezondheidszorg de best toegankelijke is van heel West-Europa, die bij de politici de overtuiging doen ontstaan dat er bij ons nog behoorlijk wat kan bespaard worden.

Precies omdat de regering volkomen voorbijgaat aan het actuele feitelijke aanbod van hoog kwalitatieve zorgen, stort ze zich naarstig op het opbouwen van een "modern" imago van haar gezondheidsbeleid. Ondanks de overtuigingskracht van het beeld, stelt de burger, die stilaan verveeld de opeenvolgende verschijningen op het tv-scherm van de excellenties optelt, zich de vraag of men nu echt gratis zal scheren. Bewust van de scepsis van de burger meent de overheid dat er méér dan dat zal moeten geboden worden. Dan maar proberen met de wonderbaarlijke kracht van het door het Parlement in het Belgische Staatsblad neergeschreven woord: de "Rechten van de patiënt". Ons aller hemel op aarde in de gezondheidszorg?

Het voorontwerp van minister AELVOET is nu aan zijn derde versie toe en zal dit najaar in de Kamer belanden. Ook al is dit niet de bedoeling geweest, toch bevat dit ontwerp een aantal perverse effecten. Op zeer lichtzinnige wijze wordt brandhout gemaakt van een aantal waarden en principes waarvan de huidige politieke middens niet meer in staat zijn de ratio te vatten. Niet omdat ze niet zinvol zouden zijn. Neen, maar wel omdat ze niet modieus genoeg zijn om te kaderen in de "culturele vernieuwing" in de nieuwe "l'air du temps". Het stoort de grote roergangers niet in het minst dat verscheidene bepalingen, zoals het rechtstreeks inzagerecht in het medisch dossier, of het onrechtstreeks inzagerecht (door een derde!) in de persoonlijke notities van de arts, of nog, het zonder meer overmaken van medische gegevens aan de patiënt, een correcte en kwaliteitsvolle medische beroepsuitoefening onmogelijk zal maken. Vermits minister AELVOET over het rechtstreeks inzagerecht in het patiëntendossier - waar alle artsen zich heftig hadden tegen verzet bij de parlementaire hoorzitting op 09.01.2001, behalve de Nederlandstalige ondervoorzitter van de Nationale Raad van de Orde der geneesheren, Dr. Ivo Uyttendaele – in "De Standaard" van 14.06.2001 stelde : "De doorbraak is uitgerekend te danken aan de Orde van Geneesheren. Die toonde aan dat het inzagerecht de relatie tussen arts en patiënt niet doet verslechteren, maar verbeteren." (einde citaat), hebben wij uitleg hieromtrent gevraagd bij de Orde (cfr onze brief d.d. 21/06/ 2001 op pagina 8).

Dat onze gezondheidszorg stilaan verglijdt naar een Engels model, zullen de meesten onder ons allicht begrepen hebben. De lezers van "The Lancet" (June 23, 2001) zullen in de rubriek "News in brief" ongetwijfeld twee kort op elkaar volgende berichtjes opgemerkt hebben. Het eerste geeft een beknopte toelichting over het wettelijk initiatief inzake patiëntenrechten in België. Het tweede handelt over het voornemen van de Britse Staatssecretaris voor gezondheidszorg, Alan MILBURN, om een "zero tolerance" beleid te voeren tegen fysisch en mentaal geweld van patiënten of familieleden van patiënten ten opzichte van artsen en verpleegkundigen in het kader van de N.H.S..

Hopelijk drijft het ontwerp van minister AELVOET onze gezondheidszorg niet in een "culturele revolutie" naar Chinees model, waarbij de bestaande vertrouwensrelatie arts-patiënt opgaat in explosieve relaties à la National Health Service met brandhaarden, zoals men ook, 35 jaar geleden in de straten van Shangaï alle violen en cello's op brandstapels wierp, omdat ze symbolen waren van de oude Europese cultuur.

In dit nummer nemen we de integrale tekst van het voorontwerp over, in de hoop dat ook u, lezer, ons uw bedenkingen en argumenten zou kunnen mededelen. De 70 bladzijden omvangrijke "memorie van toelichting", zullen wij u bezorgen op eenvoudige aanvraag, ook elektronisch. We zullen uw inzendingen verwerken tot een globaal manifest ten behoeve van de Kamerleden.

RECHTEN VAN DE PATIENT VOORONTWERP VAN WET

Art. 1 Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK I : ALGEMENE BEPALINGEN

Art. 2 §1 Deze wet regelt rechten van de mens inzake gezondheid.

§2 Zij is van toepassing op privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheid in het algemeen en in het bijzonder inzake gezondheidszorg verstrekt door een

zorgverlener aan een patiënt.

§3 Bij een in ministerraad overlegd besluit en na advies van de in artikel 16 bedoelde commissie kan de Koning nadere regelen bepalen inzake de toepassing van de wet op door Hem te omschrijven rechtsverhoudingen die de gezondheid betreffen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming.

Art. 3 Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder :

1° patiënt : de natuurlijke persoon, gebruiker van diensten inzake gezondheidszorg, al dan niet op eigen verzoek;

2° gezondheidszorg : diensten verstrekt door een zorgverlener met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;

3° zorgverlener : zowel de beroepsbeoefenaar bedoeld in 4° als de gezondheidszorgvoorziening bedoeld in 5°;

4° beroepsbeoefenaar : de beroepsbeoefenaar bedoeld in het K.B. nr.78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen;

5° gezondheidszorgvoorziening : de voorziening die gezondheidszorg verstrekt al dan niet geregeld krachtens de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, of de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en betreffende andere vormen van verzorging.

Art. 4 §1. Iedere beroepsbeoefenaar leeft de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden desgevallend in multidisciplinair overleg in het belang van de patiënt.

§2. Indien aan de patiënt gezondheidszorg wordt verstrekt in het kader van een gezondheidszorgvoorziening, waakt deze erover dat, onverminderd haar eigen verplichting om de bepalingen van deze wet zelf na te leven en binnen haar wettelijke mogelijkheden, ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen en dat alle klachten in dit verband bij haar in artikel 11 bedoelde ombudsfunctie kunnen worden neergelegd om er te worden behandeld.

De patiënt heeft het recht om uitdrukkelijk en voorafgaandelijk de door de Koning, na advies van de in artikel 16 bedoelde commissie, bepaalde informatie inzake organisatie en werking van de betrokken gezondheidszorgvoorziening te ontvangen.

De gezondheidszorgvoorziening is aansprakelijk voor de tekortkomingen in verband met de eerbiediging van de in deze wet bepaalde rechten van de patiënt, die er zich voordoen, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door er werkzame beroepsbeoefenaars ten aanzien van wie in de in het vorig lid bedoelde informatie uitdrukkelijk anders is bepaald.

HOOFDSTUK II : RECHTEN VAN DE PATIENT

Art. 5 De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de zorgverlener recht op kwaliteitsvolle

dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.

Art. 6 De patiënt heeft recht op vrije keuze van de zorgverlener en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

Art. 7 §1 De patiënt heeft tegenover de zorgverlener recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.

§2 De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke en begrijpelijke taal.

De patiënt kan erom verzoeken dat de informatie hem schriftelijk wordt bevestigd.

Op verzoek van de patiënt wordt de informatie meegedeeld aan een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Dit verzoek van de patiënt en de identiteit van deze vertrouwenspersoon worden opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

§3 De informatie wordt niet aan de patiënt verstrekt indien deze hierom uitdrukkelijk verzoekt tenzij het niet meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de patiënt of derden oplevert en mits de zorgverlener hierover voorafgaandelijk een andere zorgverlener heeft geraadpleegd en de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon, bedoeld in §2, derde lid, heeft gehoord.

Het verzoek van de patiënt wordt opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

§4. De zorgverlener mag de in §1 bedoelde informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voorzover het meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou meebrengen en mits de zorgverlener hierover een andere zorgverlener heeft geraadpleegd.

In dergelijk geval voegt de zorgverlener een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier en licht hij de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon bedoeld in §2, derde lid, in.

Zodra het meedelen van de informatie niet langer het in het eerste lid bedoelde nadeel oplevert, moet de zorgverlener de informatie alsnog meedelen.

Art. 8 §1 De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in ieder optreden van de zorgverlener.

Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de zorgverlener, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden.

Op verzoek of met akkoord van de patiënt wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

§2 De in §1 bedoelde informatie heeft betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's van het optreden, de financiële gevolgen en de mogelijke alternatieven. Ze betreft bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de zorgverlener relevant geachte verduidelijkingen.

§3 De in §1 bedoelde informatie wordt voorafgaandelijk en tijdig verstrekt en onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten voorzien in §2 en §3 van artikel 7 .

§4 De patiënt heeft het recht om de in §1 bedoelde toestemming voor een optreden te weigeren of in te trekken.

Op verzoek van de patiënt of de zorgverlener wordt de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

De weigering of intrekking van de toestemming heeft niet tot gevolg dat het in artikel 5 bedoelde recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking jegens de zorgverlener ophoudt te bestaan.

Indien de patiënt toen hij nog in staat was de rechten zoals vastgelegd in deze wet uit te oefenen, schriftelijk te kennen heeft gegeven zijn toestemming tot een welomschreven optreden van de zorgverlener te weigeren, dient deze weigering te worden geëerbiedigd zolang de patiënt ze niet herroept op een moment dat hij in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen.

§ 5 Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger zoals bedoeld in hoofdstuk III, gebeurt ieder noodzakelijk optreden van de zorgverlener onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De zorgverlener maakt hiervan melding in het in artikel 9 bedoelde patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen van de voorgaande paragrafen.

Art. 9 §1 De patiënt heeft ten opzichte van de zorgverlener recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

Op verzoek van de patiënt voegt de zorgverlener door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.

§2 De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier.

Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 45 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven.

De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten.

Op verzoek van de patiënt, kan hij zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon al dan niet beroepsbeoefenaar. Deze laatste heeft ook inzage in de in het derde lid bedoelde elementen van het patiëntendossier.

Enkel indien het patiëntendossier een schriftelijke motivering bevat zoals bedoeld in artikel 7, §4, tweede lid, die nog steeds pertinent is, oefent de patiënt zijn inzagerecht uit via een door hem aangewezen beroepsbeoefenaar, die ook inzage heeft in de in het derde lid bedoelde elementen van het patiëntendossier.

§3 De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, tegen kostprijs, overeenkomstig de in §2 bepaalde regels.

De zorgverlener weigert dit afschrift indien hij van oordeel is dat door het inwilligen van het verzoek zijn plicht tot beroepsgeheim jegens derden in het gedrang zou kunnen komen.

§ 4 Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het in §2 bedoelde recht op inzage voorzover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de in § 2, derde lid bedoelde elementen van het patiëntendossier.

Art. 10 §1 De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij ieder optreden van de zorgverlener en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid.

§2 Geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht dan voor zover

het bij wet is voorzien en nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid of voor de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen.

Art.11 §1 De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

§2 De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten :

1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener te bevorderen;

2° het behandelen van de in §1 bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;

3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing;

4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.

§3 Bij een in ministerraad overlegd besluit en na advies van de in artikel 16 bedoelde commissie regelt de Koning de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie dient te voldoen wat betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, de organisatie, de werking, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

Deze regelen kunnen verschillen in functie van de soorten zorgverleners waarop de ombudsfunctie betrekking heeft.

HOOFDSTUK III VERTEGENWOORDIGING VAN DE PATIENT

Art. 12 §1 Bij een patiënt die minderjarig is, worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd.

§2 De patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en graad van ontwikkeling. Indien hierbij blijkt dat hijzelf zijn rechten kan uitoefenen, heeft hij het recht dit zelf te doen zonder tussenkomst van zijn ouders of voogd.

Art. 13 §1 Bij een meerderjarige patiënt die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door zijn ouders of door zijn voogd.

§2 De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Art.14 §1 Bij een meerderjarige patiënt die niet valt onder één van de in artikel 13 bedoelde statuten, worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.

De aanwijzing van de in het eerste lid bedoelde persoon, verder 'zelf benoemde vertegenwoordiger' genoemd, geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt. Dit mandaat kan door de patiënt door een gedagtekend en ondertekend geschrift worden herroepen.

§2 Ontbreekt de zelf benoemde vertegenwoordiger of treedt deze niet op dan worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner.

Indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt.

Indien ook een dergelijke persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, behartigt de betrokken

beroepsbeoefenaar, desgevallend in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt.

Dit is eveneens het geval bij conflict tussen twee of meer van de in deze paragraaf genoemde personen.

§3 De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Art. 15. §1 Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt zoals bedoeld in artikel 10, kan de betrokken beroepsbeoefenaar het verzoek van de in artikel 12, 13 en 14 bedoelde persoon om inzage of afschrift zoals bedoeld in artikel 9 §2 of §3 geheel of gedeeltelijk weigeren.

§2 In het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden, wijkt de betrokken beroepsbeoefenaar, desgevallend in multidisciplinair overleg, af van de beslissing genomen door de in artikel 12, 13 en 14 §2 bedoelde persoon. Indien de beslissing genomen werd door een in artikel 14, §1, bedoelde persoon, wijkt de beroepsbeoefenaar hiervan slechts af voor zover die persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt.

§3 In de gevallen van §1 en §2 voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier.

HOOFDSTUK IV: FEDERALE COMMISSIE “RECHTEN VAN DE PATIENT”

Art.16 §1 Bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu wordt een Federale commissie ‘Rechten van de Patiënt’ opgericht.

§2 Bedoelde commissie heeft tot taak :

- 1° verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden ;
- 2° op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en zorgverleners ;
- 3° evalueren van de toepassing van de rechten bepaald in onderhavige wet;
- 4° evalueren van de werking van de ombudsfuncties;
- 5° behandelen van klachten omtrent de werking van een ombudsfunctie.

§3 Bij de commissie wordt een ombudsdienst opgericht. Deze is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, door te verwijzen naar de bevoegde ombudsfunctie of bij ontstentenis hiervan, deze zelf te behandelen, zoals bedoeld in artikel 11, §2, 2° en 3°.

§4 De Koning bepaalt nadere regelen inzake de samenstelling en de werking van de Federale commissie ‘Rechten van de patiënt’. In de samenstelling wordt een evenwichtige verhouding gewaarborgd tussen vertegenwoordigers van de patiënten, van de zorgverleners en verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 2, i, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Als leden met raadgevende stem kunnen eveneens ambtenaren van betrokken ministeriële departementen of overheidsdiensten worden voorzien.

§5 Het secretariaat van de commissie wordt waargenomen door de ambtenaar-generaal aangeduid door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

HOOFDSTUK V : WIJZIGENDE - EN SLOTBEPALINGEN

Art.17 In de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt een artikel

70quater ingevoegd luidend als volgt :

“Art. 70 quater. Ieder ziekenhuis moet beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, §1, van de wet van... betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven onder de welke bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag uitgeoefend worden.”

Art.18 In artikel 10, §2, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, zoals gewijzigd door de wet van 11 december 1998 worden het eerste en het tweede lid vervangen door de volgende bepalingen :

“Elke persoon heeft het recht om, onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten bepaald in de wet van betreffende de rechten van de patiënt, kennis te krijgen van de persoonsgegevens die betreffende zijn gezondheid worden verwerkt.”

Art.19 De eerste zin van het eerste lid van artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt geschrapt.

De Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu,
M. AELVOET

RECHTEN VAN DE PATIENT BRIEF AAN DE NATIONALE RAAD VAN DE ORDE DER GENEESHEREN

Brussel 21.06.2001

Mijnheer de Voorzitter,
Geachte Collegae,

Betreft: de rechten van de patiënt.

In de memorie van toelichting (p38-39) van het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt van Minister AELVOET, verwijst deze laatste uitvoerig naar het advies dat de Nationale Raad heeft uitgebracht (17 februari 2001), en citeert: "*het recht op directe inzage van het medisch dossier door de patiënt zelf ligt in het verlengde van de informatieplicht en de voorgestane open communicatie*". En de minister voegt eraan toe: "*Een halfslachtig compromis tussen rechtstreeks en onrechtstreeks inzagerecht wijzen de opstellers af*". En verder: "*Kortom, het zoeken naar een compromis tussen rechtstreeks en onrechtstreeks inzagerecht is het verzoenen van water en vuur. Derhalve dringt zich een keuze op en de opstellers hebben gekozen voor een rechtstreeks inzagerecht.*"

In zoverre de minister bij haar memorie van toelichting het advies van de Nationale Raad betreft, menen wij dat dit laatste héél wat genuanceerder is dan zij wel laat vermoeden. Het advies wijkt ons inziens niet af van de huidige bepalingen terzake van de Code van geneeskundige plichtenleer, inzonderheid artikel 42, hoe "halfslachtig" dit voor de minister ook moge lijken. Wij hebben veeleer de indruk dat het citaat in de memorie van toelichting uit zijn context werd gelicht. Wij zijn van oordeel dat dit dringend een rechtzetting vergt. Deze kan uiteraard slechts gegeven worden door de opstellers van het advies. Het zou ons verwonderen dat de Nationale Raad zelf niet langer de naleving van haar Code nastreeft.

Onder de teksten van de uiteenzettingen die gegeven werden tijdens de hoorzittingen van 9 januari 2001, ingericht door de Kamercommissie Volksgezondheid, lezen wij echter in de

toespraak van Dr I. UYTTENDAELE, Nederlandstalig Ondervoorzitter van de Nationale Raad : "Maar wat men nu ook onder een patiëntendossier mag verstaan, de Nationale Raad is van oordeel dat er vanuit deontologisch oogpunt nauwelijks bezwaren kunnen zijn tegen de directe inzage van het dossier door de patiënt zelf." En verder: "De maatschappelijke evolutie in het denken heeft meegebracht dat het respect voor de autonomie van de patiënt een hogere waarde is dan het bestwill-principe waarbij men er vroeger van uitging dat het voor de patiënt beter was dat hij geen en vervolgens slechts indirect inzagerecht had. In bepaalde gevallen zal dit nog zo zijn en daarom is het goed dat de therapeutische exceptie in de conceptnota wordt erkend zonder er het accent op te leggen." (wij onderlijnen)

Uit politieke besprekingen binnen de regering blijkt nu dat het in feite deze tekst is die de minister tot de overtuiging heeft gebracht dat de Orde geen fundamenteel bezwaar meer zou hebben tegen een rechtstreeks inzage- en copieerrecht.

Wij wijzen er op dat alle andere medische vertegenwoordigers op voormelde hoorzitting zich van dergelijk betoog hebben onthouden en integendeel gepleit hebben voor de gegevensmededeling door tussenkomst van een bevoegd beroeps-beoefenaar, i.c. een arts. Wij hebben trouwens de gelegenheid gehad ons verzet tegen de zienswijze van Dr. Uyttendaele onmiddellijk na de hoorzitting aan de auteur mee te delen.

We vrezen dat de minachtende ministeriële term "halfslachtig" vooral geïnduceerd werd door voormeld citaat van de Ondervoorzitter van de Nationale Raad.

Wij betreuren deze gang van zaken ten zeerste. Des te meer daar, uitgaande van dit standpunt, de minister nu blijkbaar nog een stap verdergaat en zelfs de persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar blootstelt aan de inzage door een vertrouwenspersoon, weze hij arts, advocaat, grafmaker of dichter.

Alleen de formeel gemotiveerde therapeutische exceptie zou nog in aanmerking komen voor een striktere professionele confidentialiteit via een beroepsbeoefenaar. In de huidige wetgeving kan dit een arts, apotheker, kinesitherapeut, optiker-brillenmaker enzovoort ... zijn. Over de deontologie en de verantwoordelijkheid van al deze personen omtrent de wijze waarop ze met de medische gegevens van de patiënt zullen omgaan wordt met geen woord gerept.

Wij hopen dat de Nationale Raad zéér spoedig zijn standpunt m.b.t. de nieuwe ontwerp tekst, inclusief de memorie van toelichting, publiek zal verduidelijken.

Met de meeste hoogachting,

Dr. M. MOENS
Secretaris-generaal

Prof. Dr. J. GRUWEZ
Voorzitter

BEDENKINGEN BIJ HET BEGRIIP “INFORMED CONSENT”

W. GONTHIER

Advocatenkantoor GONTHIER-DHAENENS – Antwerpen

VERANTWOORDING

1.

Het hiernavolgende heeft uiteraard niet de bedoeling een **volledige** uiteenzetting te geven omtrent de verschillende problemen die hun oorsprong vinden in, respectievelijk gelieerd zijn aan de vraagstelling in verband met de “informed consent”. De voorliggende problematiek vertoont inderdaad een behoorlijk aantal aspecten, die bovendien in de rechtspraak niet altijd eenduidig worden benaderd. Het zou ons binnen het kader van het hier gestelde te ver leiden deze diverse aspecten, en de eraan beantwoordende rechtspraak en rechtsleer, op exhaustieve wijze te benaderen. Wij zullen ons dan ook noodzakelijkerwijze beperken tot het schetsen van de **krachtlijnen** die deze materie beheersen, en verwijzen voor een meer diepgaande benadering naar de omstandige publicaties die desbetreffend bestaan.

2.

Binnen het kader van het hier gestelde benaderen wij de problematiek omtrent de “informed consent” verder **uitsluitend** in zijn **juridisch** perspectief. De deontologische aspecten aan deze problematiek verbonden worden hier dan ook niet benaderd, waar wij ons bewust beperken tot de aansprakelijkheids-problematiek in de juridische situatie arts-patiënt, alsdan beperkt tot het deelgebied van de “informed consent”.

3.

Bij de formulering van het later gestelde werd bovendien geen rekening gehouden met het wetsontwerp omtrent de **patiëntenrechten**. Weliswaar ligt ter zake een Europese richtlijn voor en werd zelfs een wetsontwerp uitgewerkt, doch tot op heden werd nog geen juridisch bindende regelgeving in het Belgisch rechtssysteem uitgewerkt. Waar wetsontwerpen nogal de neiging vertonen ingevolge de meest diverse omstandigheden van inhoud te veranderen, vooraleer deze tot Wet worden omgevormd, gaven wij er de voorkeur aan binnen het kader van het hier gestelde, ons te houden aan de rechtsprincipes zoals deze op heden gelden.

Weliswaar zien ook wij uit naar een wetgevend initiatief in verband met deze materie, daar enkel via dergelijk wetgevend initiatief bepaalde op heden bestaande onduidelijkheden, en meer in het bijzonder de problematiek der **bewijslast**, hun definitief beslag zullen krijgen. “En attendant de plus beaux jours” dienen wij op dit ogenblik evenwel voort te gaan op de bestaande rechtspraak en rechtsleer, waarbij wij er ons niet toe zullen laten verleiden bepaalde politieke stellingnamen, opgenomen in het vroeger neergelegde wetsontwerp, in dit betoog op te nemen of te becommentariëren.

VOORAFGAANDELIJKE BEDENKING

Alhoewel het probleem der “informed consent” de laatste jaren een bijzondere aandacht heeft gekregen, moeten wij vaststellen dat lang nog niet iedereen zich bewust is omtrent de draagwijdte noch de juridische gevolgen van deze vraagstelling.

Dit kan o.i. niet beter geïllustreerd worden dan aan de hand van het arrest van het HOF VAN BEROEP van Antwerpen dd 09.11.87. Enkel om aan te tonen hoe met deze problematiek wordt “omgesprongen” wensen wij ter inleiding toch even stil te staan bij dit arrest.

Dit arrest kwam tussen n.a.v. de uitvoering van een pneumoangiografie, die uitgevoerd werd zonder dat de patiënt ingelicht was noch omtrent het feit dat dergelijke diepgaande onderzoeksmaatregel zou uitgevoerd worden, noch omtrent de aan deze onderzoeksmaatregel inherent verbonden risico's. Aan patiënt was enkel, en dan nog door een verpleegster, meegedeeld dat een onderzoek zou worden uitgevoerd. In casu gaf de angiografie aanleiding tot de perforatie van de hartwand van patiënt, met de hieraan verbonden pathologische gevolgen.

In hun verslag stelden de aangestelde deskundigen dat gezegde perforatie een “*bekende verwikkeling*” is, doch dat zij van oordeel waren dat de patiënt omtrent het uitvoeren van deze onderzoeksmaatregel niet moest ingelicht worden. Hierbij weze onderlijnd dat deze besluiten geformuleerd werden door **deskundigen** die overigens, zoals blijkt uit de termen van het arrest, post factum wel verveeld bleken met deze vooropstellingen.

Het Hof stelt dat gezegde vaststelling, en meer inzonderheid dat de patiënt omtrent deze onderzoeksmaatregel niet diende ingelicht, gewoonweg **verbijsterend** was.

Terwijl het Hof al even verbijsterd vaststelde dat ten overstaan van de behandelende geneesheer geen medisch-technische fout werd aangevoerd besloot het Hof evenwel dat, enkel op basis van het gebrek aan informed consent, de behandelende geneesheer verantwoordelijk was voor het nadeel door de patiënt ingevolge deze onderzoeksmaatregel geleden, zodat gezegde geneesheer veroordeeld werd tot vergoeding van de door de patiënt geleden schade.

Ondanks alle rechtspraak en rechtsleer ter zake geldend kan uit deze uitspraak dus enkel worden afgeleid dat ook "*deskundigen*" in 1987 zich niet bewust waren omtrent de draagwijdte van de gevolgen van een tekortkoming in de op de geneesheer drukkende verplichting tot het bekomen van een "informed consent" van de patiënt...

Ondertussen is weliswaar de voorliggende problematiek steeds meer in de actualiteit gekomen, doch duidelijk is wel dat ook op heden de problemen in verband met de "informed consent" in veel gevallen nog al te licht worden benaderd door de geneesheren zelf. De hieraan verbonden gevolgen worden – ook op heden – nog niet op voldoende wijze ingeschat.

Een juridische benadering van deze problematiek lijkt ons dan ook zeker niet overbodig.

JURIDISCH UITGANGSPUNT/ TOESTEMMING-INFORMATIE

Toestemming

Elke medische ingreep – en a fortiori een chirurgische ingreep – impliceert per definitie een ingrijpen in de fysische integriteit van de patiënt. Deze fysische integriteit wordt gewaarborgd o.m. door het artikel 12 van de GRONDWET en het artikel 3 van het EUROPEES VERDRAG OVER DE RECHTEN VAN DE MENS. Zonder de toestemming van de patiënt zou een medische ingreep onder het strafrechtelijk begrip "*slagen en verwondingen*" vallen. Deze toestemming is dus een **fundamentele vereiste** om de medische ingreep aan het strafrecht te onttrekken (zie o.m. Hof van Beroep Luik 30.04.98).

De noodzakelijk vereiste toestemming van de patiënt om deze ingreep aan de toepassing van het strafrecht te onttrekken kan enkel door de **patiënt zelf** worden gegeven, en niemand kan noch mag zich in de plaats stellen van de patiënt. Corrollerend hieraan kan worden gesteld dat de toestemming van de patiënt volstaat om de medische ingreep toe te laten en deze niet langer als strafbaar te beschouwen.

Minderjarigen die juridisch niet handelingsbekwaam zijn, kunnen uiteraard deze toestemming niet geven. Voor hen zal de toestemming dienen gegeven door de ouders. Bij niet-samenlevende ouders volstaat in de regel de toestemming van de ouder die voor het kind beroep doet op een arts. Delicater wordt uiteraard de situatie wanneer de arts er kennis van heeft dat de andere ouder een afwijkende houding desbetreffend aanneemt, zelfs in de hypothese dat de ouders samenleven. De arts zal alsdan met dit meningsverschil rekening moeten houden en hij zal er goed aan doen "*het akkoord van beide ouders na te streven*" (advies Nationale Raad Orde van Geneesheren dd 16.11.96).

Wanneer een **gerechtelijke beschikking** de uitoefening van de ouderlijke macht aan een ouder toekent volstaat de toestemming van deze ouder.

In dit verband verwijzen wij overigens naar de wetswijziging dd **13.04.95** waarbij duidelijk wordt gesteld dat de **beide ouders** recht hebben op informatie over de gezondheidstoestand van hun kind, ook wanneer gezegde ouders niet of niet meer samenleven.

Een probleem kan uiteraard rijzen wanneer een juridisch bekwame persoon in de **feitelijke onmogelijkheid** is zijn toestemming te geven, respectievelijk te weigeren een voorgenomen medische ingreep doorgang te laten vinden.

In zoverre deze onmogelijkheid betrekking heeft op "*verwarde patiënten*" kunnen voldoende aanduidingen tot de te volgen handelwijze gevonden worden in het advies van de NATIONALE RAAD van de ORDE VAN GENEESHEREN dd **20.06.98**.

Geconfronteerd met een "*feitelijke onmogelijkheid*" (zie bv. de comateuze toestand waarin de patiënt zich bevindt) zal de geneesheer zich gedragen naar de hiernavolgende principes.

Is de toestand van de patiënt **levensbedreigend** dan kan de arts zich beroepen op de voorliggende **noodsituatie** die een voldoende juridische fundering levert voor het uitvoeren van de levensnoodzakelijke ingreep.

Bij een **niet-levensbedreigende** situatie kunnen wij de mening van Professor VANSWEEVELT bijtreden en wel dat het al dan niet verrichten van de medische ingreep afhankelijk dient gesteld van de **vermoedelijke wil** van de patiënt. Waar een sluitende wettelijke regeling in dit verband niet voorhanden is zal de arts deze "*vermoedelijke wil*" dienen op te sporen.

Hierbij kan o.i. als leidend beginsel dienen dat het behoort tot het te verwachten levenspatroon van een normaal handelend mens dat deze "*gezond*" wenst te blijven. Deze "*gezondheidsverwachting*" minstens "*-hoop*" dient dan ook in rekening gebracht bij de invulling in concreto van gezegde "*vermoedelijke wil*" van de patiënt. Bij de behandeling dient dan ook in eerste instantie uitgegaan van dit normaal te verwachten levenspatroon.

Anderzijds dient evenwel een afweging gemaakt tussen de eventuele **risico's** aan de ingreep verbonden en het **normaal te verwachten resultaat** ervan.

De behandelende geneesheer zal m.a.w. de risico's, verbonden aan de geplande ingreep, dienen af te wegen tegen de achtergrond van gezegd normaal levenspatroon, waarbij zich uiteraard, weze het dan impliciet, de vraag stelt of de patiënt zich normaliter bereid zou verklaren de aan de ingreep verbonden risico's te prefereren buiten of boven het te verwachten resultaat.

Zowel bij de normaal geldende gezondheidsverwachting als bij de risico-resultaatsafweging kunnen **verklaringen van familieleden of derden** die desbetreffend dienstige verklaringen kunnen formuleren, behulpzaam zijn bij het opsporen van gezegde "*vermoedelijke wil*".

Hierbij dient de behandelende geneesheer wel de nodige omzichtigheid aan de dag te leggen, en dient deze de gezegde verklaringen zelfs kritisch te benaderen, zeker in zoverre deze verklaringen ertoe zouden strekken een voor de gezondheid van de patiënt nuttige ingreep te beletten. Niet alle verklaringen worden in dit opzicht noodzakelijkerwijze "*onbaatzuchtig*" geformuleerd. Bij deze afweging zal de behandelende arts er trouwens goed aan doen ook rekening te houden met de bepalingen van het artikel 422 bis van het Strafwetboek, in zoverre de mogelijkheid zou voorliggen een bepaalde zorgverstrekking te weigeren.

De behandelende geneesheer zal zich alsdan mogelijks in een **spanningsveld** bevinden waarbij hij de "*vermoedelijke wil*" van de patiënt zal dienen af te wegen tegen zijn verplichting de nodige zorgen te verschaffen. Deze afweging zal zeker niet altijd even eenvoudig zijn. Enerzijds zal de geneesheer zich laten inspireren door zijn verantwoordelijkheidsbesef, en anderzijds door de beginselen van het "*gezond verstand*". Dit alles kan uiteraard leiden tot een genuanceerde besluitvorming, waarvan a priori niet de zekerheid kan worden gegeven dat deze later niet hetzij door patiënt hetzij door zijn rechthebbenden zal worden aangevochten. Waarmee wij enkel bedoelen dat de in casu voorliggende mogelijkheden met de **nodige zorgzaamheid** dienen afgewogen.

Keren we terug naar de in de meerderheid der gevallen voorliggende hypothese dat de patiënt zelf in staat is zijn toestemming te verlenen.

Waar terzake geen regelende voorschriften bestaan omtrent de wijze waarop deze toestemming kan of dient te worden verleend, kan deze uiteraard ook **mondeling** worden geformuleerd.

De door de patiënt te geven en gegeven toestemming kan in dit geval qua bewijsvoering inderdaad afgeleid worden uit een aantal concrete omstandigheden.

Zo heeft de rechtsspraak, en bij herhaling, bevestigd dat uit de **gedragwijze** van de patiënt kan afgeleid worden uit het feit dat deze zich akkoord heeft verklaard met de voorgenomen medische ingreep. Wij lazzen in dit verband ondermeer in de rechtsspraak en de rechtsleer dat de **feitelijke houding** van de patiënt effectief relevant kan zijn (zie ondermeer Hof van Beroep Antwerpen 18-02-1997). Hierbij werd gesteld dat uit gezegde handwijze een voldoende vermoeden van akkoord met de voorgenomen ingreep kan worden afgeleid.

Om het even prozaïsch te stellen: een patiënt die zijn arm ontbloot en deze als dusdanig "*ter beschikking*" stelt van de behandelende geneesheer zal later moeilijk kunnen beweren dat hij niet bereid was een bloedafname te ondergaan. Dit voorbeeld is uiteraard simplistisch, en heeft als enige bedoeling aan te tonen

dat uit de feitelijke houding van de patiënt een vermoeden van instemming kan worden afgeleid. Wij zullen dit overigens later bespreken wanneer wij het meer nadrukkelijk zullen hebben omtrent de **bewijslast** i.v.m. de “*informed consent*”.

Een **bijzonder probleem** wat betreft de toestemming van de patiënt kan zich stellen bij een **uitbreiding** van de oorspronkelijk voorziene ingreep.

In deze hypothese gaf de patiënt initieel zijn toestemming tot het uitvoeren van een bepaalde medische ingreep. Tijdens de ingreep stelt de geneesheer vast dat een wijziging of uitbreiding van de oorspronkelijk geplande ingreep, waartoe de patiënt zijn toestemming gaf, van nut kan zijn met het oog op de globale gezondheidstoestand van de patiënt.

Hoe handelt de geneesheer binnen het kader van de door de patiënt origineel gegeven toestemming? We maken hierbij een onderscheid tussen de hierna volgende situaties:

1.

De wijziging aan de voorgenomen behandeling – in het bijzonder geldt dit voor een wijziging aan een operatieplan – dringt zich op gezien de op het ogenblik van de ingreep vastgestelde situatie **levensbedreigend** is voor de patiënt.

Waar de patiënt zijn toestemming gaf voor de initieel geplande ingreep, en rekening houdend met het hoger geschetste “*normaal gedragspatroon*” van de patiënt kan de geneesheer zich o.i. bij dergelijke situatie beroepen op de door hem vastgestelde **noodtoestand**. Waar de patiënt toestemming gaf tot een ingreep precies om zijn gezondheid te vrijwaren kan de geneesheer o.i. bij de hoger geschetste vaststelling niet anders dan het behandelingspatroon, respectievelijk het operatieplan, aanpassen aan de door hem op het ogenblik van de ingreep gedane vaststellingen.

2.

Tijdens de behandeling stelt de geneesheer vast dat er weliswaar geen acute levensbedreiging voorhanden is, doch dat zich dergelijke levensbedreiging zal voordoen binnen **korte termijn** met als toegevoegd element dat het **afbreken van de ingreep** dit levensbedreigend risico in de hand zou werken.

De geneesheer mag o.i. alsdan het operatieplan aanpassen. Het ware inderdaad niet te verantwoorden de ingreep af te breken daar alsdan de levensbedreigende risico's zouden toenemen, m.n. levensbedreiging op korte termijn en verhoogd risico bij afbreken van de ingreep.

Hoe dan ook zal de geneesheer op dat ogenblik een bijzondere aandacht voorbehouden aan de afweging van de hoger vermelde componenten. Aan de in rechte veronderstelde professionele bekwaamheden en bevoegdheden beantwoorden nu eenmaal verantwoordelijkheden.

3.

Naar aanleiding van de ingreep stelt de geneesheer vast dat een wijziging van het operatieplan **aangewezen** is, terwijl deze wijziging aan de patiënt geen redelijk te noemen meerlast of risico's meebrengt. Het gebrek aan dergelijke meerlast en/of risico's machtigt o.i. de behandelende geneesheer het operatieplan te wijzigen, waar dergelijke wijziging, beperkt in haar gevolgen, manifest binnen de oorspronkelijk gegeven toestemming valt.

4.

In zoverre er geen noodsituatie voorligt, er al evenmin voldaan is aan de voorwaarde dat het afbreken van de ingreep een ernstig risico in de hand zou werken, en in zoverre de wijziging van het operatieplan niet noodzakelijk aangewezen is met het oog op het behoud van het fysisch welzijn van de patiënt, dient de behandelende geneesheer o.i. de operatie **af te breken**, om van de patiënt vervolgens al dan niet de nodige supplementaire toestemming te verkrijgen.

Een latere heringreep op grond van de niet onmiddellijk levensbedreigende elementen waarmee de geneesheer geconfronteerd wordt op het ogenblik van de ingreep, lijkt ons de enige mogelijkheid om de van de patiënt noodzakelijk vereiste toestemming te bekomen.

Alle in de vier hoger vermelde hypothesen gebruikte termen dienen uiteraard met zowel de nodige omzichtigheid als met de nodige redelijkheid benaderd en ingevuld.

De behandelende geneesheer zal hier allicht met een delicate “*evenwichtsoefening*” geconfronteerd worden, waarbij hij zich uiteraard zal dienen te laten leiden door zijn professionele bekwaamheid, en zijn fundamentele bezorgdheid hoe dan ook zich enkel te laten leiden door de bekommernis aan zijn patiënt een maximale gezondheidszorg toe te dienen.

De informatie

De van de patiënt vereiste toestemming impliceert per definitie noodzakelijkerwijze dat deze toestemming gegeven wordt met voldoende **kennis van zaken**, zonder welke kennis van zaken de toestemming haar geldigheid uiteraard zou verliezen. Enkel mits deze informatie kan de toestemming van de patiënt als **geldig** worden ervaren.

In dit opzicht stelde het HOF VAN BEROEP te Antwerpen (Arrest 18-02-1997):

“Overwegende dat uiteraard terzake een informatieverplichting van de patiënt uitermate “belangrijk is en deze moet kunnen toestemmen met kennis van zaken”.

Zonder voldoende informatie kan de patiënt eenvoudigweg niet toestemmen...

In dit opzicht menen wij de hierna volgende juridische principes te kunnen vooropstellen:

1. De voor de toestemming noodzakelijke informatie dient gegeven door de **behandelende Geneesheer**.

Ook in dit opzicht kunnen wij verwijzen naar het Arrest van het HOF VAN BEROEP van Antwerpen dd. 09-11-1987 waarin – nog afgezien van het summiere karakter ervan – de “informatie” werd verschaft door een verpleegster. De informatieverplichting is een **persoonlijke** verplichting van de behandelende geneesheer die o.i. deze niet kan doorspelen naar enige derde.

De toepassing van dit principe impliceert dat elke aan de behandeling deelnemende geneesheer qua informatieverplichting verantwoordelijk is voor zijn “aandee” in de behandeling.

Zo zal bv. de anesthesist de patiënt dienen te informeren omtrent de door hem te verrichten prestaties, de radioloog, gelast met pre-operatieve tussenkomsten, omtrent deze tussenkomsten, en uiteraard de chirurg omtrent de eigenlijke chirurgische ingreep.

Wij dienen in dit opzicht vast te stellen dat al te licht voorbij gegaan wordt aan deze **individuele** verplichting, waarbij het fatale gevolg is dat elke tussenkomende geneesheer er dan maar van uitgaat dat de noodzakelijke informatie verschaft zal worden door zijn collega...

2. Verder is het evident dat de informatie aan de patiënt **tijdig** dient gegeven.

Opdat de toestemming van de patiënt, waartoe de informatie noodzakelijk is, geldig verworven zou zijn is het uiteraard vereist dat de patiënt gezegde informatie inderdaad tijdig zou bekomen, zodat hij deze op voldoende wijze kan inschatten, om na dergelijke inschatting een **bewuste** toestemming te geven. Enkel een bewuste toestemming kan als “toestemming” worden gelezen, waarbij de patiënt dus noodzakelijkerwijze de mogelijkheid moet hebben de draagwijdte van en risico's verbonden aan de voor de voorgestelde ingreep te evalueren, om op basis van deze evaluatie tot een geldige besluitvorming te komen.

3. De door de geneesheer te verstrekken informatie dient verder **volledig** te zijn.

Ook enkel deze volledigheid is inderdaad een noodzakelijke component bij de besluitvorming van de patiënt

In functie hiervan zal de informatie ondermeer betrekking hebben op de volgende aspecten:

3.1. **De pathologie waaraan de patiënt lijdt**

Opdat de patiënt zou kunnen toestemmen in een voorgenomen ingreep dient hij uiteraard te weten **wat er met hem gaande is**.

Hierbij weze nu reeds onderlijnd dat deze informatie “begrijpelijk” dient te zijn. Aan een aantal medisch-technische details zal de patiënt in de regel geen boodschap hebben, doch er dient hem, in een voor hem begrijpelijke taal, meegedeeld waaraan hij lijdt, en wat de eventuele risico's zijn wanneer hij aan het vastgestelde zondermeer zou voorbij gaan.

De in dit opzicht te verstrekken informatie zal uiteraard in behoorlijke mate dienen ingevuld **per patiënt**, waarbij de geneesheer rekening zal houden met het feit dat bepaalde patiënten meer dan weer minder informatie zal vragen of nuttig oordelen.

Ook hier zal de behandelende geneesheer handelen met de nodige redelijkheid. Bepaalde overdreven gedetailleerde mededelingen zullen in hoofde van de patiënt inderdaad bepaalde reacties kunnen veroorzaken die zijn normaal beoordelingsvermogen vervagen.

Andermaal zal de behandelende geneesheer hier de nodige “*evenwichtsoefening*” dienen uit te voeren tussen de door hem te verschaffen informatie en de draagkracht van de patiënt om deze informatie nog steeds objectief te benaderen. Terwijl elke patiënt in principe recht heeft op volledige informatie omtrent zijn medische situatie zal deze dan weer op dusdanige wijze worden overgebracht dat zij geen “*paniecreactie*” in hoofde van de patiënt kan veroorzaken. Enkel zo doende zal de informatieverplichting kunnen ingevuld worden in functie van de concrete situatie waarin de patiënt zich bevindt. Wij verwijzen in dit verband naar het sub 4 gestelde.

Als criterium zal hier enkel gelden de nodige **objectiviteit**, en de professionele bezorgdheid van de geneesheer aan de patiënt een dusdanige informatie te verschaffen dat deze met voldoende bewustzijn zijn situatie kan inschatten. Het behoort in laatste instantie aan de **patiënt**, voortgaande op de hem verschafte informatie i.v.m. zijn fysische en/of psychische toestand te beslissen of hij een voorgenomen medische ingreep zal toelaten of niet. Deze beoordeling is slechts mogelijk wanneer de geneesheer de patiënt voldoende heeft ingelicht, waarbij het uiteraard tot de verantwoordelijkheid van de geneesheer behoort aan de patiënt **deze** informatie te verschaffen die het de patiënt mogelijk maakt zijn problematiek op objectieve wijze te benaderen.

Dat dit alles niet eenvoudig is is de evidentie zelf. Wij kunnen in dit opzicht overigens enkel betreuren dat, minstens in zoverre ons bekend, aan dit aspect van de medische praktijk manifest onvoldoende aandacht wordt voorbehouden tijdens de opleiding van de geneesheer. “*Informed consent*” is een heden ten dage minstens acuut te noemen probleem, en het lijkt ons dan ook de hoogste tijd dat ook hieraan tijdens de medische opleiding de nodige aandacht zou worden voorbehouden.

Hoe dan ook is het noodzakelijk ten einde een “*informed consent*” te bekomen dat de behandelende geneesheer de patiënt op een objectieve, en voor hem begrijpelijke wijze, inlicht omtrent de voorliggende pathologie. Zonder dergelijke voorlichting is elke toestemming van de patiënt eenvoudigweg als illusoir en dus aan de patiënt **niet tegenstelbaar** te bestempelen.

3.2. De voorgestelde behandeling

Evenzeer zal de patiënt enkel zijn toestemming kunnen geven wanneer hij voldoende in kennis is gesteld van de aard, de reden en de gevolgen van de ingreep die de geneesheer voorop stelt. Tot dit onderdeel van de informatieverplichting behoort zeker de vermelding van de **risico's** die aan de voorgestelde behandeling inherent zijn. Dat gezegde informatie noodzakelijk is om een “*informed consent*” te bekomen werd bevestigd in een aantal gerechtelijke uitspraken.

Het HOF VAN BEROEP van Brussel stelde in zijn Arrest van **29-03-1996**:

“Il appartient au médecin d’informer son patient des alternatives au traitement ou à “l’intervention envisagée, des modalités de ceux-ci et des conséquences ou risques de “complication ou d’accident qui en découlent”. Dit arrest wordt enkel ten titel van voorbeeld aangehaald waar zelfde verplichting tot informatie weerhouden wordt in een behoorlijk aantal andere gerechtelijke uitspraken.

Ook hier zal de bedoelde informatie zowel “*nuchter*” als “*volledig*” zijn.

Uit de voorliggende rechtsspraak blijkt duidelijk dat een behoorlijk aantal problemen met de patiënt - die heden ten dage al te gemakkelijk uitmonden in gerechtelijke procedures... - kunnen vermeden worden wanneer de patiënt duidelijk op voorhand in kennis is gesteld van de risico's die hij loopt bij de voorgenomen ingreep.

Hierbij dient dus rekening gehouden met het feit dat de arts er terdege van dient uit te gaan dat de aan de ingreep verbonden risico's voor hem mogelijks evident zijn – gezien zijn medische kennis – waar deze evidentie bij de patiënt uiteraard **niet** bestaat. Wij dienen helaas vast te stellen dat sommige artsen al te licht aan dit aspect van de informatieverplichting voorbij gaan, met alle nefaste gevolgen vandien. De geneesheer zal er dus goed aan doen zich steeds voor ogen te houden dat de patiënt niet de technische kennis heeft die

de arts zelf heeft, en hij zal dus noodzakelijkerwijze abstractie maken van deze in zijn hoofd bestaande “*voorkennis*”.

Samenvattend kunnen wij enkel adviseren in dit opzicht een **bijzondere** aandacht te ontwikkelen, waarbij de behandelende arts als het ware “*in het vel van de patiënt moet kruipen*”. O.i. konden veel gerechtelijke procedures vermeden worden wanneer de behandelende arts zich deze moeite zou getroost hebben. Het hier gestelde kan zeker niet gelezen worden als enig verwijt, doch het gebrek aan juiste inschatting van de hier op de behandelende arts drukkende verplichting kan enkel leiden tot uitermate onaangename gevolgen...

In het kader van het hier ontwikkelde stelt zich uiteraard de vraag omtrent de volledigheid van de te verschaffen informatie betreffende de **risico's** verbonden aan de ingreep. In concreto stelt zich inderdaad de vraag van welke risico's de patiënt in kennis dient gesteld.

We komen in dit opzicht nogmaals terug op het Arrest van het HOF VAN BEROEP van Antwerpen dd. **09-11-1987**, waar, binnen het kader van de gestelde procedure, de deskundigen stelden dat de voorgekomen verwikkeling een “*gering risico*” was, die bovendien diende gekenmerkt als een “*bekende verwikkeling*”.

In dit opzicht stelde gezegde arrest o.i. terecht:

“Overwegende dat de experts duidelijk zegden dat de perforatie van de hartwand een “bekende verwikkeling” is, wat toch nauwelijks als een “gering risico” kan worden “bestempeld”.

Het is dienvolgens duidelijk dat de patiënt het recht heeft in kennis gesteld te worden van de **normale**, het is te zeggen voorzienbare en te verwachten risico's. Waar deze voorzienbaar en dus in zekere zin “*normaal*” te noemen zijn behoren dergelijke risico's uiteraard tot de te verstrekken informatie.

Anderzijds stelt Professor VANSWEEVELT desbetreffend terecht dat dit criterium in se **niet voldoet**.

Nemen we als “*mogelijks absurd*” voorbeeld een ingreep die, weze het in uitzonderlijke omstandigheden, uitermate ernstige gevolgen kan veroorzaken zoals bv. het overlijden van de patiënt of een blijvende invaliditeit. Gezien zijn uitzonderlijk karakter zou dit risico, als niet behorend tot de categorie der “*normaal-voorzienbare*” risico's niet moeten worden meegedeeld, ondanks de uiteraard desastreuze gevolgen ervan...

Wij vinden ons dan ook volledig terug in de thesis van gezegde auteur waarin deze vooropstelt dat aan de patiënt alle **relevante risico's** dienen meegedeeld, waarbij uiteraard kan worden uitgegaan van de risico-mededeling die zou dienen te geschieden aan een normaal denkend patiënt, maar waarbij “*bijkomende informatie kan worden verstrekt wanneer “specifieke omstandigheden eigen aan de patiënt daartoe aanleiding kunnen geven*”.

De **meldingsplicht** wordt dus in aanzienlijke mate **gepersonaliseerd**. Mogelijks wordt het als gemakkelijker ervaren dat a.h.w. een schema van mee te delen risico's zou kunnen worden uitgeschreven. Doch ook de beslissing van de patiënt is “*gepersonaliseerd*”, en het lijkt ons dan ook logisch de informatieplicht mede te lezen in functie van de patiënt. Aan elke patiënt dienen **alle** risico's meegedeeld waaraan deze belang kan hechten bij het nemen van zijn beslissing. Enkel op basis hiervan kan een “*informed consent*” tot stand komen. Wij zijn er trouwens persoonlijk van overtuigd dat in het kader van de in ons systeem van gezondheidszorg bestaande vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts deze laatste over voldoende informatie beschikt om deze informatieverplichting naar behoren, en ook in rechte, in te vullen.

Uit de vaststaande rechtspraak blijkt wel duidelijk dat er in hoofd van de behandelende arts een **dwingende noodzaak** bestaat de patiënt naar behoren, en andermaal in een voor hem begrijpelijke taal, in te lichten omtrent de risico's verbonden aan de voorkomen ingreep.

3.3. De mogelijke alternatieve behandelingswijzen

Opdat een patiënt een bewuste (lees “*informed*”) toestemming zou kunnen geven is uiteraard vereist dat hem voldoende inlichtingen zouden worden gegeven wat betreft eventuele **alternatieve** behandelingswijzen. Onder de term “*alternatief*” bedoelen wij uiteraard uitsluitend **medisch-verantwoorde** alternatieven. Deze verplichting tot informatie geldt **a fortiori** wanneer er naast de door de arts voorgestelde therapie andere behandelingswijzen bestaan die voor de patiënt minder diepgaand en minder risico-dragend zijn. Zo is het ons bekend dat - weze het dan ook dat dit de uitzondering is - sommige chirurgen a.h.w. te lichtvoetig voorbijgaan aan andere therapieën dan een chirurgische ingreep. Ook hier leidt het fenomeen van de plethora in sommige gevallen tot “*normvervaging*”. Weliswaar is gezegde plethora niet aan de artsen toe te

schrijven doch anderzijds kan deze bepaalde normvervagingen niet verantwoordend noch vergoelijken. Wij kunnen dan ook niet onder de vaststelling weg dat, gezien de bestaande plethora, er toch bepaalde vragen kunnen worden gesteld omtrent bepaalde chirurgische ingrepen die mogelijks konden vervangen worden door een andere, alsdan medisch verantwoorde, behandeling. Waaraan wij onmiddellijk toevoegen dat dergelijke handelswijze goddank uitermate beperkt te noemen is. Alhoewel het in het artikel 73 van de WZIV erkende principe van “*vrijheid van diagnose en therapie*” ons in ons stelsel van pertinent belang lijkt, kan niet voorbijgegaan worden aan de vaststelling dat mede ingevolge omstandigheden eigen aan het overheidsoptreden, deze vrijheid in bepaalde gevallen aanleiding kan geven tot een oneigenlijk en onbedoeld gebruik van deze vrijheid. De hoger gestelde “*normenvervaging*” lijkt ons dan ook het fatale gevolg van het optreden – of gebrek aan optreden – van de overheid. Dit alles doet evenwel geen afbreuk aan de materiële vaststelling dat bepaalde - en het weze herhaald: in de absolute minderheid der gevallen – sommige artsen voorbijgaan aan het hier gestelde in verband met de noodzakelijke informatieverplichting.

Wat dit onderdeel van de informatieverplichting betreft kan – en zal – zich uiteraard een probleem stellen omtrent de **omvang** van de door de arts te verstrekken informatie. Ook deze vraagstelling dient met **redelijkheid** benaderd. Behalve in uitzonderlijke gevallen kan van de arts niet verwacht worden dat hij kennis zou hebben van bv. een bepaalde therapie die waar dan ook ter wereld zou toegepast worden, en a.h.w. een “*alternatieve*” therapie zou kunnen genoemd worden. Criterium lijkt ons enkel dat de arts over een voldoende informatie beschikt om zijn beroep uit te oefenen volgens de “*actuele staat der wetenschap*”. Bij een gerechtelijk dispuut zal de rechter zich overigens enkel door dit criterium laten leiden. Uiteraard zal de risicofactor van de voorgestelde behandeling hierbij mede-determinerend zijn.

3.4. De behandeling door een andere geneesheer of in een ander ziekenhuis.

Elke geldige kennis omtrent zijn professionele bekwaamheden en vaardigheden impliceert noodzakelijkerwijze dat de betrokkene ook de **grenzen** van deze kennis correct inschat. Nederigheid siert niet enkel de mens, doch ze zal de behandelende geneesheer uitermate te pas komen bij de invulling van zijn verplichting tot “*informed consent*”.

Het behoort dan ook tot de informatieplicht van de geneesheer de patiënt te informeren omtrent **bijzondere bekwaamheden** die beschikbaar zouden zijn hetzij bij een andere collega hetzij in een ander ziekenhuis.

Eigenzinnige bevoegdheidsoverschrijding zou zeer zuur kunnen opbreken waar de patiënt zich alsdan niet enkel op een medisch-technische tekortkoming van de geneesheer zou kunnen beroepen in zoverre de behandeling zou mislopen, doch bovendien op een tekortkoming op de informatieplicht van de behandelende geneesheer.

In zoverre de geneesheer zich zou realiseren - of zich zou moeten realiseren ... - dat bij een behandeling door hem de patiënt risico's zou lopen die kunnen worden vermeden of beperkt bij de verwijzing van de patiënt naar een ander collega, zal hij uiteraard niet aarzelen de patiënt te **verwijzen** naar een ander geneesheer, terzake meer bekwaam. Het zou hier o.i. handelen om een ware verplichting.

Buiten deze verplichting zal de geneesheer er evenwel goed aan doen de patiënt tevens in kennis te stellen van een bijzondere bekwaming in hoofde van een ander geneesheer of een bijzondere bekwaming in een ander ziekenhuis om aan de pathologie te verhelpen. De patiënt kan enkel een **bewuste** toestemming geven in zoverre hem de nodige inlichtingen werden verschaft, waarna hij uiteraard nog altijd vrijelijk zijn keuze zal kunnen bepalen.

Hierbij weze trouwens onderstreept dat een patiënt zich in de regel niet uitsluitend zal laten leiden door medisch-technische bekwaamheden, waar de arts-patiënt-relatie nog altijd, en voor een zeer behoorlijk aandeel, een **vertrouwensrelatie** is.

Het kan evenwel, op medico-legaal gebied van groot belang zijn dat kan worden aangetoond dat de patiënt **bewust** handelde binnen het kader van zijn vertrouwensrelatie met de arts, wat enkel mogelijk is in zoverre de handelende geneesheer hem voldoende inlichtingen heeft verschaft.

Wat betreft de verwijzing van de patiënt naar een **ander ziekenhuis** dan dit waarin de behandelende geneesheer werkzaam is, zijn wij er ons terdege van bewust dat dit mogelijks niet altijd even eenvoudig is. Dergelijke verwijzing kan in de slechtste hypothese zelfs leiden tot een conflictsituatie tussen de geneesheer en de Beheerder. Om redenen, uiteraard vreemd aan het intrinsiek karakter van de medische ingreep zal de Beheerder zich moeilijk kunnen terugvinden in het verzenden van een patiënt naar een ander ziekenhuis, waar elke Beheerder in de regel nogal de neiging heeft uit te gaan van de hypothese dat elke behandeling van een patiënt in zijn ziekenhuis mogelijk is. Wij zullen hierbij niet verder ingaan op de op dit ogenblik,

minstens op bepaalde plaatsen in dit land, bestaande concurrentiesituatie tussen de ziekenhuizen. Een ziekenhuis “*verliest*” nu eenmaal niet graag een patiënt, waarvoor wij zelfs, minstens tot op een bepaald niveau, begrip kunnen opbrengen.

Dit betoog beoogt evenwel uitsluitend de eventuele verantwoordelijkheden van de **geneesheer** te beperken. En in dit opzicht blijft de geneesheer gehouden de hier bedoelde informatieverplichting na te leven. Hierbij kan andermaal niet voorbij gegaan worden aan het blote feit dat bepaalde ziekenhuizen – en dit totaal vreemd aan enig feit eigen aan het ziekenhuis of aan de er werkzame ziekenhuisgeneesheren – nu eenmaal beter uitgerust zijn – en dus meer aangewezen ... – om een bepaalde medische ingreep uit te voeren.

Wat dan weer niet betekent dat de geneesheer een als het ware “*overdreven*” bezorgdheid in dit opzicht aan de dag zou moeten leggen. Wij verwijzen in dit opzicht naar het sub **4.2.5.** gestelde, en wat betreft de hoger vermelde verwijzingen respectievelijk informatie dient andermaal met **redelijkheid** benaderd. De geneesheer behoudt m.a.w. ten allen tijde de bevoegdheid een “*eigen visie*” te behouden, dit evenwel onder de voorwaarde dat deze visie zich afspeelt binnen een zekere **redelijkheidsnorm**, in functie waarvan de geneesheer zal dienen aan te tonen dat hij gehandeld heeft zoals een **normaal denkend geneesheer** in dezelfde omstandigheden zou hebben gedaan.

3.5. De gevolgen van de behandeling.

De confrontatie **post factum** van de patiënt met bepaalde gevolgen voortvloeiende uit de voorgestelde – en uitgevoerde – ingreep zal in de regel sterk om niet te zeggen vehement kunnen zijn. Bepaalde gevolgen, zelfs inherent aan een correct uitgevoerde ingreep, kunnen de patiënt inderdaad confronteren met een situatie die hij zelf voor de ingreep niet had voorzien, of zelfs niet had kunnen voorzien.

De patiënt zal uiteraard geen boodschap hebben aan de post factum mededeling dat deze gevolgen nu eenmaal inherent zijn aan de behandeling.

Gevolgen “*inherent*” aan de ingreep zullen zeker aan de geneesheer bekend zijn; door de patiënt zullen zij slechts als “*inherent*” ervaren en aanvaard worden mits hij hiervan **voorafgaandelijk** in kennis werd gesteld.

Ook hier geldt – zelfs voor geneesheren ... - dat “*voorkomen beter is dan genezen*”.

4. Algemene criteria geldend voor de te verschaffen informatie.

4.1. Omvang van de informatie.

Wij stelden hoger (zie 3) dat de te verstrekken informatie **volledig** moet zijn, en ondermeer betrekking moest hebben op de aspecten behandeld sub **3.1.** tot **3.4.** Ook intern, en m.n. binnen de deelaspecten behandeld sub 3.1. tot 3.4. dient de informatie aan dezelfde volledigheidseisen te voldoen.

Uiteraard kan niet in abstracto worden bepaald wat precies dient begrepen onder “*volledigheid*”. Waarbij dan nog dient rekening gehouden met het feit dat deze “*volledigheid*” post factum zal worden beoordeeld, en wel op het ogenblik dat de patiënt aanspraken t.o.v. de behandelende geneesheer zal laten gelden... Concrete richtlijnen i.v.m. deze “*volledigheid*” kunnen dan ook niet uitgeschreven worden.

De **omvang** van de informatieplicht zal getoetst worden aan een aantal concrete omstandigheden, waarbij o.i. als **algemeen criterium** zal dienen gelden dat de arts zich zal hoeven te gedragen als een **normaal voorzichtig handelend geneesheer** binnen het kader van zijn informatieverplichting. Het zal m.a.w. hetzelfde criterium zijn dat geldt voor de benadering van een medisch-technische fout dat zal worden aangewend om een eventuele tekortkoming met de hieruit voortvloeiende verantwoordelijkheid van de geneesheer al dan niet te weerhouden.

Binnen het kader van dit algemeen criterium (de normaal voorzichtig handelend geneesheer) zal door de Rechtbank uiteraard ook het beginsel der **redelijkheid** worden gehuldigd. De nochtans stringente verplichtingen die op de behandelende geneesheer rusten zullen aan deze redelijkheidsvereisten en redelijkheidsbeperking getoetst worden.

Bij de concrete invulling van deze norm zal de geneesheer zich bovendien laten leiden door het objectiviteitsbeginsel (4.2.).

4.2. Objectiviteit.

Alle door de geneesheer verschaft informatie dient **objectief** te zijn.

Uiteraard zal de geneesheer – wat hem trouwens door de ORDE uitermate ten kwade zou geduid worden – zich nooit laten leiden door enig persoonlijk belang, nog minder door enig financieel belang.

Dit betekent in eerste instantie dat bij de invulling van zijn informatieverplichting de geneesheer zich zal onttrekken aan enige druk die zou kunnen ontstaan uit het feit van de “*plethora*”, wat voor elk weldenkend geneesheer uiteraard evident zal zijn, doch waarbij niet kan voorbij gegaan worden aan de objectieve vaststelling dat deze druk door een goddank uitermate gering aantal geneesheren toch wel in meer dan naar behoren mate wordt ondergaan.

In functie van het hier gestelde zal de geneesheer ondermeer een open oog hebben voor de hierna volgende principes:

4.2.1.

In geen geval zal de geneesheer de **pathologie** in hoofde van de patiënt “*dramatiseren*”. De geneesheer zal m.a.w. niet trachten de patiënt te overtuigen de voorgestelde therapie te aanvaarden op grond van een overdreven afbeelding van het ziektebeeld zelf.

Hier liggen uiteraard delicate raakpunten tussen het criterium der “*volledigheid*” en dit der “*objectiviteit*”. “*Volledig*” is “*volledig*”, zonder dat dit begrip impliceert dat bepaalde **accenten** zouden worden gelegd om de patiënt te overtuigen een bepaalde behandeling te aanvaarden. Dat dit mogelijks, en zeker in bepaalde concrete omstandigheden, een delicate evenwichtsoefening in hoofde van de behandelende geneesheer kan impliceren is duidelijk, doch ook hier zal gelden dat de geneesheer als een normaal voorzichtig handelend geneesheer dient op te stellen.

Wij verwijzen in dit opzicht ook naar het sub **3.1.** gestelde .

4.2.2.

Al evenmin zal de geneesheer bepaalde risico's verbonden aan de voorgenomen ingreep **verbloemen**. Ook hier raakt het criterium van de objectiviteit uiteraard dit der volledigheid en wij verwijzen desbetreffend naar wat wij stelden sub 4.2.1.

4.2.3.

Andermaal zullen de **gevolgen** van de ingreep op objectieve wijze worden voorgesteld, en zeker niet worden geminimaliseerd. Binnen dit kader zal de geneesheer er goed aan doen zich te realiseren dat gevolgen die voor hem “*normaal*” zijn dit niet noodzakelijk zijn voor de patiënt, zodat de geneesheer er goed aan zou doen als het ware in het vel van de patiënt te kruipen. De praktijk heeft ons ondertussen geleerd dat precies deze confrontatie met “*inherente*” gevolgen bij de patiënt zeer verregaande reacties kunnen oproepen.

4.2.4.

Tenslotte zal de geneesheer **alternatieve behandelingswijzen** niet al te gemakkelijk wegwuiven. Ook hier dient zijn informatie objectief te zijn, en zal de geneesheer er ondermeer toe gehouden zijn wanneer een minder-invasieve ingreep mogelijk is, en mits deze uiteraard een gelijkaardige kans op slagen heeft, deze mogelijkheid ter kennis te brengen van de patiënt. Hoe meer diepgaand de ingreep voor de patiënt is, of door deze laatste als dusdanig zal worden ervaren, des te objectiever zal de verschaft informatie hoeven te zijn. Het behoort o.i. ontegensprekelijk tot niet enkel het belang toch ook het recht van de patiënt een ingreep te ondergaan die hem zo weinig als mogelijk ongemakken, letsels en dus zeker blijvende ongemakken of letsels veroorzaakt.

Binnen het kader van het hier gestelde dient o.i. ook rekening gehouden met de **nieuwe situatie** nu de “*alternatieve behandelingswijzen*” bij Wet werden erkend.

Wij zien dan ook met benieuwdheid uit naar de rechtsspraak die vroeger of later, zal ontstaan i.v.m. de verwijzing naar dergelijke alternatieve zorgverstrekkers.

Wij zijn er ons terdege van bewust dat we hier een, zeker voor de geneesheren in het algemeen, delicaat punt aansnijden, doch wij menen niet voorbij te kunnen gaan aan dit wetgevend initiatief, zonder dat wij de concrete gevolgen ervan uiteraard met mathematische zekerheid kunnen inschatten, ware het enkel reeds op grond van het feit dat deze wetgeving nog geen aanleiding heeft gegeven tot rechtsspraak, en dus zeker niet i.v.m. de problematiek van het hier behandelde thema.

Zo stellen wij ons persoonlijk de vraag in hoeverre binnen het kader van zijn informatieverplichting, de behandelende geneesheer-orthopedist een chirurgische ingreep zou kunnen voorstellen zonder kennis te geven aan zijn patiënt van een **eventueel** gelijkwaardige behandelingsmogelijkheid door een chiropractor. Voortgaande op het beginsel dat de minder-invasieve ingreep de voorkeur geniet boven een meer-invasieve ingreep kan niet voorbij gegaan worden aan dit concreet probleem. Het is dus uitzien naar een eventueel tot stand te komen rechtsspraak in dit verband.

4.2.5.

Wanneer wij hoger stelden dat de informatie objectief moet zijn kan zulks niet worden gelezen als zou de geneesheer niet het recht hebben op een "*eigen visie*".

De zowel diagnostische als therapeutische vrijheid van de geneesheer is een van de fundamenteën van ons medisch systeem, en dit beginsel wordt dan ook terecht teruggevonden ondermeer in het **artikel 73** van de WZIV. In dit opzicht verwijzen wij overigens naar een vaststaande rechtsspraak die duidelijk stelt dat het eenvoudige **feit** van een foute diagnose niet noodzakelijk impliceert dat de geneesheer een fout zou hebben begaan. Enkel zou als fout kunnen aangerekend worden dat de medische prestatie van de geneesheer niet zou beantwoorden aan het criterium dat gezegde geneesheer zou gehandeld hebben volgens de actuele staat der wetenschap, of zoals kan verwacht worden van een normaal handelend geneesheer, alsdan handelend in gelijkaardige omstandigheden.

Het is dus duidelijk dat een ziekenhuisgeneesheer een verregaande **vrijheid** van handelen behoudt, mits hij maar voldoet aan het hoger gestelde criterium.

Deze vrijheid van handelen heeft uiteraard zijn repercussies op de **informatieverplichting**. Gezegde informatieverplichting zal inderdaad enkel kunnen gelezen worden binnen het kader van gezegde vrijheid van therapie en diagnose, wat ondermeer kan impliceren dat de geneesheer t.o.v. de patiënt een bepaalde **voorkeur van behandeling** uitdrukt. In zoverre deze "*voorkeur*" niet geïnspireerd wordt door strikt persoonlijke belangen, doch ondermeer een voldoende wetenschappelijke fundering heeft, zal niemand de geneesheer kunnen verwijten op niet-objectieve wijze te hebben gehandeld.

De ervaring leerde ons nu eenmaal dat omtrent bepaalde ingrepen er inderdaad **meningsverschillen** kunnen bestaan tussen geneesheren onderling. Deze verschillen in visie vindt men trouwens gereflecteerd ook in de meest kwalitatieve wetenschappelijke tijdschriften.

Enkel is vereist dat de **behandelende** geneesheer zijn visie zou kunnen verantwoorden, en dit precies binnen het kader van zijn diagnostische en therapeutische vrijheid. Dergelijke eigen visie impliceert dus niet **noodzakelijkerwijze** dat ze niet "*objectief*" zou zijn.

In zoverre aan de hoger gestelde criteria voldaan wordt zal uiteraard de informatieverplichting dienen gelezen binnen deze context, en zal aan de geneesheer geen gebrek aan objectiviteit kunnen worden verweten.

In zoverre wordt aangetoond dat de geneesheer uitsluitend geleid is door de bekommernis aan zijn patiënt de meest dienstige therapie voor te stellen, heeft hij het volste recht ook deze aan te raden.

Andermaal: hier kan een evenwichtsoefening zich opdringen. En eveneens andermaal: de houding van de geneesheer zal getoetst worden aan deze van een normaal voorzichtig handelend geneesheer. Waarbij de geneesheer dus ten allen tijde zal vermijden dat zijn "*eigen visie*" zou gelezen worden als "*koppigheid*".

Wij zijn er ons terdege van bewust dat het hier gestelde niet altijd even eenduidig is, terwijl wij noodzakelijkerwijze, en inherent aan de voorliggende problematiek, geen verdere eenduidigheid kunnen nastreven. Wij hebben bij het formuleren van deze tekst dan ook de enkele bekommernis de geneesheren ervan te overtuigen dat zij bij de benadering van dit probleem, en dan in al zijn aspecten, ten allen tijde de nodige **voorzichtigheid** aan de dag zouden leggen. Enkel zo zal de geneesheer voorkomen dat ook ten zijnen opzichte een rechtbank zou stellen dat de gedragswijze van de geneesheer "*verbijsterend*" is (Hof van Beroep Antwerpen dd. 09-11-1987).

DE BEWIJSLAST.

1. Voorafgaandelijk.

De vraagstelling naar de bewijslast is uiteraard zeer pertinent. Wie zal wat moeten bewijzen ? Dient de geneesheer aan te tonen dat hij voldoende informatie heeft gegeven, en op grond hiervan de bewuste

toestemming van de patiënt heeft bekomen, of behoort het daarentegen aan de patiënt het bewijs te leveren dat de geneesheer in deze informatieverplichtingen tekort is gekomen ?
Het belang van het antwoord dat op deze vragen wordt gegeven zal eenieder duidelijk zijn waar een eventueel gerechtelijke uitspraak inderdaad enkel kan gesteund zijn op de concrete invulling van deze bewijslast.

Stippen we voorafgaandelijk aan dat de vraagstelling omtrent de bewijslast op juridisch-technisch gebied uitermate complex en genuanceerd is. De meest diverse thesissen omtrent de beantwoording van hoger gestelde vraag worden vooropgesteld naar mate deze problematiek wordt benaderd vanuit diverse aspecten en standpunten. Om zich een volledig correct idee te vormen omtrent de inhoud van de verschillende gerechtelijke uitspraken desbetreffend dienen de termen ervan dan ook met de nodige omzichtigheid en nauwkeurigheid benaderd.

Het kan evenwel niet de bedoeling zijn van deze bijdrage op deze juridisch-technische aspecten in te gaan, en binnen het kader van deze tekst zullen wij ons dan ook noodzakelijkerwijze beperken tot de **krachtlijnen** die in deze gelden, minstens in de regel of in principe worden aangehouden.

2. Het arrest van het Franse Hof van Cassatie dd. 25-02-1997.

Uiteraard is de Franse rechtsspraak niet rechtstreeks richtinggevend voor bepaalde interpretatieproblemen die zich in het Belgische rechtsverkeer kunnen voordoen. Wanneer wij binnen het kader van dit betoog toch even terugkomen op dit arrest is zulks in behoorlijke mate toe te schrijven aan het feit dat dit arrest, meer bepaaldelijk naar aanleiding van zijn publicatie in Belgische tijdschriften, voor een behoorlijke ophef heeft gezorgd... Het volstaat in dit verband te verwijzen naar de soms zelfs polemische doctrinaire benaderingen van dit arrest, in welk verband ondermeer dient verwezen naar de omstandige commentaar hierop gegeven door Prof. FAGNART (tijdschrift Gezondheidsrecht 1997-1998 pagina 338 en volgenden). Waar wij persoonlijk wel bepaalde bedenkingen hebben bij de besluitvorming van dit artikel kan niet voorbijgegaan worden aan het feit dat hierin een grondige analyse wordt weergegeven van de inhoud van gezegd arrest en zijn mogelijke gevolgen op de Belgische rechtsspraak.

Zo stelt Prof. FAGNART:

“Il faut s’attendre à ce qu’il (l’arrêt) exerce une influence décisive sur la jurisprudence des “prochaines années”.

Uit de feiten is overigens gebleken dat minstens de facto dit arrest inderdaad bepaalde sporen heeft nagelaten ook in de Belgische rechtsspraak.

Waar dit betoog geen uitgewerkte juridische benadering veronderstelt beperken wij er ons toe te stellen dat dit arrest dusdanig veel stof deed opwaaien waar hierin afbreuk werd gedaan aan een vrij vaststaande rechtsspraak zoals deze gold in Frankrijk.

Bij dit arrest werd de bewijslast omtrent het al dan niet vervuld zijn van de *“informed consent”* **ten laste van de geneesheer** gesteld.

Wij zullen omwille van het hoger gestelde hier niet verder ingaan op de juridische motivering van deze besluitvorming, en beperken ons ertoe vast te stellen dat krachtens de termen van dit arrest gezegde bewijslast op de geneesheer ging drukken op grond van de overweging dat de informatie-verplichting een **bijzondere verplichting** uitmaakt in hoofde van de behandelende geneesheer, waaruit het Hof besloot dat het dan ook aan de geneesheer toekwam te bewijzen dat hij aan deze *“bijzondere verplichting”* had voldaan.

De gevolgen van een dergelijke bewijslast zowel op het aansprakelijkheidsgebied als op het hieraan beantwoordende **verzekeringsgebied** zal uiteraard niemand kunnen ontgaan.

Wanneer het Franse Hof van Cassatie door deze beslissing dan ook plots afweek van een vroeger bestaande rechtsspraak waarbij de bewijslast ten laste van de patiënt werd gesteld, kon dit niet anders dan veel stof doen opwaaien.

3. De Belgische rechtsspraak.

Ter herinnering: in zijn arrest dd. **04-04-73** bevestigde ons HOF VAN CASSATIE nadrukkelijk het principe dat het bekomen van een *“informed consent”* vereist was voor ernstige en voorzienbare risico's. In zoverre

ons bekend heeft zelfde Hof tot op heden nog geen uitspraak gedaan omtrent de toewijzing van de **bewijslast** in verband hiermee.

Toch menen wij dat uitspraken van “*lagere*” rechtsmachten een voldoende aanduiding geven omtrent de in de regel geldende belgische benadering van deze vraagstelling, evenals van bepaalde trends die zich toch in zeker opzicht beginnen af te tekenen.

Het komt ons voor dat **in de regel** de Belgische rechtsspraak nog altijd de thesis huldigt dat de bewijslast i.v.m. de “*informed consent*” **op de patiënt** drukt. Het is m.a.w. aan de patiënt het bewijs te leveren dat de behandelende geneesheer in gebreke is gebleven in zijn informatieplicht, ten gevolge waarvan hij geen “*informed consent*” kon bekomen. Nog in zijn arrest dd. **21-02-97** bevestigde het HOF VAN BEROEP te ANTWERPEN deze principiële stellingname.

Het Hof stelde in dit opzicht:

“overwegende dat geïntimeerde (bedoeld wordt de patiënt) terzake de bewijslast draagt “volgens de heersende rechtsspraak en rechtsleer en het gebrek aan informatie dient te “bewijzen alsmede aan toestemming indien hij al de informatie zou gehad hebben.

“Overwegende dat appelante (lees: de geneesheer) het vermoeden van voldoende informatie “van de patiënt met de medische handeling terzake mag invoeren, en geïntimeerde (de “patiënt) dit vermoeden dient te weerleggen”. (terloops wensen wij aan te stippen dat dit arrest in andere publicaties aangehaald wordt als een arrest dd. **18-02-97**)

NYS stelde in dit opzicht dat dit arrest “*kort en krachtig de heersende leer i.v.m. de bewijslast “terzake van het zogenaamde “informed consent”-vereiste samenvat*”.

Er bestaat m.a.w. een **vermoeden** dat de geneesheer voldoende informatie heeft verschaft, en het komt volgens deze rechtsspraak aan de **patiënt** toe dit vermoeden te weerleggen. Waarbij wij – het weze herhaald – voorbijgaan aan de strikt juridisch-technische aspecten die desbetreffend gelden. Persoonlijk menen wij dat dit “*vermoeden*” kan weerlegd worden met alle middelen van recht, en dus, op zijn beurt, met “*vermoedens*”... Het zal uiteindelijk aan de Rechtbank zijn de juridische draagkracht van deze weerlegging te beoordelen.

Een zelfde principiële stellingname vinden wij terug in het arrest van het HOF VAN BEROEP van BRUSSEL dd. **29-03-96**.

Gezegde uitspraken steunen zich op de overweging dat degene die een fout weerhoudt krachtens de algemeen geldende rechtsprincipes gehouden is het bestaan van deze fout te bewijzen. Dit geldt zowel voor een contractuele als extra-contractuele fout.

Aan deze rechtsspraak kan dus in geen geval worden toegeschreven dat deze inconsequent zou zijn, waar ze enkel de toepassing van een algemeen geldend rechtsprincipe bevestigt.

Persoonlijk kunnen wij ons dan ook behoorlijk terugvinden in dergelijke rechtsspraak, weze het dat wij desbetreffend toch ook wel bepaalde bedenkingen hebben, zoals later zal worden weergegeven. Wij vinden ons dan ook andermaal behoorlijk terug in de publicatie van Professor VANSWEEVELT in 1996 waarin deze duidelijk vooropstelt dat het aan de patiënt behoort de inhoud van het medisch-contract aan te tonen evenals het gebrek aan uitvoering ervan.

Uit de door ons geraadpleegde rechtsspraak blijkt overigens dat de algemene trend in de rechtsspraak de bewijslast **ten laste van de patiënt handhaaft**.

Dit doet evenwel geen afbreuk aan de vaststelling dat er ook **andere** rechtsspraak voorligt.

Wij verwijzen in dit verband ondermeer naar het arrest van het HOF VAN BEROEP van LUIK dd. **30-04-98** waarin dan weer wordt gesteld dat het aan de geneesheer toekomt het bewijs te leveren van de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Een zelfde besluitvorming vinden wij in het arrest van het HOF VAN BEROEP van ANTWERPEN dd. **22-06-98**.

Het is dan ook duidelijk dat zich in de rechtsspraak minstens een bepaalde **trend** aftekent waarbij gezegde bewijslast verschoven wordt naar de **geneesheer**.

Zekerheid desbetreffend kan dus op dit ogenblik niemand meer geven, en een **wetgevend initiatief** desbetreffend zou met het oog op de rechtszekerheid dan ook meer dan welkom zijn.

In het door Minister COLLA ingediende wetsontwerp omtrent de patiëntenrechten wordt voorzien dat de bewijslast dan weer ten laste van de **geneesheer** zou worden gesteld, dit minstens in de omstandigheden en onder de voorwaarden in gezegd ontwerp vooropgesteld. Zoals in de inleiding tot huidige bijdrage gesteld zullen wij op dit wetsontwerp niet verder ingaan daar, zoals wij stelden, wetsontwerpen nogal de neiging hebben fundamentele wijzigingen te ondergaan tussen het opstellen ervan en de uiteindelijke goedkeuring door het Parlement.

Er kan niet voorbij gegaan worden aan de vaststelling dat ondertussen de burger geconfronteerd wordt met een zekere mate van rechtsonzekerheid die o.i. uiteindelijk geen van de belangen van één der bij deze problematiek betrokken partijen dient.

Hoe dan ook blijkt uit deze divergerende rechtsspraak, die overigens beantwoordt aan een even divergerende rechtsleer, dat de behandelende geneesheer er in elk geval goed aan zal doen zich **uitermate voorzichtig** op te stellen, waarbij wij zelfs de mening toegedaan zijn dat de behandelende geneesheer er goed aan zal doen rekening te houden met de mogelijkheid dat ooit de bewijslast i.v.m. de invulling van zijn contractuele verplichtingen op hem zou worden gelegd.

Waar de voorzichtigheid nog altijd de moeder van de porseleinwinkel blijft houdt de behandelende geneesheer best rekening met deze mogelijkheid...

4. Onze persoonlijke bedenkingen.

Wij wensen in eerste instantie duidelijk te stellen dat het hier ontwikkelde **persoonlijke** bedenkingen zijn.

Hierbij gaan wij uit van het **algemeen rechtsbeginsel** dat, degene die zich op een tekortkoming in hoofde van zijn medecontractant beroept, het bewijs van deze tekortkoming hoeft te leveren. Niets lijkt ons eenvoudiger dan de algemene rechtsprincipes zondermeer toe te passen ook op de hier concreet voorliggende situatie.

Het hoger gestelde kan ons evenwel niet toelaten de ogen te sluiten voor argumenten die in een andere richting gaan.

Zo stelt zich in eerste instantie de toch wel concrete problematiek in hoeverre men een **negatief** bewijs kan leveren. Hoe kan men aantonen dat iemand iets **niet** gedaan heeft ? Dit is des te meer pregnant waar in België nog niet de gewoonte voorligt het bekomen van de "*informed consent*" bij geschrift vast te leggen.

Weliswaar stelt de rechtsspraak in dit opzicht dat het gebrek aan informatie, en dus het bekomen van een "*informed consent*" kan bewezen worden met alle middelen van recht, met inbegrip van vermoedens. Deze vermoedens kunnen geput worden uit het al dan niet verrichten van een aantal handelingen, terwijl het tegendeel zou kunnen bewezen worden aan de hand van het wel verrichten van bepaalde handelingen. Wat dit laatste betreft verwijzen wij andermaal naar de rechtsspraak die stelt dat bv. uit opeenvolgende consultaties en besprekingen mag afgeleid worden dat de geneesheer de voorliggende problematiek in al haar aspecten wel degelijk met de patiënt zou hebben besproken.

Zelfs het aanvaarden van deze bewijsmiddelen lijkt ons toch geen afdoend antwoord te geven op het geformuleerde bezwaar m.n.: Hoe bewijst men een **negatief** feit ?

Anderzijds kan niet zondermeer worden voorbijgegaan aan de argumentatie dat de aard en de risico's van een medische ingreep tot gevolg **kunnen hebben** dat de bewijslast op de geneesheer rust (Hof van Beroep Antwerpen 22-06-98).

Wel is dit arrest **genuanceerd** waar het stelt:

"dat gelet op de aard en de risico's van de ingreep, die bewijslast in casu op de "behandelende geneesheer rust"

uit welke motivering dus enkel kan afgeleid worden dat het Hof het principe van de bewijslast in hoofde van de patiënt impliciet erkent, om hiervan enkel af te wijken rekening houdende met "*de aard en de risico's van de ingreep*". Genuanceerde uitspraken zoals deze maken o.i. de probleemstelling nog meer ondoorzichtig... Alhoewel wij ons dus principieel kunnen terugvinden in de toepassing van de algemeen geldende rechtsbeginselen mag dit ons niet toelaten voorbij te gaan aan toch bepaalde bezwaren i.v.m. gezegde toepassing, waarbij men inderdaad kan aanvoeren dat de informatieverplichting een **bijzondere**

verplichting is in hoofde van de behandelende geneesheer, op grond waarvan het precies aan deze laatste toekomt het bewijs te leveren dat deze aan gezegde bijzondere verplichting heeft **voldaan**.

Wij menen dan ook te mogen stellen dat ernstig rekening dient gehouden met de mogelijkheid dat de rechtsspraak in toenemende mate geneigd zal zijn de bewijslast ten laste van de **geneesheer** te stellen. Het lijkt ons dan ook uitermate voorzichtig met deze mogelijkheid rekening te houden.

Persoonlijk stellen wij ons de vraag of het in de gegeven omstandigheden niet opportuun zou zijn, alsdan in het belang van beide partijen, en op wie de bewijslast uiteindelijk ook zou mogen drukken, dat deze **beiden** zouden samenwerken om latere bewijsproblemen te voorkomen. Beide partijen kunnen o.i. in wederzijds vertrouwen en samenwerking de nodige **documenten** tot stand brengen die het eventueel later discussieterrein zouden beperken. In verscheidene landen bestaat deze praktijk overigens en bewijst deze zowel haar degelijkheid als haar praktische haalbaarheid.

Uit een in samenspraak ontstaan en door de patiënt ondertekend document zou alsdan **en** de toestemming **en** de informatie en de omvang van beide blijken.

Uiteraard veronderstelt de redactie van dergelijk document een even ernstige als redelijke benadering. Een te schematisch geformuleerde en als dusdanig als het ware inhoudloze tekst zou uiteraard weinig baat brengen. Wij menen dan ook dat een tekst als "*de patiënt verklaart voldoende geïnformeerd te zijn omtrent de voorgenomen ingreep en de risico's hieraan verbonden*" door de Rechtbank – en dan nog terecht ook... - afgewezen zou worden als een voldoende bewijs van het bekomen van een "*informed consent*".

Anderzijds dient vermeden dat dit document zou uitgroeien tot een "*boekdeel*", waarvan men redelijkerwijze dan weer moet aannemen dat de patiënt dit boekdeel niet helemaal zou "*doorwerken*", dit dan nog in de hypothese dat dit alles voor een leek leesbaar zou zijn...

Vereist zal dus in elk geval zijn dat het op te stellen document in **duidelijke termen** zou worden gesteld, en dat hierin ondermeer zou bevestigd worden:

- dat, en in hoeverre (wij denken hier aan de uitbreiding van de oorspronkelijk voorziene ingreep) de patiënt **toestemming** heeft gegeven tot de voorgenomen ingreep.
- en **welke informatie** in functie van deze beslissing van de patiënt door de arts werd gegeven, informatie die uiteraard dient te beantwoorden aan de hoger gestelde criteria.

Het lijkt ons overigens dat het mogelijk moet zijn bepaalde **schema's** samen te stellen houdende de noodzakelijke informatie verbonden aan een bepaald type van ingreep, schema's die evenwel, zoals wij sub **5** zullen behandelen, dienen aangevuld met **geïndividualiseerde elementen** die rechtstreeks op de casus betrekking hebben.

Dergelijke samenwerking zal het voordeel hebben dat in eerste instantie een behoorlijk aantal betwistingen zouden voorkomen worden: het wordt inderdaad onmogelijk procedures uit te brengen op grond van "*beweringen*" en "*subjectieve lezingen*", "*vermoedens*" en "*weerlegging van vermoedens*" die strijdig zouden zijn met de uiteraard duidelijke bewoordingen van het opgestelde document.

De Rechtbank zou alsdan niet langer, of minstens in veel mindere mate, zich dienen te steunen op "*vermoedens*" waarbij het uitsluitend aan de Rechtbank zou zijn uit de feiten af te leiden welke vermoedens zouden kunnen weerhouden worden.

In zoverre later toch een betwisting zou ontstaan zou de Rechtbank vooralsnog beschikken over een aan beide partijen **tegenstelbaar** document waaruit blijkt, minstens moet blijken, of en in hoeverre toestemming werd gegeven, of en in hoeverre informatie werd verschaft. Aan de hand van dergelijk document zou de Rechtbank vervolgens – weze het waarschijnlijk na een uit te voeren expertise – kunnen vaststellen of en in hoeverre er "*informed consent*" tot stand werd gebracht.

5. Standaardformulieren.

Er is ondertussen, minstens in het buitenland, een bepaalde praktijk ontstaan waarbij aan de patiënt een "*standaardformulier*" ter ondertekening wordt voorgelegd.

De vraag stelt zich evenwel of het gebruik van dergelijk standaardformulier de voorliggende problemen oplost.

Hoe dan ook heeft de rechtsleer zowel als de rechtsspraak het gebruik van dergelijke standaardformulieren zo al niet kritisch dan toch minstens genuanceerd benaderd.

In zijn arrest dd. **30-04-98** van het HOF VAN BEROEP van LUIK stelde dit Hof duidelijk dat het bestaan van een gestandaardiseerd formulier op zichzelf niet het bewijs levert van de geïnformeerde toestemming van de patiënt, ondermeer wanneer het document niet voldoende expliciet is en wanneer de terminologie niet begrijpelijk is voor een leek.

Er zijn ons ondertussen voorbeelden gekend van dergelijke formulieren waarvan **de inhoud** zowel als **de omvang** ons toch ten zeerste verwonderd hebben – om niet te herhalen wat het hoger geciteerde arrest van het HOF VAN BEROEP van ANTWERPEN betitelt als “*verbijsterd...*”. Zo bleek uit een computer-outprint dat voor een door de geneesheren als “*eenvoudig*” aangemerkte orthopedische ingreep, als het ware een “*encyclopedie*” werd uitgespuwd. Terzake kan dus zeker niet worden gesteld dat dit document niet volledig zou zijn.

Wel bleek onmiddellijk duidelijk dat dergelijk document totaal onleesbaar was waar **enerzijds** geen enkele patiënt zich de moeite zal getroosten zich door dergelijke encyclopedie door te werken, terwijl **anderzijds** deze tekst volledig doorspekt was van medisch-technische termen die dus noodzakelijkerwijze aan elk begripsvermogen van de patiënt moesten ontsnappen.

Bovendien kenmerkte deze tekst zich door een totaal gebrek aan individuele, minstens geïndividualiseerde benadering van de medische situatie van de patiënt. Wij stelden hoger reeds dat de **personalisatie** van de verschaft informatie o.i. een essentieel onderdeel hiervan uitmaakt.

Het gebruik van dergelijke weze het dan nog monumentale papierbergen, stuit dan ook op behoorlijke kritiek in de rechtsleer.

Wanneer wij hoger voorstelden persoonlijk voorstander te zijn van het produceren van een geschreven document houdende de “*informed consent*” vatten wij dit dan ook geenszins op als dergelijke encyclopedische benadering.

Het komt ons trouwens voor dat de rechtsspraak, en wij verwijzen naar het hoger geciteerde arrest, precies een **geïndividualiseerde** benadering vereist. (zie ook **de informatie – 3.2.**). Er dient niet uitgegaan van een “*cursus*” in een bepaalde medische discipline of sub-discipline, doch wel van een praktische benadering van de pathologie van een **bepaald** patiënt.

Hierbij zijn wij er trouwens van overtuigd dat het kwaliteitsniveau van de Belgische geneesheren meer dan voldoende is om hen toe te laten dergelijk document, dat andermaal door de Rechtbank zal benaderd worden binnen het kader van de redelijkheid, op te stellen en in te vullen.

De voordelen van dergelijk geïndividualiseerd document zijn hoger voldoende geschetst, en wanneer deze getuigen van een zowel objectieve als leesbare weergave van elementen die betrekking hebben op de persoonlijke situatie van de patiënt zullen deze o.i. een voldoende zekerheid geven omtrent de juridische relatie tussen partijen.

Enkel aan de hand van dergelijk document worden alle discussies omtrent de bewijslast overbodig, en zullen **beide** partijen kunnen aantonen wat er precies gebeurd is, op basis waarvan de Rechtbank vervolgens, en dit aan de hand van **documenten** zal kunnen vaststellen of voldaan is aan de vereiste van een “*informed consent*”.

GEVOLGEN VAN HET GEBREK AAN “INFORMED CONSENT”.

Wij kunnen hier volstaan met te verwijzen naar het reeds hoger gestelde en wel dat het gebrek aan “*informed consent*”, wie de bewijslast hiertoe ook moge dragen, dezelfde zullen zijn als deze verbonden aan een medisch-technische fout. De geneesheer zal voor deze contractuele tekortkoming aansprakelijk worden gesteld, en hij zal gehouden zijn tot vergoeding van alle schade door de patiënt in dit opzicht geleden.

Weliswaar zal het aan de patiënt zijn het bewijs te leveren van deze schade, dit andermaal in toepassing van de algemene beginselen van het bewijsrecht, waar, ondermeer voortgaande op het arrest van het HOF VAN BEROEP van ANTWERPEN dd. 09-11-87 duidelijk dient gesteld dat **alle** schade veroorzaakt ingevolge een ingreep waarvoor geen “*informed consent*” werd bekomen ten laste van de geneesheer zal worden gesteld.

CONCLUSIES.

Het al dan niet bekomen van een “*informed consent*” heeft in de medische praktijk **uitermate verregaande** gevolgen, minstens kan deze hebben.

Zoals hoger gesteld kan dergelijke bewuste toestemming van de patiënt in een medische ingreep enkel bekomen worden nadat de geneesheer de patiënt de nodige informatie heeft gegeven, welke informatie dient te beantwoorden aan de in dit artikel vooropgestelde criteria.

De bewijsvoering i.v.m. het al dan niet voldoen aan deze voorwaarde tot het uitvoeren van een medische ingreep is, qua haar tenlastelegging, mogelijks niet volledig duidelijk in de thans voorliggende juridische situatie.

Persoonlijk menen wij dan ook enkel te kunnen adviseren dat de behandelende geneesheer op uitermate voorzichtige wijze zou omspringen met deze verplichting. Hierbij is het al even duidelijk dat, terwijl een overdreven voorzichtigheid nog nooit door enige Rechtbank werd afgestraft, elke onvoorzichtigheid aanleiding kan geven tot verantwoordelijkheidsstellingen. En het is precies in dit verband dat wij de redactie van een **geschreven document** vooropstellen, document dat dient te beantwoorden aan de hoger gestelde criteria en ondermeer de volledigheid, duidelijkheid, leesbaarheid ervan door een patiënt die als een leek dient beschouwd terzake en tenslotte de vereiste objectiviteit.

Mogelijks klinkt dit alles wat “*zakelijk*”.

Wij zijn er evenwel niet van te overtuigen dat dergelijke als het ware zakelijke benadering niet te verzoenen zou zijn met de bestaande vertrouwensrelatie tussen de arts en zijn patiënt. Het volstaat in dit opzicht te verwijzen naar de flagrante vaststelling dat dit systeem naar behoren werkt in verschillende andere landen, waar in de regel de geneesheer-patiënten-relatie eenzelfde vertrouwelijk karakter heeft.

Tot het behouden van deze vertrouwensrelatie zal uiteraard in zeer aanzienlijke mate worden bijgedragen door de **aanpak van de behandelende geneesheer**. Het zal inderdaad aan deze geneesheer zijn de patiënt ervan te overtuigen dat dergelijke wijze van handelen voor **beide partijen** voordelen heeft.

Er kan anderzijds niet worden voorbij gegaan aan het blote feit dat heden deze nog steeds bestaande vertrouwensrelatie tussen de geneesheer en zijn patiënt bepaalde “*zakelijke aspecten*” heeft. Zakelijkheid en vertrouwensrelatie sluiten mekaar niet noodzakelijk uit.

En voor wie eraan zou twijfelen dat gezegde vertrouwensrelatie inderdaad en effectief bepaalde zakelijke aspecten heeft verwijzen wij naar de ware vloed, of is het overvloed ???, aan gerechtelijke uitspraken die er telkens op neerkomen dat, weze het dan post factum, de bestaande vertrouwensrelatie een uitermate zakelijk karakter gekregen heeft... Vorderingen van patiënten t.o.v. een behandelend geneesheer hebben, en overigens uiteraard, een uitermate zakelijk karakter.

De mogelijks als zakelijk ervaren benadering van deze ingreep door de geneesheer kan o.i. dan ook tot geen enkele ethische vraagstelling aanleiding geven.

Hoe dan ook kan geen enkel geneesheer voorbij gaan aan zijn verplichting vooraleer enige ingreep te verrichten hiertoe de “*informed consent*” van de patiënt bekomen te hebben. Wij durven hopen dat deze bijdrage de behandelende geneesheren kan inspireren tot een gedragswijze die hun moet behoeden voor onaangename verrassingen...

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- RYCKMANS en MEERT “les droits et les obligations des médecins”
- VANSWEEVELT “Rechtspraak en Wetgevingsbundel Gezondheidsrecht”
- VANSWEEVELT “De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis”
- Dr. PHILIPPART “Les droits et les obligations du patient” (lezing gegeven n.a.v. het BELGISCH CONGRES VOOR CHIRURGIE 1997)
- Advies Nationale Raad Orde van Geneesheren dd. 16-11-1996 “De arts en de kinderen van niet samenlevende ouders”

REGISTRATIE: HET ZWAARD VAN DAMOCLES?

Toespraak door de voorzitter van de Belgian College of Emergency Physicians (BeCEP) naar aanleiding van het Forum over registratie in de dringende medische hulpverlening op 16 mei 2001 in het auditorium Benelux van het Congrespaleis te Brussel

Mevrouw de Minister,
Mijnheer de Directeur-Generaal,
Geachte collega's,

Het woord registratie jaagt elke Belg de bibber op het lijf, zeker wanneer er geen doestellingen worden gepreciseerd, wanneer niemand weet wat er precies geregistreerd moet worden, door wie, wanneer, met welke middelen, om welke reden, welke de consequenties zullen zijn, en wie de controle over de gegevens uitvoert.

Waarom is er bij de bevolking argwaan voor cijfermateriaal? Laten wij een voorbeeld nemen uit de niet-medische sector. Onze maatschappij evolueert meer en meer naar een spiegel van data. Het enige herkenbare menselijke aspect blijkt dan nog vaak de drang tot manipulatie te zijn van dit geïnformateerde spiegelbeeld om de realiteit mooier voor te stellen dan ze werkelijk is, door degene die hier baat zou kunnen bij hebben. Het débâcle van Lernout en Hauspie ligt bij ons nog vers in het geheugen, en bij velen zal het nog lang blijven dooreroderen in de uittreksels van hun spaarboekje. Vooraleer de zogezegd waterdichte controlemechanismen van respectabele en dus niet ter discussie staande beursinstanties de cijfermanipulatie van enkele opportunisten aan het licht konden brengen, was reeds een groot deel van de bevolking bedrogen. Gelukkig is er nog de rechterlijke macht die de boosdoeners zal straffen zodanig dat de gedupeerden hun wonden kunnen likken. Ik vraag me alleen af of het speeksel voldoende helend zal zijn om deze derdegraads brandwonden terug tot leefbaar weefsel te converteren.

Ik hoor u al denken: dit is een voorbeeld uit de economische sector, gezondheidszorg zal zich nooit op een dergelijke wijze profileren. Vergeet het maar: de talloze databanken die worden aangelegd om ons voorschrijfgedrag te analyseren, om onze activiteit in termen van geleverde prestaties te downloaden, zijn hiervan maar enkele voorbeelden. Vaak wordt daarbij dan nog de boutade gebruikt dat het om het belang van de patiënt gaat, terwijl iedereen die een IQ heeft van meer dan 50 – en ik mag toch aannemen dat de penetratie van dit fenotypisch kenmerk dominant is in de gezondheidssector- weet dat er ook andere beweegredenen kunnen zijn om deze data te gaan analyseren. Het meest prestigieuze allesomvattende registratieproject in de gezondheidszorg totnogtoe, de MKG-registratie, was nog geen 24 uur van kracht, of in de meeste ziekenhuizen -en waarschijnlijk dan nog het snelst in de centra die mee aan de grondslag lagen van dit project- werden er reeds diensten uit de grond gestampt om de data te kunnen "optimaliseren". Hoe men een patiënt behandelt dreigt ondergeschikt te worden aan de omschrijving die men er aan geeft. Dit zal ook wel weer in het belang van de patiënt zijn, zeker... ? Het invoeren van medische datamanagers in ziekenhuizen kan deze tendens alleen nog maar kracht bijzetten. Als het hun taak wordt, om administratief het virtuele spiegelbeeld op te smukken, weet ik niet in hoeverre dit nog te rijmen valt met onze eed van Hippocrates. Ik stel daarbij dan nog vast, dat in het verloop van de tijd, de kosten voor het onderhouden van dit "virtuele spiegelbeeld", de zogenoemde "administratiekosten", exponentieel de pan uit swingen en dat daardoor het totale gezondheidsbudget zodanig wordt aangetast, dat er nog nauwelijks ruimte is om diegene en datgene te betalen waar de patiënt werkelijk baat bij heeft.

Is registratie dan zinloos? Een intellectuele eerlijkheid gebiedt ons om hier, mits het juiste voorbehoud, negatief op te antwoorden. Onszelf continu zitten wijs maken hoe fantastisch we wel werken, zonder oog te hebben voor de occasionele en structurele tekortkomingen, getuigt van weinig wetenschappelijke gedrevenheid en leunt eerder aan bij het begrip oude politieke cultuur, dan bij het begrip good medical practice. Onze missie bestaat er niet in om onszelf of de overheid te bevredigen met complimenteuzen rapporten, maar om onze patiënten optimale zorgen te verlenen waarbij continue autokritiek een goed medium is om verbeteringen aan te brengen in de toekomst.

Dit is de reden waarom de BeCEP, de Belgian College of Emergency Physicians zich reeds 3 jaar geleden heeft geëngageerd om constructief mee te werken aan het kader waarbinnen een zinvolle registratie dient te gebeuren voor de dringende medische hulpverlening. Ook de actieve participatie aan het werk van het College Kwaliteit Urgentiegeneeskunde waarbij door de beroepsvereniging enerzijds logistieke ondersteuning is verleend aan de onderzoekers, en anderzijds protectie van data werd aangeboden aan de spoedgevallendiensten die zich moesten bloot geven, getuigen van de bekommernis van de BeCEP om juiste gegevens te gebruiken voor de juiste doelstellingen. Ook onze wetenschappelijke broer, de BeSEDiM,

heeft reeds een niet onbelangrijke duit in de denkbak geponeerd door hun conclusie dat buitenlandse modellen niet klakkeloos kunnen worden overgenomen in de Belgische situatie.

De beroepsvereniging zal nooit zijn medewerking verlenen aan blinde registraties, zonder inhoud, zonder bonafide doelstellingen. Het basisdocument hierover: "Haalbaarheid en belang van een continue registratie in de dringende geneeskundige hulpverlening in België", werd reeds uitvoerig toegelicht door Professor Gillet en vormt voor ons de basis voor het beoogde project. De fouten die in het verleden werden gemaakt mogen niet herhaald worden in nieuwe projecten. Inmiddels zijn we door verschillende experimenten die her en der werden opgestart, en niet het verhoopte resultaat hebben geleverd, al heel wat wijzer geworden. Dit heeft ons ertoe aangezet om voorwaarden te definiëren voor een continue registratie binnen de dringende medische hulpverlening.

Welke registratie er ook komt, er zal steeds een pilootfase dienen te worden voorzien om de procedure van gegevensinzameling te valideren. Wat dat betreft is het ook logisch dat vanuit bestaande informaticasystemen op de spoedgevallendiensten, gegevens kunnen worden geëxporteerd, zodanig dat de reeds overbelaste staff, geen twee keer hetzelfde werk moet doen. Voor diensten die nog helemaal niet geïnformatiseerd zijn, dient een andere oplossing te worden uitgedokterd. Ook de interne coherentie moet worden gechecked. Het gewicht dat wordt gegeven aan de ernst van bijvoorbeeld eenzelfde polytrauma, verschilt niet enkel in de kranten, afhankelijk van de persgroep waartoe ze behoren, maar wordt ook vaak binnen verschillende spoedgevallendiensten anders geïnterpreteerd.

Op de tweede plaats dient er een legaal kader te worden geschapen waarbinnen het respect voor het privéleven moet worden gegarandeerd. Dit is overigens een deontologische plicht voor alle artsen en uitzonderingen op de schending van het beroepsgeheim zijn strikt gedefinieerd door de Orde van Geneesheren. Het gebruik van gegevens door het Ministerie van Volksgezondheid, verzameld binnen het kader van de dringende medische hulpverlening, zonder dat er enige garantie is van bescherming van de private levenssfeer van de patiënt, zou daarbij een flagrante overtreding betekenen. Het vertrouwen van een patiënt die een beroep doet op de dringende medische hulpverlening voor geweldplegingen binnen het gezin, maar verder liever verkiest in het belang van zijn familie, om zelf de niet-medische problematiek rond het gebeuren op te lossen, zal zwaar geschokt zijn als deze vaststelt dat zijn ganse geschiedenis ongewild kan worden getraceerd, met of zonder maatregelen die sommige instanties meenden te moeten nemen buiten zijn wil om. De patiënt wenste immers slechts medische verzorging... .

Een absolute must is tevens een ethische statistiek, waartoe alle partijen zich dienen te engageren: op voorhand moet geweten worden waarvoor de cijfers gaan gebruikt worden. Het gaat niet op dat men achteraf in de gegevenspot gaat roeren om kost wat kost op een zogezegd statistische manier iets te gaan bewijzen dat zijn politieke stellingen of visie moet gaan ondersteunen. Wanneer men de moedertaal en de woonplaats van elke Belg gaat registreren, en men gaat de geografische kenmerken noteren in de verschillende landsgedeelten, zou een statisticus op basis van deze gegevens kunnen aantonen dat er een rechtstreeks verband is tussen de kans op een Frans taalgebruik en de hoogte van de omliggende heuvels. Een communautaire dictator zou ter promotie van de Nederlandse taal, de Ardennen kunnen gaan slopen, of de polders gaan ophogen om het Frans meer ingang te laten vinden in de kuststreek.

De reële kosten die gepaard gaan met het verzamelen van deze gegevens mogen niet verhaald worden op degenen die de zorgen verlenen en de gegevens moeten verstrekken. In dat verband kijken we nu reeds met argusogen naar de huidige berekening van de ligdagprijs. Hierin is een plaats voor registratie-onkosten voorzien. Wat de overheid mogelijks is ontgaan, is het feit dat de urgentie-artsen, die niet enkel de verantwoordelijkheid dragen voor de juistheid van de gegevens, maar ze ook meestal zelf moeten invullen, helemaal niet betaald worden vanuit de inkomsten, gegenereerd door de ligdagprijs. U kan er op rekenen dat de beroepsvereniging ook dit pittig detail wenst geregeld te zien alvorens van start te gaan met het registratieproject.

Er moet een commissie voor toezicht en beheer van de gegevens worden opgericht, die de methodologie van de gegevensinterpretatie bepaalt, waakt over de validatie van de procedures en de publicatie van de resultaten. Wij stellen voor dat deze structuur de Nationale Raad voor Dringende Hulpverlening zou zijn aan wie de beslissing wordt toevertrouwd over wie de gegevens analyseert en beheert en die beslist over de verspreiding van de resultaten.

Op voorhand moet duidelijk gesteld worden of het onderzoek beperkt is in de tijd of continu. In het eerste geval dient daarbij duidelijk begin en einde te worden vastgelegd. Op dezelfde wijze dient op voorhand te worden gepreciseerd hoe vaak er moet worden geregistreerd, en met welke frequentie er resultaten worden bekend gemaakt en aan wie. Ook de mogelijke consequenties dienen op voorhand gekend te zijn. Het engagement om wetenschappelijke conclusies om te zetten in beleidsvoering is weliswaar een politieke

opdracht en mag a posteriori geenszins overschaduw worden door elementen die helemaal de gezondheidszorg niet ten goede komen.

Dankzij kwalijke precedentes bij de registratie van activiteiten binnen de dringende medische hulpverlening, zijn de verstrekkers van informatie, rebels geworden tegenover elke vorm van registratie, met het motief dat "het toch weer tot niets zal dienen".

We zijn dan ook enorm verheugd en hoopvol dat het Ministerie van Volksgezondheid, na de onderhandelingen die zijn voorafgegaan aan deze meeting, een conventie heeft aangekondigd die al deze voorwaarden moet regelen alvorens werkelijk van start te gaan. Wij verzetten ons niet tegen het uitvoeren van enkele technische tests in afwachting van de conventie, weliswaar met de wetenschap in het achterhoofd dat deze technische aspecten maar een klein onderdeel zijn in het ganse registratiegebeuren en dat het grote werk nog moet beginnen. We zullen er wel over waken dat deze technische tests geen schuilnaam worden voor de echte nationale registratie.

Onze hoop op een geslaagde constructieve conventie, wordt nog gesterkt door het feit dat een rasechte veldwerker uit het Belgische urgentiemilieu, Professor Buylaert, momenteel aangesteld als adviseur van de Minister van Volksgezondheid, een coördinerende en begeleidende rol kan spelen in het tot stand komen ervan. Het zal inmiddels wel duidelijk geworden zijn dat zonder een goed akkoord over alle voorwaarden tot registratie er geen enkele support vanwege de BeCEP moet verwacht worden.

Door de verdeling van de bevoegdheden over de gezondheidszorg over het Ministerie van Volksgezondheid, het Ministerie van Sociale Zaken, en de Gemeenschappen, lijkt het ons dan ook opportuun dat, naast de verschillende groeperingen binnen de dringende medische hulpverlening, ook de verschillende overheidsinstanties deelnemen aan de conventiegesprekken, zodanig dat iedereen op dezelfde lijn zit en consequent binnen zijn bevoegdheid de zaken regelt die binnen de conventie werden afgesproken. De kater die we hebben overgehouden aan de erkenningen van de spoedgevallendiensten door de Gemeenschappen, of de financiering van de MUG's en de medische permanenties door Sociale Zaken, allemaal ingezet na de normeringen opgelegd door Volksgezondheid, is nog steeds niet doorgespoeld, maar ligt nog te vers in het geheugen om nu reeds onze alertheid te temperen door maar met één overheidsinstantie te gaan praten.

Mevrouw de Minister, de intentie van de urgentiediensten om constructief mee te werken aan zinvolle registratie is groot. Wij rekenen er op dat u ze zinvol zal maken.

Ik dank u voor uw aandacht.

Dr. Jan Stroobants
Voorzitter Belgian College of Emergency Physicians

BRIEF VAN DE COMMISSIE NOMENCLATUUR VAN DE BELGISCHE ACADEMIE VOOR KINDERGENEESKUNDE AAN DE MINISTER F. VANDENBROUCKE (29.5.2001)

Geachte Heer Minister,

Bij het opstellen van het medico-mutualistisch akkoord van 18 december 2000 werd er 161 miljoen voorzien voor de kindergeneeskunde.

Wij vernamen eerst dat de aanpassing van de nomenclatuur pediatrie verdaagd werd naar juli 2001. Met ongeloof hebben wij nu vernomen dat de aanpassing pediatrie slechts met ingang van 1 oktober 2001 zou plaatsgrijpen.

Het uitstel, omwille van budgetoverschrijdingen die vreemd zijn aan de pediatrie, is in tegenspraak met de algemene consensus binnen de medico-mut over de hoogdringendheid van de te nemen maatregelen.

Dit verder uitstel betekent dat problemen, binnen pediatrie, op beleidsniveau niet ernstig worden genomen. Er is een dringende noodzaak aan maatregelen, gericht op de herwaardering van de kindergeneeskunde in ziekenhuisverband.

De situatie van de ziekenhuis-kinderartsen wordt immers onhoudbaar omwille van de noodzakelijk bereikbaarheid en beschikbaarheid, de medico-legale druk en de financiële onderwaardering.

- De kinderartsen worden steeds meer opgeroepen voor spoedgevallen en de oproepen tijdens de weekends en tussen 17 en 23 uur stijgen onrustwekkend.

- Omwille van de onderwaardering van de intellectuele prestaties in de ziekenhuisgeneeskunde wordt de kinderarts naar een praktijk buiten het ziekenhuis gedreven. Er worden immers zeer weinig (maar wel moeilijker) technische onderzoeken uitgevoerd bij kinderen. Het budget voor EKG is groter dan het hele budget van de kindergeneeskunde.
- Er zijn in ons land te weinig kinderartsen in de pediatriediensten.
- Kinderartsen behoren tot de slechtst betaalde specialismen.

Vele pediaters trekken naar onze buurlanden wegens de onaantrekkelijkheid van de werkomstandigheden. De problemen op de pediatriediensten zijn dermate ernstig dat er een leegloop ontstaat. Dit betekent een gebrek aan kinderartsen in de pediatriediensten en een onvoldoende aanwezigheid van de kinderartsen bij de geboorte en in de neonatale periode wat zeker niet in het voordeel van het kind pleit.

Naar aanleiding van recent genomen maatregelen in de pediatrie bewijst U dat U het belang van het kind hoog inschat (vb. maximale factuur). Niettemin moeten wij constateren dat, ondanks deze maatregelen, het kind nog steeds ondergewaardeerd blijft. Hoe anders kan het dat een pasgeboren baby op een kraamafdeling een "gegeven" is voor de RIZIV dat moet aangesloten worden bij de moeder.

Maatregelen in het voordeel van het kind hebben slaagkansen indien de verzorgers van deze kinderen - de pediaters - eveneens gewaardeerd worden in hun volledige identiteit (financieel, werkdruk, werkomstandigheden).

Daarom vragen wij U vooreerst een correcte en dadelijke uitvoering van de 161 miljoen voorzien binnen het akkoord.

Bovendien is de niet verrechtvaardigde inkomstenkloof tussen de verschillende specialismen niet meer houdbaar. De vergoeding van de kinderartsen moeten dringend aangepast worden en dit naar het voorbeeld van Nederland. Daarom zal de commissie "nomenclatuur" van onze Academie bijkomende voorstellen indienen.

Hoogachtend

Professor Samy CADRANEL
Voorzitter Commissie

Dokter Yves LOUIS
Lid van TGR

Dokter Michel PLETINCX
Voorzitter Belgische Academie
voor Kindergeneeskunde

Professor Yvan VANDENPLAS
Lid van Stuurgroep Belgische
Academie voor Kindergeneeskunde

GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG

19 APRIL 2001. - Ministerieel besluit houdende verlenging van de termijnen bedoeld in artikel 13, §§ 1, 2 en 3 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» moet voldoen om erkend te worden (B.S. d.d. 21.6.2001)

De Minister van Volksgezondheid en de Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 68;

Gelet op het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» moet voldoen om erkend te worden, inzonderheid op artikel 13, § 4, vervangen bij het koninklijk besluit van 26 maart 1999;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 30 januari 2001;

Overwegende dat het aantal geneesheren dat voldoet aan de bepalingen bedoeld in artikelen 8 en 9, § 1 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» moet voldoen om erkend te worden, nog niet op voldoende wijze is toegenomen; het is derhalve geboden om de overgangstermijnen bedoeld in artikel 13 van hetzelfde besluit met twee jaar te verlengen,

Besluiten :

Artikel 1. De overgangstermijnen zoals bedoeld in artikel 13, §§ 1, 2 en 3 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg

» moet voldoen om erkend te worden, zoals gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 maart 1999, worden verlengd tot 1 december 2002.

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 december 2000.

Brussel, 19 april 2001.

Mevr. M. AELVOET
F. VANDENBROUCKE

DERMATOLOGIE

11 JUNI 2001. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd (B.S. d.d. 30.6.2001)

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 33, eerste lid, 1°, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 november 1996, en op artikel 33, eerste lid, 2°;

Gelet op het koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd, inzonderheid op artikel 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 maart 1999, 26 april 1999, 13 september 1999, 9 januari 2000 en 6 april 2000;

Gelet op het advies van het Technisch comité voor de zelfstandigen, gegeven op 23 september 1999;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 8 november 1999;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 7 januari 2000;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 21 juni 2000;

Gelet op het advies 31.389/1 van de Raad van State, gegeven op 22 maart 2001;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen, en van Onze Minister van Landbouw en Middenstand en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers.

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 1, van het koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 maart 1999, 26 april 1999, 13 september 1999, 9 januari 2000 en 6 april 2000, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het tweede lid, 5°, wordt aangevuld als volgt :

« evenals de verstrekkingen die betrekking hebben op de dermato - venereologie die zijn vermeld onder de nrs. 532210 - 532221, 532593 - 532604, 532630 - 532641, 532652 - 532663, 532674 - 532685, 532696 - 532700 en 532711 - 532722;».

2° in het tweede lid, 6°, worden de woorden "heelkundige tussenkomsten" vervangen door de woorden "heelkundige verstrekkingen en verstrekkingen van de dermato-venereologie".

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 1999.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen en Onze Minister van Landbouw en Middenstand zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 11 juni 2001.

UITREIKING VAN DE INTERNATIONALE PRIJS INTERBREW-BAILLET LATOUR TER BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID - 2001

De internationale "PRIJS INTERBREW-BAILLET LATOUR TER BEVORDERING VAN DE GEZONDHEID - 2001" werd op 14 juni 2001 door Philippe Busquin, Europees Commissaris voor Onderzoek, uitgereikt aan Dr. Jan D.A. van EMBDEN, verbonden aan het Laboratorium voor Infectieziekteonderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in Bilthoven, Nederland. De prijs, voor een bedrag van 6 miljoen BEF (of 150.000 Euro), bekroont zijn bijdrage tot de kennis van de tuberculose.

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

Brussels International Obesity Symposium "Obesity Bone & Joint Symposium"

*Controversies in etiopathogenesis, management and costs
of osteoarticular conditions in obese patients
October 12 & 13, 2001 – Brussels*

Program : Clinical presentation – Diagnosis – Comorbidity and surgical risk – Treatment modalities – Economic & sociological issues

For further information and full scientific program : Prof. Marek Szpalski, C.H. Molière Longchamp, 142 rue Marconi, 1180 Brussels, fax : 02/348.56.94, e-mail : mszp@win.be

Brussels International Spine Symposium

"Vertebral Osteoporotic Compression Fractures"

*Controversies in etiopathogenesis, management and costs
November 16 & 17, 2001 – Brussels*

Program : Basics – Clinical presentation – Diagnosis – Conservative treatment – Minimal invasive treatment – Surgical Treatment – Prevention of recurrence – Economic & ethical considerations

For further information and full scientific program : Dr R. Gunzburg, Eeuwfeestkliniek, Harmoniestraat 68, 2018 Antwerpen, fax : 02/348.56.94, e-mail : r.gunzburg@worldonline.be

AANKONDIGINGEN

01057 **OVER TE NEMEN** praktijk voetchirurgie + plaats in groot Z.H. Antwerpen. Praktijkruimte 190 m², mogelijks te delen met andere specialisten of podologen.

01065 **FRANCE** (région Sud-ouest – secteur II) : recherche confrère en vue succession – important fichier pouvant convenir à un ou deux dermatologues – laser CO₂-puva – locaux neufs de standing – conditions à débattre : contacter Dr DESPINIS Régis – Tél. : 00.33/5.45.92.62.34 – Fax 00.33/5.45.92.65.67.

Inhoudstafel

• De culturele revolutie van de regenboog?	1
• Rechten van de patiënt – Voorontwerp van wet	2
• Rechten van de patiënt – Brief aan de Nationale raad van de Orde der geneesheren	8
• Bedenkingen bij het begrip "Informed consent" – W. Gonthier, advocaat	10
• Registratie dringende medische hulpverlening : het zwaard van Damocles ? – Dr. J. Stroobants	27
• Brief van de Commissie nomenclatuur van de Belgische academie voor kindergeneeskunde aan de minister F. Vandenbroucke (29.5.2001)	29
• Gespecialiseerde spoedgevallenzorg : M.B. 19 april 2001 (B.S. 21.06.2001)	30
• Dermatologie : K.B. 11 juni 2001 (B.S. 30.06.2001)	31
• Uitreiking van de Internationale prijs Interbrew-Baillet Latour ter bevordering van de gezondheid – 2001	32
• Wetenschappelijke vergaderingen	32