

---

# De Geneesheer-Specialist

---

Orgaan van het Verbond der Belgische  
Beroepsverenigingen 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@VBS-GBS.org](mailto:info@VBS-GBS.org)

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

**N° 1 / JANUARI 2003**

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

---

## LEIDRAAD BIJ DE WET BETREFFENDE DE RECHTEN VAN DE PATIENT

### INLEIDING

Op 26 september 2002 werd de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Vanaf 6 oktober 2002 neemt deze wet haar plaats in binnen het gezondheidsrecht en wordt zij een bron van rechten en verplichtingen.

Vooraleer in te gaan op de inhoud van deze patiëntenrechten volgt voorafgaandelijk een korte historiek van huidige wet.

Uitgaande van het regeerakkoord van 7 juli 1999 werd een werkgroep kabinet-administratie opgezet teneinde een initiatief voor te bereiden betreffende de rechten van de patiënt. Dit initiatief mondde uit in een conceptnota van de Minister van Volksgezondheid die voorgelegd werd aan de Ministerraad op 1 december 2000. Begin januari 2001 vonden hoorzittingen plaats in het Parlement waarop patiëntenverenigingen, de Orde der geneesheren, het VBS, artsensyndicaten, waaronder de BVAS, en ziekenfondsen werden uitgenodigd om hun standpunt toe te lichten. Deze tekst werd, aangevuld en gewijzigd door een interkabinettenwerkgroep binnen de Regering. In juni 2001 werd dit voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt voorgelegd aan de Ministerraad en vervolgens overgemaakt aan de Raad van State en de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Vervolgens werd de tekst voorgelegd aan de Kamer op 19.02.2002 waar een tweede debat heeft plaatsgevonden met indiening van 57 amendementen.

Na ongeveer 5 maand werd de tekst gestemd in de Kamer en voorgelegd aan de Senaat op 15.07.2002. Ondanks hevig protest van sommige leden van de Senaat werd de tekst reeds op 19.07.2002 (met nachtvergaderingen en goedkeuring van de tekst om 6u15 in de morgen) zonder amendering aangenomen door de Senaat en dezelfde dag doorgezonden aan de Kamer ter bekrachtiging (ondanks de indiening van 45 amendementen).

### Bestaansreden van de wet

Volgens Mevr. Aelvoet, ex-minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, nodigden onderstaande argumenten uit tot het bundelen van de patiëntenrechten:

- de rechtsbescherming van de patiënt was te verspreid en werd afgeleid uit internationale verdragsteksten, uit algemene rechtsbeginselen, uit grondwettelijke bepalingen en uit strafrechterlijke bepalingen;
- in sommige gevallen ontbrak iedere vorm van rechtsbescherming (vb. wilsonbekwame meerderjarige patiënt);

- er bestonden dubbelzinnige en tegenstrijdige regelingen (vb. inzage in het medisch dossier);
- daarnaast bestonden er ook patiëntonvriendelijke bepalingen (artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomsten).

Met huidige wet werd een inhoud gegeven aan bestaande maar (vaak) niet gebundelde principes. Deze gebundelde principes zijn neergeschreven onder de vorm van rechten voor de patiënt die onvoorwaardelijk plichten gecreëerd hebben in hoofde van de arts.

Bijna iedereen is het er over eens dat de formulering van deze wet gebrekkig gebeurde. Of om het met een ex-initiatiefnemer van dergelijke wet en tevens ex-minister van Volksgezondheid te zeggen: “In Nederland zou men zeggen dat deze tekst onzorgvuldigheden en leemten vertoont” (Marcel Colla tijdens het nachtelijk senaatsdebat op 19/20.07.2002).

De huidige wet is een allesomvattende MEGA- wet geworden. Men heeft zoveel mogelijk rechten willen geven aan alle patiënten ten aanzien van alle beroepsbeoefenaars.

De allesomvattende omvang van deze wet is ook grotendeels te verklaren door de bestaande bevoegdheidsverdeling tussen het federaal en het gemeenschapsniveau.

Men heeft getracht om de ganse wetgeving zo veel mogelijk te rangschikken binnen “het kader van de uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen”, rekening houdend met de bemerkingen van de Raad van State op het vroegere ontwerp van wet op de rechten van de patiënt, dat gesteld had dat de federale Overheid niet alles kon regelen in de relatie tussen patiënt en gezondheidszorgvoorziening, wat ruimer is dan de relatie tussen patiënt en arts. Om grotendeels binnen dit kader te blijven zijn bepaalde begrippen dan ook ongelukkig neergezet.

Voornamelijk de uitwerking van de ombudsfunctie zoals vervat in artikel 11, artikel 16 en de invoeging van een hoofdstuk V van de ziekenhuiswetgeving zijn hiervan een voorbeeld.

Een patiënt die zijn rechten zoals vervat in huidige wet wil uitoefenen op gebied van de ombudsfunctie, -ombudsfunctie die door de Overheid als het paradepaardje wordt naar voor geschoven-, zal vaststellen dat de wetgeving op de ombudsfunctie versnipperd is en onduidelijk.

Alhoewel het een MEGA-wet betreft, werden twee zeer belangrijke basisrechten van de patiënt niet vertaald of geëxpliciteerd.

Vooreerst zijn de grondwettelijke rechten inzake de bescherming van de gezondheid en het recht op geneeskundige bijstand (artikel 23 grondwet) grotendeels niet afdwingbaar voor de patiënt aangezien in de tekst van artikel 23 is gestipuleerd dat deze sociale rechten gewaarborgd zullen worden door de gewone wetgever en de decreetgever.

Het is niet door aan de patiënt ten aanzien van de arts een recht te geven op kwaliteitsvolle dienstverlening, die bovendien beantwoordt aan zijn behoeften, dat de Overheid zich kwijt van haar taak. Daarvoor moet zij onder andere ook een adequate financiering waarborgen. Quod non.

Of hoe de Overheid haar eigen verplichtingen niet nakomt maar ze afwentelt op de artsen. Met andere woorden: een Staat die zich niet garant stelt om de nodige middelen te voorzien om alle patiënten de nodige en rechtmatige zorg te verschaffen wimpelt alle tekortkomingen van het systeem af op de artsen via het creëren van rechten voor de patiënt.

Als tweede majeure tekortkoming valt op dat ten aanzien van de ziekenhuizen – in RIZIV- termen nochtans verstrekkers van gezondheidszorgen – voor de patiënt nergens het recht tot opname wordt verzekerd.

Wij hebben sinds het opzetten van de projecten over patiëntenrechten voorspeld dat de invoering van de wet op de patiëntenrechten geld zal kosten. Bij de opmaak van de begroting heeft men er al op gewezen dat deze wet ook bijkomende financiële offers zal vragen binnen een te krap overheidsbudget.

Sommigen beschouwen deze wet dan ook vooral als een afscheidscadeau voor een (ex-) Minister van Volksgezondheid.

Het is wachten op de informatiecampagne die de Overheid beloofd heeft ten tijde van de opmaak van de wet. Ook werd er voortdurend op gehamerd dat deze wet slechts kans van slagen had

indien er overleg en protocolakkoorden zouden afgesloten worden tussen het federaal niveau en de gemeenschappen. Deze wet kan immers niet begrepen worden door de patiënt zonder dat de nodige uitleg en verduidelijking gegeven wordt. Wat deze aangelegenheid betreft is het momenteel vrij stil op federaal niveau. Er zijn duidelijk belangrijker zaken af te handelen en/of spanningen te neutraliseren. Waarschijnlijk hoopt de Overheid dat de arts deze taak zal overnemen.

Bij het lezen van de tekst zal u moeten vaststellen dat de huidige wet op de patiëntenrechten bepaalde begrippen onduidelijk en vaag heeft geformuleerd. Dit is niet alleen gevaarlijk voor de arts maar ook de rechtspraak zal zijn weg moeten vinden binnen dit huidig kader.

Bovendien heeft deze wet gepoogd zowel technisch-juridische als ethische aspecten te bundelen. Een dergelijke cocktail mixen is zeer gevaarlijk. De waarden van autonomie en zelfbeschikkingsrecht voor de patiënt moeten binnen een evenwichtig geheel van een goede zorgverlening terug te vinden zijn in waarden van vertrouwen, respect en verantwoordelijkheid voor de arts.

De arts krijgt met huidige wet het idee een uitvoerder te worden van een afdwingbare zorgverlening. Het communicatie element tussen arts en patiënt is de grote afwezige binnen de wet op de patiëntenrechten, tenzij onrechtstreeks via het recht op informatie en toestemming.

Als we er het paarsgroene regeerakkoord van zomer 1999 op naslaan, merken we dat het minstens tweemaal werd geschonden. Enerzijds werd er een *handvest* of charter in ingeschreven voor de patiëntenrechten, en anderzijds werd de burger een administratieve vereenvoudiging beloofd. Deze tekst is een wet, initieel ingediend als wetsontwerp en dus geen parlementair initiatief, die ons bovendien en eens te meer gaat verdrinken in bijkomende documenten.

Zonder enig commentaar toe te voegen, citeren wij de woorden van Dr. Moens uitgebracht op de hoorzitting van de Kamer dd. 09.01.2001 als eindconclusie van zijn betoog:

*“Besluitend zijn wij van oordeel dat het initiatief tot ordening van de bestaande regelgeving dient aangemoedigd. Als het Parlement daarenboven meent dat een wet op de patiëntenrechten nodig is, kan dit maar op voorwaarde dat ze geen aanleiding geeft tot het vertroebelen van de arts-patiënt relatie die vandaag de dag gemiddeld zeer goed is; dat ze niet losgekoppeld wordt van de wet op de aansprakelijkheidsverzekering van gezondheidszorgverstrekkers, in casu artsen; dat de plichten van de patiënt en van de Overheid verder worden uitgewerkt zodat er geen discriminatie ontstaan tussen burgers-patiënten en burgers-verzorgers; dat artikel 95 van de wet op de landsverzekeringsovereenkomst ten gunste van de patiënt wordt herschreven en dat de bescherming op de persoonlijke levenssfeer absolute garanties krijgt”.*

## ARTIKELSGEWIJS COMMENTAAR BIJ DE WET BETREFFENDE DE RECHTEN VAN DE PATIENT.

### **De artikelen van de wetgeving worden in het vet en omkaderd weergegeven.**

De patiënt heeft recht op :

- kwaliteitsvolle dienstverlening;
- vrije keuze van beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze;
- op informatie;
- toestemming;
- een patiëntendossier;
- bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
- klachtrecht bij een ombudsfunctie.

Daar waar nodig, vermelden wij de intentie of bedoeling van de wetgever zoals geformuleerd tijdens de besprekingen in de Kamer of de Senaat.

Alhoewel deze interpretaties niet bindend zijn voor rechtspraak/rechtsleer wordt het geheel van de wettekst op zijn minst toch duidelijker.

*De in het schuin gedrukte tekst geeft de interpretatie van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) over een bepaald tekstgedeelte.*

**22 AUGUSTUS 2002. - Wet betreffende de rechten van de patiënt**

**B.S. 26.09.2002**

**ALBERT II, Koning der Belgen,**

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

**De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :**

**HOOFDSTUK I. - Algemene bepaling**

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

**HOOFDSTUK II. - Definities en toepassingsgebied**

**Art. 2. Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder:**

**1° patiënt: de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;**

**2° gezondheidszorg: diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar 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° beroepsbeoefenaar: de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen 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 artseneijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.**

1° : "gezondheidszorg al dan niet op eigen verzoek van de patiënt verstrekt" betekent het verstrekken van gezondheidszorg op verzoek van de patiënt zelf, van zijn vertegenwoordiger (een minderjarige patiënt), van een derde (in een controlesituatie) of zonder verzoek (spoed).

Donoren of ontvangers van organen, zowel als vrijwillige deelnemers aan wetenschappelijk experimenten behoren niet tot de werkingssfeer van de wet. Die mensen kunnen zich echter tijdens de verzorging na de orgaandonatie of na het experiment in de positie van patiënt bevinden zoals bedoeld in onderhavige wet.

*Volgens de Raad van State betreft de regelgeving over het wegnemen en transplanteren van organen en weefsels van het menselijk lichaam de uitoefening van de geneeskunst. Aangezien de federale overheid volheid van bevoegdheid heeft in het kader van de uitoefening van de geneeskunst is het te betreuren dat bovenvermelde uitzondering is gemaakt.*

2°: de gezondheidszorg wordt ruim gedefinieerd: ze omvat ook stervensbegeleiding.

3°: met beroepsbeoefenaar wordt elkeen bedoeld die onder het toepassingsgebied van het K.B. n° 78 kan gebracht worden en dus ook de beoefenaars van een niet-conventionele praktijk.

*Ondanks de hevige kritiek van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)<sup>(\*)</sup>, geuit tijdens de hoorzittingen in de Kamer, over het verruimen van het toepassingsgebied tot de niet-*

---

(\*) en van het VBS

*conventionele praktijken werden de niet-conventionele beroepsbeoefenaars opgenomen binnen het toepassingsgebied van de patiëntenrechten. Als keerzijde heeft dit echter ook tot gevolg dat ook de verstrekkers van de niet-conventionele praktijken onder (de verplichtingen van) het toepassingsgebied van de wet op de patiëntenrechten vallen.*

*Een dergelijk ruim toepassingsgebied inzake beoefenaars zal onvermijdelijk tot problemen leiden. Indien deze wet toegepast wordt ten aanzien van alle beroepsbeoefenaars van het K.B. n°78 op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zoals voorzien in artikel 2 komen deze beroepsbeoefenaars in een onderling kluwen van verplichtingen terecht. Vb: elke beroepsbeoefenaar moet een patiëntendossier op te stellen. Hoe zit het met de onderlinge coördinatie en uitwisseling van deze dossiers? De patiënt heeft immers recht tot inzage in zowel het medisch, verpleegkundig kinesitherapeutisch, "alternatief" therapeutisch ... kortom in gelijk welk dossier van een beroepsbeoefenaar.*

*In bepaalde situaties kan een patiënt beroep doen op een "andere beroepsbeoefenaar" als vertrouwenspersoon, vb. bij inzage in het patiëntendossier in de persoonlijke aantekeningen van de behandelende beroepsbeoefenaar. Deze "andere beroepsbeoefenaar", weze het een tandarts, vroedvrouw, verpleegkundige, apotheker, kinesitherapeut, alternatieve therapeut ... heeft dus toegang tot de persoonlijke aantekeningen van de arts. Het rechtstreeks inzagerecht van de patiënt in zijn medisch dossier werd steeds afgewezen door de BVAS<sup>(\*)</sup>.*

*Blijkbaar is de wetgever er van uitgegaan dat elke patiënt die zijn dossier raadpleegt over genoeg intellectuele bagage beschikt om het medisch jargon te begrijpen.*

*Huidige wet heeft getracht een zogenaamde hiërarchische relatie tussen arts en patiënt om te buigen naar een situatie met twee gelijkwaardige partners door zoveel mogelijk rechten te geven aan de patiënt. Men heeft wel uit het oog verloren dat de patiënt zich tot de arts wendt om professioneel en deskundig geholpen te worden.*

**Art. 3. § 1. Deze wet is van toepassing op privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt.**

**§ 2. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de in artikel 16 bedoelde commissie kan de Koning nadere regels bepalen inzake de toepassing van de wet op door Hem te omschrijven in § 1 bedoelde rechtsverhoudingen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming.**

§1 betekent dat de rechten van de patiënt worden geregeld onafgezien van de juridische situatie van de arts (ambtenaar, zelfstandige, bediende ...) met de patiënt.

Doordat de term patiënt zeer ruim is gesteld betekent dit dat de werkingssfeer van de wet ook de verplichte controles in het kader van de preventieve geneeskunde (schoolgeneeskunde, sportgeneeskunde, arbeidsgeneeskunde) zowel als de controlegeneeskunde omvat.

Mevr. Aelvoet verwijst naar artikel 3§2 van de wet waarbij via K.B. specifieke regels kunnen uitgewerkt worden inzake specifieke bescherming.

*Rekening houdende met de tijdsinvesterende procedurevormen die moeten nageleefd worden bij de uitwerking van dit K.B. (een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad) kan momenteel elke patiënt zich ten aanzien van elke beroepsbeoefenaar van artikel 2 beroepen op de rechten zoals vastgesteld in deze wet (zie inleiding).*

*Zo is er ook ten aanzien van de bescherming van sommige zwakke groepen niets specifiek uitgewerkt, zoals vb. ter bescherming van psychiatrische patiënten.*

*In het kader van de controlegeneeskunde zijn de vrije keuze van de patiënt en het recht op toestemming strijdig met het doel van de controlegeneeskunde. Nochtans is deze wet zowel van toepassing op therapeutische als op administratieve relaties. Deze laatste zijn wel van fundamenteel andere aard.*

---

<sup>(\*)</sup> en het VBS

**Art. 4. In de mate waarin de patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden. In het belang van de patiënt pleegt hij desgevallend multidisciplinair overleg.**

Het eerste deel van de zin heeft betrekking op de plicht tot medewerking vanwege de patiënt: in de mate waarin de patiënt zijn medewerking verleent..... Volgens de Minister "moet worden voorkomen dat de arts wordt verweten zijn verplichtingen ten aanzien van de patiënt niet na te komen, terwijl die laatste hem niet alle nuttige informatie heeft verstrekt met het oog op een correcte diagnose". Dit is trouwens de enige patiëntenplicht die in deze wet werd opgenomen.

*Dit artikel is een antwoord op de vraag van de artsen naar een minimumnormering voor de patiënt. Alhoewel de ontwerpers van de wet in het beginstadium vonden dat de plichten van de patiënt van een volledig andere aard waren en huidige wet de bedoeling had enkel de rechten van de patiënt te regelen en zeker niet zijn plichten, werd uiteindelijk artikel 4 gewijzigd in het voordeel van de artsen.*

*Enkel in de mate waarin de patiënt zijn medewerking verleent ("medewerking" is een feitelijk gedrag en, in tegenstelling tot "toestemming", geen juridische categorie; het blijft dus slechts een vage juridische omschrijving) dient de arts de verplichtingen van de wet na te komen.*

*Het tweede deel van de zin "...leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden" betekent dat de verplichting de rechten van de patiënt na te leven slechts geldt, in de mate dat iemand juridisch bevoegd is om de handelingen die nodig zijn om de verplichting te kunnen nakomen, kan stellen ((vb. een verpleegkundige heeft geen verplichting (en is niet bevoegd) tot het mededelen van informatie van zuiver medische aard aan de patiënt)).*

### **HOOFDSTUK III. - Rechten van de patiënt**

**Art. 5. De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.**

De arts handelt als een goede huisvader met inachtneming van de zorgvuldigheidsnorm. Ook dient de arts te letten op de morele, culturele en religieuze waarden van de patiënt.

"Het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking" die beantwoordt aan de "behoefte" van de patiënt betekent voor de arts dat hij moet rekening houden met de van toepassing zijnde normen die het resultaat zijn van de huidige stand van de wetenschap. Voorts behoudt de arts steeds zijn therapeutische vrijheid.

*Een dergelijk recht, dat bovendien nog verder verfijnd wordt naargelang de behoeften van de patiënt, kan tot verregaande consequenties leiden in de context van het al dan niet aanwenden van bepaald diensten en/of technieken zoals vb. PET -scan, NMR, MUG, de dienst spoedgevallen etc. ....*

*Bovendien kan dit recht moeilijk opeisbaar zijn ten aanzien van de arts om reden dat de huidige beperkingen (niet in het minst de financiële) die bestaan op het gezondheidsaanbod meestal uitgaan van de overheid en/of van de instellingen. De "behoefte" van de patiënt aan kwaliteitsvolle dienstverlening zijn onbeperkt en dus onmogelijk steeds invulbaar (zie inleiding). Tenslotte is het woord "dienstverlening" niet echt geëigend om medische zorg aan te duiden.*

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

Dit recht op vrije keuze is een specifieke toepassing van het recht op zelfbeschikking en de patiënt kan deze keuze steeds herzien.

“.....behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet” heeft betrekking op de beperkende regelen in het kader van de o.a. arbeidsgeneeskunde, in de arbeidsongevallenwetgeving, in de medische behandeling van gedetineerden.

Dit principe van de vrije keuze kan enkel uitgeoefend binnen het kader van de voorwaarden waaronder de gezondheidszorg ter beschikking wordt gesteld. Binnen een gezondheidszorgvoorziening is het vaak om praktische overwegingen niet steeds mogelijk om de beroepsbeoefenaar vrij door de patiënt te laten kiezen.

*Weliswaar vloeit laatste beperking niet voort uit “beperkingen opgelegd krachtens de wet” zoals omschreven in de wet maar vloeit dit voort uit organisatorische overwegingen.*

*De toelichting van de Minister over het toepassingsgebied van de vrije keuze is zeer begrijpelijk maar het is spijtig dat deze overweging niet is opgenomen in de wettelijke bepalingen zelf. Een eenvoudige begrotingswet kan de vrije keuze van de patiënt quasi onmogelijk maken.*

*Denk maar aan het Nederlandse model, waar, om budgettaire redenen, de patiënt dient vast ingeschreven te zijn bij een huisarts die hij uit een zeer beperkt aantal moet kiezen en zonder wiens verwijzing hij onmogelijk bij een specialist terecht kan.*

**Art. 7. § 1. De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar 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 taal.**

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

**Op schriftelijk verzoek van de patiënt kan de informatie worden megedeeld 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 medelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt of derden oplevert en mits de beroepsbeoefenaar hierover voorafgaandelijk een andere beroepsbeoefenaar 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 beroepsbeoefenaar mag de in § 1 bedoelde informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voor zover het medelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen en mits de beroepsbeoefenaar hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd.**

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

**Zodra het medelen van de informatie niet langer het in het eerste lid bedoelde nadeel oplevert, moet de beroepsbeoefenaar de informatie alsnog medelen.**

§1: dit recht staat los van een voorgenomen behandeling en is niet gebonden aan een latere toestemming.

Het volstaat dat de informatie mondeling wordt medegedeeld tenzij de patiënt wenst dat de informatie schriftelijk wordt overgemaakt.

“Alle informatie” heeft betrekking op de informatie die noodzakelijk is om een inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de patiënt. De minister verduidelijkt dat het enkel alle nodige informatie betreft om zijn gezondheidstoestand te begrijpen.

“Vermoedelijke evolutie” betekent de evolutie die volgens de beroepsbeoefenaar op basis van de analyse van de gegevens waarover hij beschikt in de lijn der verwachtingen ligt.

§2 : de duidelijke taal betekent niet dat de informatie wordt medegedeeld in de taal van de patiënt noch dat er een verplichting bestaat tot het inschakelen van een tolk.

§2, derde alinea: de patiënt kan, op schriftelijk verzoek, vragen dat de informatie wordt medegedeeld aan een vertrouwenspersoon.

Omtrent de figuur van de vertrouwenspersoon stelt de Minister dat enkel die informatie moet medegedeeld worden aan die persoon omtrent de gezondheidstoestand van de patiënt en het betreft niet de informatie die als basis dient tot toestemming van de interventie.

*De patiënt heeft een absolute vrijheid inzake de keuze van de vertrouwenspersoon. Bovendien is het geen welomschreven functie: de wet geeft geen enkele verduidelijking van deze functie. Het is in elk geval geen persoon die de beslissingen kan nemen in de plaats van de patiënt en deze persoon kan enkel beschouwd worden als iemand aan wie informatie dient verschaft te worden.*

§3: de patiënt wenst niet op de hoogte gesteld te worden van zijn gezondheidstoestand (vb. ziekte van Huntington). Nochtans wordt dit recht van niet-weten terzijde gesteld indien de gezondheid van de patiënt ernstig nadeel voor de gezondheid van hemzelf of derden oplevert en mits de beroepsbeoefenaar hierover voorafgaandelijk een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd (vb. besmettelijke ziekte) en desgevallend de vertrouwenspersoon.

*Rekening houdend met de definitie van artikel 2 kan elke beroepsbeoefenaar gelijk welke andere beroepsbeoefenaar raadplegen (cfr. inleiding).*

§4: therapeutische exceptie: het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand geldt ook wanneer de prognose ronduit negatief is tenzij het mededelen ervan ernstig nadeel toebrengt voor de gezondheid van de patiënt en mits de beroepsbeoefenaar een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd.

*Merk op dat in §3 het mededelen enkel een nadeel toebrengt aan de patiënt zelf en niet aan de derde zoals opgenomen onder §2 van dit artikel.*

*Hoe kan de arts bewijzen dat hij voldaan heeft aan zijn informatieplicht? Mevr. Aelvoet is zo vrij mede te delen dat vanuit juridisch oogpunt enkel een schriftelijke mededeling terzake als veilige staving geldt, maar zulks veroordeelt de arts tot levenslang titanenwerk.....*

*Het opstellen van een formulier waarbij vermeldt wordt “er is voldaan aan de informatieplicht zoals voorzien in de wet op de patiëntenrechten” is nooit rechtsgeldig.*

*Alhoewel dit niet uitdrukkelijk is opgenomen heeft de arts ook het recht om deze informatie schriftelijk op te maken.*

**Art. 8. § 1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.**

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

**Op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.**

**§ 2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in § 1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke**

alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.

§ 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 tussenkomst te weigeren of in te trekken.

Op verzoek van de patiënt of de beroepsbeoefenaar 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 beroepsbeoefenaar 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 tussenkomst van de beroepsbeoefenaar 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 IV, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De beroepsbeoefenaar maakt hiervan melding in het in artikel 9 bedoelde patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen van de voorgaande paragrafen.

In §1 heeft de term tussenkomst een ruime betekenis. Voortgaande op de besprekingen binnen de Kamer betekent dit dat de arts, zelfs indien hij niet aan het lichaam van een patiënt raakt maar een behandeling wenst stop te zetten, de toestemming nodig heeft van de patiënt.

*Dit is een principe dat regelrecht in strijd is met de therapeutische vrijheid van de arts. De arts moet steeds de mogelijkheid behouden om een einde te maken aan een medische behandeling mits het naleven van artikel 8 van het K.B. N°78 over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.*

Het tweede lid van artikel 8§1 waarbij de toestemming van de patiënt uit diens gedragingen kan worden afgeleid heeft betrekking op de non-verbale of impliciete toestemming.

*Hoe zal een non-verbale of impliciete toestemming bewezen worden in geval van betwisting. Het enige alternatief voor de arts is een schriftelijke toestemming vragen aan de patiënt.*

*Het derde lid van artikel 8§1 is tekstueel een ramp indien men de "of" en "en" onderling combineert.*

*In elk geval betekent dit dat ook de arts de toestemming schriftelijk kan laten vastleggen.*

§2 heeft betrekking op de inhoud van de informatie die verstrekt moeten worden.

"Financiële gevolgen" heeft o.a. betrekking op de honoraria, remgelden en supplementen.

*In de Kamer werd bij wijze van voorbeeld verwezen naar het recht van de patiënt om geïnformeerd te worden over tarieven en dergelijke. Deze aangelegenheid, waar het ziekenhuis medeverantwoordelijkheid draagt, is geenszins vanzelfsprekend. Niemand kan voorspellen hoe en hoe snel een patiënt op een bepaalde therapie of ingreep zal reageren en of hij eventueel geen verwickelingen zal vertonen. De nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen bevat +/- 600 A4 pagina's met medische prestaties die elk op zich in bepaalde omstandigheden medisch noodzakelijk zijn. Wat moet er dan aan de patiënt voorafgaandelijk worden meegedeeld?*

*Zelf indien men het pragmatisch standpunt zou verdedigen dat deze wet niet tot in het detail moet (of kan) worden nageleefd, wordt de verplichting verzwaaard die op de arts rust inzake het mededelen van de financiële gevolgen, ook wat betreft de supplementen en het mededelen of hij*

*al dan niet geconventioneerd is. Bovendien kan de arts nooit volledig op de hoogte zijn van alle financiële gevolgen van een ingreep, niet alleen in de context van de hoger vermelde problematiek van de nomenclatuur, maar eveneens omwille van vb. de loonsderving ten gevolge van een eventuele arbeidsongeschiktheid.*

*Inzake de risico's heeft de rechtspraak al veel betwistingen moeten beslechten. Normaal wordt de theorie van het normaal en voorzienbaar risico verdedigd. De arts moet de patiënt inlichten over de voorzienbare en normale risico's. Zeldzame, bijzondere of abnormale risico's moeten niet worden medegedeeld. Het betreft een soepel criterium dat evenwel wegens zijn vaagheid weinig rechtszekerheid biedt.*

*“ Met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd” betekent dat in geval van vb. abortus en euthanasiewetgeving alle wettelijke en nodige tussenkomsten moeten worden nageleefd.*

*In tegenstelling met wat Jong-VLD op de VLD- studiedag “Gezondheidszorg, de zekerheid voor Vlaanderen, op 25.05.2002 poneerde, in de pers op 27.05.2002 hernomen door VLD- voorzitter Karel De Gucht, en ondanks de goedkeuring van de wet op euthanasie en op de patiëntenrechten, is euthanasie geen patiëntenrecht.*

§3 gaat over het voorafgaandelijk en tijdig verstrekken van de informatie waarbij de patiënt weer de mogelijkheid heeft tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon.

In deze paragraaf wordt niet verwezen naar §4 van artikel 7: in dit geval betekent dit dat de arts de therapeutische exceptie niet kan invoeren om bijvoorbeeld de risico's niet mede te delen uit vrees dat de patiënt de ingreep zou kunnen weigeren.

Nochtans moet ook rekening gehouden worden met de individuele draagkracht van de patiënt.

§4 stelt dat het weigeringsrecht voor de patiënt niet absoluut is aangezien de patiënt niet het recht heeft zich te verzetten tegen elke poging van een beroepsbeoefenaar om zijn leven te redden.

De weigering van de patiënt moet betrekking hebben op een welbepaalde ingreep. In het geval een techniek een opmerkelijke vooruitgang heeft geboekt kan er van uit worden gegaan dat het om een nieuwsoortige ingreep gaat, die geen verband houdt met de weigering van de patiënt.

De minister heeft aan dit onderdeel nog toegevoegd dat de arts mag rekening houden met de omstandigheden, in het bijzonder de psychische omstandigheden waarin de patiënt zijn weigering heeft opgesteld. Dit betekent dat het de arts is toegestaan geen rekening te houden met de brief van de persoon die een zelfmoordpoging heeft ondernomen indien hij van oordeel is dat deze persoon vb. “aan cyclothyme depressie leed” (fragment uit het Senaatsdebat).

*Ook de Orde der geneesheren had sterk aangedrongen dat deze weigering slechts een indicatief doch geen verplichtend karakter heeft. Het is spijtig vast te stellen dat deze nuancering niet in de wettekst staat. Hoe dient de arts uiteindelijk op te treden in geval van weigering van een patiënt tot tussenkomst.*

§4, derde alinea stelt dat de weigering of intrekking van toestemming door de patiënt niet tot gevolg heeft dat het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking vanwege de beroepsbeoefenaar ophoudt te bestaan.

*Hoe dit in de praktijk moet, lijkt niet evident. Wat als vb. een patiënt met een gangreneus lidmaat een amputatie weigert? Hoe kan een patiënt met een rottend lidmaat kwaliteitsvol worden behandeld? Wat, als het in ziekenhuismilieu voorkomt, met de medepatiënten, met de verpleging?*

§4, vierde alinea geeft een bindend rechtsgevolg aan een voorafgaande wilsverklaring waarin een wilsbekwame patiënt een welbepaalde behandeling weigert en dit zolang als hij ze niet herroept op een moment dat hij in staat is zelf zijn rechten uit te oefenen.

*Er is duidelijk gekozen voor het recht van de patiënt om de toestemming tot een tussenkomst te weigeren of in te trekken dat volledig in tegenspraak kan staan met de verplichting van de arts om de nodige zorg te verstrekken.*

*In dit artikel is er geen sprake van enige rechtszekerheid voor de arts.*

*Tijdens de bespreking in de Kamer is, bij middel van praktijkvoorbeelden, gewezen op de gevaren van het absoluut weigeringsrecht van de patiënt.*

*Het enige rechtszekere middel teneinde om de plicht veilig te stellen van de arts om zorg te verstrekken aan mensen in nood, is de weigering van de patiënt tot een bepaalde tussenkomst schriftelijk te bevestigen.*

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

**Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbeoefenaar 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 15 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 zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de in het derde lid bedoelde persoonlijke notities.**

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

**§ 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. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is.**

**De beroepsbeoefenaar weigert dit afschrift indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mee te delen.**

**§ 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 persoonlijke notities.**

§1 stelt dat de patiënt recht heeft op een patiëntendossier.

*Verdere uitleg over dit patiëntendossier, naar inhoud en samenstellende elementen, behoudens het verzoek van de patiënt om documenten (welke documenten?) toe te voegen, wordt niet gegeven.*

*Mevr. Aelvoet verwijst naar het K.B. van 3 mei 1999 betreffende het algemeen medisch dossier en het K.B. van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, zoals bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, dient te voldoen. Voor de artsen is het nochtans klaar en duidelijk dat het medisch dossier niet gelijk te schakelen valt met het patiëntendossier. Bovendien werd er van overheidswege beloofd het K.B. van 3 mei 1999 betreffende het algemeen medisch dossier in te trekken, wegens dubbel gebruik met het globaal medisch dossier (GMD) voor de huisarts zoals uitgewerkt in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen van het RIZIV.*

*Jammer genoeg vergeet de Minister hierbij te vermelden dat er tot op heden geen wettelijke regeling bestond inzake het medisch dossier voor de extramurale sector. Het GMD is van toepassing binnen de RIZIV- reglementering, maar bestaat niet binnen het kader van het ministerie van Volksgezondheid.*

*De voorliggende verplichting betekent dat elke beroepsbeoefenaar zoals vastgelegd in artikel 2 een patiëntendossier dient bij te houden.*

*Maakt het medisch dossier deel uit van het patiëntendossier? Zo ook wat betreft elk dossier dat aangelegd wordt door een beroepsbeoefenaar van artikel 2.*

*Hoe dient de onderlinge afstemming van al deze afzonderlijke dossiers gerealiseerd te worden?*

§2 regelt voor de patiënt een rechtstreeks inzagerecht in het patiëntendossier.

Dit inzagerecht dient in de eerste plaats ter versterking van de positie van de patiënt in geval van een (dreigend) conflict met de beroepsbeoefenaar en beide partijen komen meer op voet van gelijkheid te staan. Anderzijds dient dit recht ook ter bescherming van het privé-leven van de patiënt.

Alhoewel niet vermeld in dit artikel, kan het inzagerecht in artikel 9 slechts uitgeoefend worden rekening houdend met artikel 10 §3 van de wet van 8 december 1992: dit wil zeggen dat het recht niet om de haverklap kan uitgeoefend worden maar slechts na verloop van een redelijke termijn na een vroegere uitoefening van dit recht.

*De arts kan dit inzagerecht in geen geval weigeren. Slechts in het geval van de toepassing van de therapeutische exceptie wordt een onrechtstreeks inzagerecht uitgeoefend via de door de patiënt aangewezen beroepsbeoefenaar, die, zoals al aangehaald om het even welke beroepsbeoefenaar kan zijn die voorkomt in het K.B. 78 (zie inleiding).*

*Bovendien worden de persoonlijke notities ook vatbaar voor inzage indien de patiënt een vertrouwenspersoon aanduidt die een beroepsbeoefenaar is.*

*Teneinde dit inzagerecht en het recht om kennis te krijgen van de gezondheidsgegevens zoals vastgelegd in de wet van 8 december 1992 op elkaar af te stemmen, past artikel 19 van de wet op de patiëntenrechten het eerste lid van artikel 10, §2 van de wet van 8 december 1992 aan.*

§3 betreft het recht op afschrift van een deel of van het geheel van het patiëntendossier.

Dit afschrift kan verschillende vormen aannemen zoals kopie, een diskette, een e-mail bericht, een met de hand geschreven afschrift.

De beroepsbeoefenaar kan dit afschrift weigeren indien hij duidelijke aanwijzingen heeft dat de patiënt door derden onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn patiëntendossier mede te delen.

§4 stipuleert dat ook de directe verwanten van een overleden patiënt onder strikte voorwaarden een recht op inzage van het patiëntendossier hebben.

*Tengevolge van artikel 9 wordt het zeer problematisch voor de arts of zelfs onmogelijk om het medisch beroepsgeheim in te roepen tegenover patiënten/ vertrouwenspersonen die inzage wensen te verkrijgen in het medisch dossier.*

*In de situatie van artikel 9 §4 is de patiënt echter overleden en zijn het verwanten die inzage vragen waardoor het medisch beroepsgeheim weer kan ingeroepen worden door de arts. Maar de arts kan hier opgezadeld worden met situaties waarvan de interpretatie eigenlijk aan de vrederechter zou toekomen: wat als zowel de huidige partner, de feitelijke echtgenoot, de bloedverwanten, elk via hun eigen beroepsbeoefenaar, het gemotiveerd recht op inzage opeisen?*

**Art. 10. § 1. De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid.**

**De patiënt heeft recht op respect voor zijn intimiteit. Behoudens akkoord van de patiënt, kunnen enkel de personen waarvan de aanwezigheid is verantwoord in het kader van de dienstverstrekking van de beroepsbeoefenaar, aanwezig zijn bij de zorg, de onderzoeken en de behandelingen.**

**§ 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.**

§1 erkent het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Hiervan is artikel 9, §3, tweede lid de uitloper waarbij de arts kan weigeren tot een afschrift van een dossier indien de arts aanvoelt dat de patiënt onder druk wordt gezet tot het opvragen van dit afschrift (vb. in het kader van verzekeringen).

§1, tweede alinea heeft te maken met de personen waarvan de aanwezigheid verantwoord is bij de patiënt. Dit kan betrekking hebben op mensen in opleiding zowel als op studenten.

*Alinea 2 is zeer onduidelijk opgesteld en zal aanleiding zal geven tot discussies. Wat is een verantwoorde aanwezigheid in het kader van recht op intimiteit van de patiënt?*

§2 stelt dat "geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht dan .....". Deze paragraaf is geïnspireerd op artikel 8 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens. Deze paragraaf 2 viseert niet enkel de Overheid, maar ook natuurlijke personen en rechtspersonen die geen overheidsfuncties vervullen.

*De toepassing van artikel 10 §2 zal in de praktijk aanleiding geven tot problemen: op welke wijze zal de arts op de hoogte gesteld worden van een eventuele uitzondering op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt?*

**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 beroepsbeoefenaar te bevorderen;**  
**2° het bemiddelen bij 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;**  
**5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in § 1 bedoelde klacht.**  
**§ 3. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad 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 financiering, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.**

De Minister beweert dat artikel 11 niet tot de ziekenhuizen beperkt blijft. De uitvoeringsbesluiten zullen in formules voorzien voor de ziekenhuizen, maar ook voor de ambulante sector.

*De regeling van de ombudsfunctie is in zijn huidige vorm zeer vaag opgevat en niet gekaderd binnen een bepaalde structuur.*

*Artikel 11 is in zijn huidige vorm zowel van toepassing voor de ambulante sector als de ziekenhuissector.*

*Rekening houdend met de bevoegdheidsregels tussen de Federale Overheid en de Gemeenschappen, kan de Federale Overheid niet overgaan tot het uitvaardigen van regels over het gezondheidszorgbeleid binnen en buiten de gezondheidszorgvoorzieningen.*

*Deze bevoegdheid is immers uitdrukkelijk blijven toebehoren aan de Gemeenschappen.*

*Op basis van de organieke wetgeving kan zij wel overgaan tot het regelen van de ziekenhuissector, waarvan artikel 17 van huidige wet een uitvloeisel is, maar huidig artikel is te ruim en houdt een bevoegdheidsoverschrijding in.*

*Aangezien de bevoegdheid te ruim is genomen kunnen dan ook geen uitvoeringsbesluiten getroffen worden tot het regelen van de ombudsfunctie.*

*De overheid verdedigt haar bevoegdheden binnen het kader van de uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen. De Raad van State stelt dat de Federale Overheid de mogelijkheid heeft tot regeling van de rechten van de patiënt ten aanzien van de*

*beroepsbeoefenaar d.i. de beoefenaar van een gezondheidszorgberoep. Of moeten we hieruit verstaan dat een ombudsdienst een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep is?*

#### **HOOFDSTUK IV. - Vertegenwoordiging van de patiënt**

**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 maturiteit. De in deze wet opgesomde rechten kunnen door de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zelfstandig worden uitgeoefend.**

§1 stipuleert dat de patiëntenrechten van een minderjarige patiënt worden uitgeoefend door de ouders die het gezag over hem uitoefenen of door de voogd.

§2 stelt dat de patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten, rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. De minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat is kan deze rechten zelfstandig uitoefenen.

Bij minderjarige patiënten beslissen over het algemeen de ouders. Indien de beroepsbeoefenaar de minderjarige bekwaam acht, mag deze laatste zelf zijn rechten uitoefenen. Het is de beroepsbeoefenaar die oordeelt over de graad van ontwikkeling van de patiënt.

Bij een conflict tussen de ouders en de beroepsbeoefenaar kan eerst de ombudsfunctie worden ingeschakeld en, indien geen oplossing uit de bus komt, moet het gerecht worden ingeschakeld.

**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.**

Tot op heden menen wij hier geen bijkomend commentaar te moeten leveren.

**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 « de door de patiënt 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 of door de door hem benoemde vertegenwoordiger via een gedagtekend en ondertekend geschrift worden herroepen.**

**§ 2. Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger benoemd of treedt de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger 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, in voorkomend geval 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.**

§1, alinea 1 stelt dat een meerderjarig patiënt die zich niet in de situatie van artikel 13 bevindt zijn rechten kan laten uitoefenen door de door de patiënt aangeduide vertegenwoordiger van de patiënt.

§1, alinea 2 beschrijft de voorwaarden tot het aanduiden en intrekken van het mandaat van vertegenwoordiger.

§2, alinea 1, omschrijft de procedure indien de patiënt geen vertegenwoordiger heeft benoemd of indien deze laatste niet optreedt of dit niet wenst te doen.

§2, alinea 3 duidt in dalende orde een aantal personen aan die de patiënt kunnen vertegenwoordigen. Indien deze ontbreken of niet wensen op te treden behartigt de beroepsbeoefenaar de belangen van de patiënt in multidisciplinair overleg.

Ook indien er een conflict is tussen twee of meer van de opgesomde personen, moet de betrokken beroepsbeoefenaar de belangen van de patiënt verdedigen. Dit overstijgt zonder meer de juridische bevoegdheid en draagkracht van de betrokken beroepsbeoefenaar. Het zal doorgaans om een arts gaan.

§3 stelt dat de patiënt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen wordt 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. In dergelijk geval wordt het recht op inzage of afschrift uitgeoefend door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.**  
**§ 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, in voorkomend geval 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.**

§1 stelt dat het verzoek tot inzage of afschrift van de personen bedoeld in artikel 12, 13, 14 door de betrokken beroepsbeoefenaar geheel of gedeeltelijk kan worden geweigerd.

Het recht tot inzage of afschrift wordt dan uitgeoefend door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar die dus niet noodzakelijkerwijze tot dezelfde beroepsgroep behoort.

§2 stipuleert dat de beroepsbeoefenaar in multidisciplinair overleg kan afwijken van de beslissing van de personen bedoeld in artikel 12, 13 en 14§2 indien deze weigering ingegeven is in het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden.

In het geval van artikel 14§1 kan de beroepsbeoefenaar slechts van de beslissing van deze persoon afwijken voor zover dat deze persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt.

## HOOFDSTUK V. - Federale commissie «rechten van de patiënt»

**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 bevoegd voor de Volksgezondheid met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars;

3° evalueren van de toepassing van de rechten bepaald in deze 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 beroepsbeoefenaars, de ziekenhuizen 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 bevoegd voor de Volksgezondheid.

§3 maakt deze wet toch wel bijzonder complex. Niet alleen dit artikel 16 heeft het over een ombudsfunctie ; ook artikel 11 en 17 van huidige wet behandelen de ombudsfunctie. Kon het nog ingewikkelder?

§4 legt vast dat nadere regelen inzake de samenstelling en de werking van de Federale commissie "Rechten van de patiënt" bij K.B. zullen worden bepaald.

Naast de vertegenwoordigers van de patiënten, van de beroepsbeoefenaars en van de ziekenhuizen zetelen ook de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen in deze commissie.

## HOOFDSTUK VI. - Wijzigende- en slotbepalingen

**Art. 17.** In de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In titel 1 wordt een hoofdstuk V (nieuw) ingevoegd, luidend als volgt:

« HOOFDSTUK V. - Naleving van de rechten van de patiënt. »;

2° Er wordt een artikel 17novies ingevoegd, luidend als volgt:

**Art. 17novies.** Ieder ziekenhuis leeft, binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt. Bovendien waakt ieder ziekenhuis erover dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.

Ieder ziekenhuis waakt erover dat alle klachten in verband met de naleving van het vorig lid, kunnen worden neergelegd bij de in artikel 70quater bedoelde ombudsfunctie om er te worden behandeld.

**Op zijn verzoek heeft de patiënt het recht om uitdrukkelijk en voorafgaandelijk informatie inzake de in het eerste lid bedoelde rechtsverhoudingen te ontvangen die door de Koning wordt bepaald na advies van de in artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bedoelde commissie.**

**Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen, begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars, in verband met de eerbiediging van de in deze wet bepaalde rechten van de patiënt, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door beroepsbeoefenaars ten aanzien van wie in de in het vorige lid bedoelde informatie uitdrukkelijk anders is bepaald. »;**

**3° Er wordt een artikel 70quater ingevoegd, luidend als volgt:**

**« Art. 70quater. Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend. »**

Artikel 17 novies: het ziekenhuis leeft binnen zijn wettelijke mogelijkheden de bepalingen na van de wet en waakt erover dat de beroepsbeoefenaars, die niet op basis van de arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.

*Daar deze wet verplichtingen oplegt aan de arts, dient het ziekenhuis slechts de bepalingen van de wet na te leven binnen zijn wettelijke mogelijkheden in zijn rechtsverhoudingen tot de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten. Over welke rechten gaat het hier? Wat zijn gezondheidszorgberoepsmatige aspecten?*

*Het ziekenhuis dient ook te zorgen dat de zelfstandige artsen de bepalingen van de wet naleven.*

*Artikel 17, novies, derde alinea: de patiënt heeft recht op deze informatie indien hij erom verzoekt.*

Mevr. Aelvoet stelt dat de verplichting van het ziekenhuis geen hoofdelijke aansprakelijkheid veronderstelt. Het betreft enkel een "inspanningsverbintenis" voor het ziekenhuis aangezien bepaalde categorieën van personen kunnen uitgesloten worden.

*Eenzijds waakt het ziekenhuis erover, via artikel, 17 novies, eerste alinea, dat de rechten van de patiënt worden nageleefd. Anderzijds wordt via artikel 17, vierde alinea, gesteld dat uitzonderingen mogelijk worden.*

*In concreto zal geen enkel ziekenhuis aansprakelijk willen zijn voor de tekortkomingen van de artsen indien zij de wet op de patiëntenrechten niet naleven en bijgevolg zal elk ziekenhuis in zijn algemene regeling een beding van niet aansprakelijkheid opnemen. Wat geeft dit artikel aan meerwaarde ten opzichte van huidige situatie?*

*In zijn in verbondsnota van 20 september 2002 (2002/145) hekelt het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) deze toestand en stelt uitdrukkelijk dat het ziekenhuis niet aansprakelijk is voor beroepsbeoefenaars waarover het ziekenhuis geen gezag of zeggenschap heeft.*

*Het VVI heeft de Minister gewezen op deze moeilijke situatie maar: "eens de eindsprint ingezet mocht niets de aankomst nog hinderen. De Minister was zich wel bewust van het probleem en zou dit regelen via een omzendbrief...".*

*De invoeging van artikel 17novies in de wet op de ziekenhuizen zal voor meer onduidelijkheden zorgen en bovendien verwachtingen creëren in hoofde van de patiënt, inzake de aansprakelijkheid van het ziekenhuis, die niet realistisch zijn.*

Het 3° voegt een artikel 70quater in de wet op de ziekenhuizen: de ombudsfunctie wordt een erkenningsnorm van de ziekenhuizen en verschillende ziekenhuizen kunnen samen een ombudsfunctie verzorgen binnen een samenwerkingsakkoord.

*Het vraagstuk van de aansprakelijkheid wordt door de huidige wet niet geregeld. De wetgever heeft de rechten van de patiënt geregeld ten aanzien van de beroepsbeoefenaar en ook die rechten die de medische en de verpleegkundige aspecten betreffen van de rechtsverhouding tussen een patiënt en een gezondheidszorgvoorziening die binnen het kader van de federale wetgeving valt.*

*Voor een groot deel werd de bestaande rechtsleer en de rechtspraak in een wetgevende vorm gegoten: zo werden het recht op een zorgvuldige behandeling, het recht op informatie en het recht op toestemming reeds lang toegepast.*

*Daarnaast heeft de wetgever bepaalde punten verduidelijkt in vergelijking met de tot op heden bepaalde situatie (al dan niet inzagerecht in het medisch dossier).*

*Het is echter een illusie te denken dat de nu gecreëerde rechten zich immobiel zullen verhouden binnen het huidige gezondheidsrecht. De rechten zullen toegepast worden door de patiënt. De regels vervat in de wet op de patiëntenrechten zijn verplichtingen die de arts niet kan ontlopen en zij zullen in bepaalde gevallen leiden tot het formuleren van eisen van patiënten.*

*Als we kijken naar Nederland is er bij de invoering van een wet op de patiëntenrechten in 1995 een verhoging vastgesteld van het aantal eisen die werden ingesteld. Naderhand hebben de zaken zich gestabiliseerd.*

*Of deze rechten zullen leiden tot een ommekeer in de bewijslast van de patiënt is zeker niet op voorhand te voorspellen. Laten we zeker niet de Cassatie uitspraak van 14 december 2001 vergeten die toch een zekere rechtszekerheid gecreëerd heeft voor de arts. Het Hof stelde "dat in een burgerlijke zaak de partij die een eis indient gebaseerd op een misdrijf (inbreuk op de fysieke integriteit) het bewijs van het bestaan van het misdrijf moet leveren zowel als het bewijs dat de tegenpartij het misdrijf heeft begaan. Indien de tegenpartij zich beroept op een rechtvaardigingsgrond (de toestemming van de patiënt) moet de eisende partij aantonen dat die rechtvaardigingsgrond niet bestaat". Mevrouw Aelvoet verwees uitdrukkelijk naar deze uitspraak tijdens het nachtelijke senaatsdebat op 19/20.07.2002.*

*De huidige uitspraak kan vertaald worden als zijnde dat de bewijslast nog steeds bij de patiënt ligt. Hopelijk wordt hieraan niets gewijzigd door huidige wetgeving op de patiëntenrechten.*

*Stellen dat alle rechten van de patiënt vertaald worden in resultaatsverbintenissen voor de arts is een foute redenering. Deze rechten zullen in elk concreet geval van dichterbij bekeken worden zoals nu van toepassing in de rechtspraak / rechtsleer. Jammer genoeg vermeldt de wet nergens dat de beroepsbeoefenaars zich uit de aard der zaak uitsluitend kunnen engageren tot een inspanningsverbintenis.*

*Het creëren van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis zal valse verwachtingen creëren in hoofde van de patiënt. Deze diende niet halsoverkop binnen de wet op de patiëntenrechten geregeld te worden.*

*Aangezien het uitgangspunt was dat huidige wet niets aan de aansprakelijkheidsregels wilde toevoegen of weglaten, is huidige regeling inzake centrale aansprakelijkheid overbodig en zelfs misleidend.*

*Het is spijtig te moeten vaststellen dat uitwerking van de wet op de patiëntenrechten niet gekoppeld werd aan de aansprakelijkheidsregeling zoals steeds geëist door het artsensyndicaat.*

*Mevr. Aelvoet meent dat deze wet op de patiëntenrechten zal leiden tot minder schendingen van patiëntenrechten en dus tot maximale preventie van de te vergoeden materiële en morele schade. Volgens haar dienden er geen gedetailleerde regels van aansprakelijkheid opgenomen te worden in de wet omdat men ervoor geopteerd heeft om de afdwingbaarheid te verwezenlijken door een inbedding van de rechten van de patiënt in de bestaande aansprakelijkheidsregels van het burgerlijk recht, het strafrecht en het tuchtrecht. Daarom werden er ook geen specifieke sancties voorzien.*

*Het ontbreken van elke sanctieregeling in de wet op de patiëntenrechten zelf en het invoeren van plichten voor de arts die op huidig moment moeilijk kunnen ingeschat worden naar rechtsgevolgen bij overtreding van deze artikelen, heeft tot gevolg dat de arts in de beginfase van de toepassing van de wet in een onduidelijke situatie terechtkomt.*

**Art. 18. § 1.** Het eerste lid van 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 wordt als volgt gewijzigd:

« Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 9, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, heeft elke persoon het recht om hetzij op rechtstreekse wijze hetzij met behulp van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg kennis te krijgen van de persoonsgegevens die betreffende zijn gezondheid worden verwerkt. »

**§ 2.** Het tweede lid van artikel 10, § 2, van dezelfde wet, wordt als volgt gewijzigd :

« Onverminderd het bepaalde in artikel 9, § 2, van voornoemde wet, kan op verzoek van de verantwoordelijke van de verwerking of op verzoek van de betrokkene, de mededeling gebeuren door tussenkomst van een door de betrokkene gekozen beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. »

§1 en §2 brengen specifieke wijziging aan in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

Deze aanpassing was nodig teneinde het recht zoals voorzien in artikel 9, §2 van de wet op de patiëntenrechten te waarborgen.

**Art. 19.** Artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 95. - Medische informatie - De door de verzekerde gekozen arts kan de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen afleveren die voor het sluiten of het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn. Deze verklaringen beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand.

Deze verklaringen mogen uitsluitend aan de adviserend arts van de verzekeraar worden bezorgd. Deze mag de verzekeraar geen informatie geven die niet-pertinent is gezien het risico waarvoor de verklaringen werden opgemaakt of betreffende andere personen dan de verzekerde.

Het medisch onderzoek, noodzakelijk voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst, kan slechts steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde en niet op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen.

Mits de verzekeraar aantoot de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, geeft de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak.

Wanneer er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, bezorgt de adviserend arts de geneeskundige verklaringen, op hun verzoek, terug aan de verzekerde of, in geval van overlijden, aan zijn rechthebbenden.

*Mede onder druk van de BVAS is dit artikel gewijzigd.*

*De toekomst zal uitwijzen of in realiteit de druk van de adviserende arts grondig wordt gewijzigd.*

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

ALBERT  
Van Koningswege :

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

Met 's Land zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,  
M. VERWILGHEN

## ZIJN ER OOK PLICHTEN VOOR DE PATIENT?

Op 26 september 2002 werd een debatavond georganiseerd over patiëntenrechten in het AZ Middelheim te Antwerpen waar onder andere Dr. Moens een bijdrage heeft geleverd over "rechten en plichten zowel voor patiënt als arts.

**Uit deze bijdrage citeren wij:**

"Hebben patiënten ook plichten?" vragen praktiserende artsen zich vertwijfeld af. Ook hier heeft de Overheid zich niet gehouden aan de afspraak. Die was dat de her en der versnipperde wetgeving tot één coherent geheel zou worden samengebracht. Dat klopt wat het luik "rechten" betreft. Wat patiëntenplichten betreft is er alleen de invoering in artikel 4 geweest van het amendement van collega Yolande AVONTROODT (VLD) en van de Heer Yvan MAYEUR (PS). "In de mate waarin de patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na ..."

Verspreid en niet gecoördineerd treft men in de rechtsleer en in handboeken van juristen (o.m. Prof. H. NYS "De rechten van de patiënt") enkele plichten aan, bijvoorbeeld de plicht van de patiënt om :

- te aanvaarden dat de arts op een medisch professioneel verantwoorde wijze handelt en dus de plicht om zich niet als een verwende consument te gedragen;
- de professionele integriteit van de arts te eerbiedigen en geen misbruik te maken van zijn loyaleiteit, vb. bij het opstellen van medische verklaringen;
- zijn onvrede over het handelen van de arts eerst bij deze arts aan de orde te stellen;
- informatie te verschaffen aan de arts over zijn reële gezondheidstoestand, over reeds ingenomen medicatie, over voorafgaande onderzoeken (die vb. slechts éénmaal per jaar worden terugbetaald).

Het lijkt vanzelfsprekend dat de patiënt de plicht heeft de privacy van de arts te respecteren (art. 22 Grondwet) alsook zijn fysieke integriteit (art. 392 SW). Dit is een algemene plicht voor alle burgers ten opzichte van hun medeburgers, maar de feiten vb. in de huisartsenpraktijk en in spoedgevallenafdelingen bewijzen dat patiënten deze blijkbaar nogal lichtvaardig vergeten t.o.v. de artsengroep.

Volwassen en mondige patiënten kunnen een bijdrage leveren tot hun eigen gezondheid en tot de gezondheidszorg in het algemeen. Maar de arts kan zijn patiënten niet dwingen om zijn goede raad en adviezen op te volgen noch om voorgeschreven behandelingen consequent en correct te volgen. Dit zou trouwens tot aberraties kunnen leiden en tot het uitsluiten van bepaalde patiëntengroepen.

De arts kan slechts zijn best doen om met zijn patiënt tot een "goed patiëntschap" te komen (Prof. F. WIJMEM, Maastricht), waarbij (citaat) "een zelfbewuste patiënt zijn verantwoordelijkheid kent en actief bijdraagt tot een goede interactie met de zorgverlener".

In een recent artikel, gepubliceerd in het "Tijdschrift voor gezondheidsrecht" 2001-2002, pag. 224-238: "Patiëntenrechten, een nieuw wetsontwerp, een stap naar Social Governance", zijn de auteurs (V. Verdeyen en prof. Dr. B. Van Buggenhout) te vinden voor het vastleggen van de rechten van de patiënt. Maar... "Het geven van duidelijke en transparante patiëntenrechten komt de patiënt erg ten goede. Om de geneesheren meer duidelijkheid en transparantie in hun relatie met de patiënt te geven, zouden ook de plichten van de patiënt duidelijk moeten worden opgenomen in een wettekst".

Wij zijn het eens met de VVI dat deze wet ook positieve punten heeft. Maar wij moeten vaststellen dat de artsen met vele onbekende factoren worden geconfronteerd via de invoering van deze rechten van de patiënt. De artsen worden tal van plichten opgelegd waarvan de impact momenteel niet in te schatten is, financieel, organisatorisch, noch juridisch. Daarnaast legt de wet ook een

nieuwe bijkomende massa op aan administratie. Of dit alles de effectieve zorgverlening aan de patiënt ten goede komt is zeer de vraag. De toekomst zal het moeten uitwijzen.

Tenslotte dient te worden vermeld dat, sinds 4 maart 2002 in Frankrijk, de wet Kouchner op de rechten van de patiënt en de medische beroepsaansprakelijkheid werd ingevoerd, tal van Franse ziekenhuizen geen verzekeraars meer vinden (Le Figaro 19.09.2002), en Franse specialisten wanhopig via de Belgische beroepsverenigingen op zoek gaan naar een verzekeraar.

Dr. M. Moens  
Ondervoorzitter BVAS  
Secretaris-generaal VBS

M. Bogaert  
Juriste VAS, afdeling Oost-en  
West-Vlaanderen

**OVER DE TOEKOMSTPROBLEMATIEK  
VAN DE SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE IN BELGIË (\*)**

**GEOGRAFISCHE VERSPREIDING EN PSYCHO-SOCIOLOGISCHE FACTOREN**

Aan Dr Marc MOENS  
Secretaris-Generaal VBS-GBS

Ortho, 18 oktober 2002

Mijnheer de Secretaris-generaal, Beste collega Moens,

Ik heb uw voortreffelijke synthese over de toekomstproblematiek (of de problematische toekomst ??) van de specialistische geneeskunde in België ontdekt, gelezen en bijzonder geapprecieerd. Ik heb mij destijds ook aan dergelijke exploten gewaagd en besef des te beter hoe moeilijk dat wel is.

Als bronnen opteerde U voor de meest betrouwbare documentatie van de Administratie van de Geneeskundepraktijk van het Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu en van het RIZIV. Hierdoor komen er dubbelzinnigheden aan het licht zoals het aantal geneesheren per inwoner dat op 42/10.000 inwoners wordt geraamd of het aantal kinderartsen dat op 1413 wordt geschat (waarvan 46.7 % vrouwelijke collegae).

Bij het verzamelen van deze statistische gegevens worden er twee parameters genegeerd die mijns inziens belangrijk zijn voor een objectieve beoordeling. De **geografische spreiding** en de zogenaamd **psycho-sociologische** aspecten. Ik heb overigens reeds de gelegenheid gehad om onze collega J-P. DERCQ, waarmee ik steeds collegiale en vriendschappelijke betrekkingen heb onderhouden, te wijzen op deze aspecten van de medische praktijk.

**1° de geografische spreiding.** Het gegeven is niet nieuw noch eigen aan ons land. Ik herinner me een conferentie gegeven door Mevr. Simone VEIL in de "*Club Européen de la Santé*", waaraan ik dertig jaar geleden deelnam. Zij was destijds minister van volksgezondheid in Frankrijk en hekelde het – zoals zij het noemde – "heliotropisme" van de Franse geneesheren die zich liever installeerden in Montpellier, Biarritz of Nice dan in Rijsel, Tourcoing of Charleville ! Niettegenstaande wij niet dezelfde meteorologische variaties kennen, constateren we ook bij ons een "tropisme" naar de grote agglomeraties omwille van het groter aanbod aan culturele, commerciële en zelfs - in deze tijden van voortgezette opleiding - wetenschappelijke structuren.

Ik wil niet het risico lopen dat men mij hetzelfde antwoordt als de schoenmaker die destijds de tekening van een sandaal van een Romeins schilder bekritiseerde, nl. "*sutor, ne ultra crepidam*". Ik zal mij dan ook beperken tot de situatie in de provincie Luxemburg die ik het best ken en meer bepaald tot de toestand van de kinderartsen in deze provincie. Ter herinnering: deze provincie telt 240.000 inwoners verspreid over een territorium van 4.500 km<sup>2</sup>; er zijn 730 geneesheren met

---

(\*) artikel van Dr. M. MOENS, in "De Geneesheer-Specialist", n° 7, oktober 2002

inbegrip van de functionarissen, de verzekeringsgeneesheren en diegenen die geen praktijk meer hebben, dit komt overeen met 30 geneesheren voor 10.000 inwoners. Het gebied waar ik woon telt 3 huisartsen voor 5.000 inwoners verspreid over tal van dorpen en de dichtstbijzijnde medische infrastructuur bevindt zich op meer dan 10 kilometer !

Er zijn 20 kinderartsen, waaronder 12 vrouwen. Hiervan zijn er 10 verbonden aan één van de vier algemene ziekenhuisinstellingen die nog overblijven in de provincie, nl. Aarlen, Bastenaken, Libramont en Marche, die elk ongeveer 40 km van elkaar verwijderd zijn. Dit houdt in dat twee kinderartsen instaan voor de permanentie en de continuïteit van de zorgverlening in het ziekenhuis, de bevallingskamer, de N\* diensten en voor de urgenties in Marche en Bastenaken en, hoera, drie in Aarlen en Libramont; dit betekent dat deze kinderartsen verplicht 1 dag op twee en in het beste geval 1 dag op 3, van wacht zijn. Ik zelf heb dit vele jaren gedaan: het is bijzonder moeilijk en afmattend ! En alle inspanningen voor aanwerving blijven zonder gevolg ! Bovendien werkt een van de vrouwelijke kinderartsen halftijds in het CHR La Citadelle in Luik en een andere in het Genetisch laboratorium van Loverval. Ik denk dat men ons moeilijk van plethora kan beschuldigen.

Het probleem blijft niet beperkt tot de provincie Luxemburg : in Chimay zijn er twee kinderartsen met een ziekenhuispraktijk in het "Centre de Santé des Fagnes", 1 in de "Clinique Reine Astrid" van Malmédy, enz ... Ik ben ervan overtuigd dat er ook dergelijke toestanden bestaan in minder dichtbevolkte gebieden in het Noorden van het land.

Dit illustreert goed het gezegde van DISRAELI die drie soorten leugens onderscheidde : de gewone leugen, meened en ... de statistieken !

**2° Psycho-sociologische factoren.** Ik wil hier niet opnieuw factoren aanhalen die afgedaan kunnen worden als "verwende kinderstreken", zoals een reeks winkels en filmzalen binnen handbereik. Maar uw tabel 3 toont een belangrijke vervrouwelijking van het beroep die, volgens tabel 4, nog groter is bij de GSO's, vooral in de kindergeneeskunde. Vele van deze jonge kinderartsen koesteren de legitieme wens om een familie te stichten, met een verminderde beschikbaarheid tot gevolg tijdens een deel van hun zwangerschap, de bevallings- en borstvoedingsperiode (het zijn per slot van rekening kinderartsen !!), en de bekommernis om hun kinderen groot te brengen en te kunnen bijstaan als ze ziek zijn. Alhoewel sommigen onder hen ook in het ziekenhuis werkzaam zijn, geven zij de voorkeur aan belangrijke maar minder intense medische activiteiten: raadplegingen van zuigelingen, crèches, schoolgeneeskunde bovenop de raadplegingen in het kabinet !

U moet toegeven dat de analyse van de Administratie van de Geneeskundepraktijk geen rekening houdt met deze implicaties die het proces van de zorgverlening beïnvloeden en die bovendien moeilijk te vatten zijn in een globale analyse.

Ik denk dat uw lexicologische opmerking over de gevolgen voor de Nederlandstalige terminologie, nl. geneesheer-specialist vervangen door arts-specialist, volledig gegrond is. Dit voorstel gaat in de richting van een wijziging die wijlen Dhr. D. COENS, Minister van Onderwijs in de Vlaamse regering, reeds jaren geleden doorvoerde m.b.t. de titulatuur van de diploma's die door de Vlaamse universiteiten worden uitgereikt op het einde van de studies geneeskunde: het klassieke dokter (of doctor) in de genees-, heel- en verloskunde werd vervangen door "houder van de academische titel van arts" in navolging van de diploma's voor apothekers, ingenieurs, enz .... Maar dan moeten ook de benaming van het VBS en de Nederlandstalige statuten worden aangepast !

Tot zover enkele persoonlijke bemerkingsen en hierbij wil ik u nogmaals feliciteren met het prachtige werk dat u in deze omstandigheden hebt geleverd.

Met oprechte collegiale hoogachting,

Dr Michel HARIGA, Kinderarts

P.c.c. Dr Michel PLETINCX, Voorzitter van de Belgische Beroepsvereniging van Kinderartsen

## KLINISCHE HEMATOLOGIE

**18 OKTOBER 2002. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten in de klinische hematologie (B.S. d.d. 27.11.2002)**

[...]

### *HOOFDSTUK I. - Algemene bepaling*

**Artikel 1.** Onder klinische hematologie wordt verstaan het geheel van klinische activiteiten betreffende de diagnose en de behandelingen van goedaardige ziekten van het bloed en ziekten van het stollingsstelsel, en van kwaadaardige ziekten van het bloed, van het lymfo-hematopoïetische stelsel bij volwassenen inclusief de klinische aspecten van de transplantatie van hematopoïetische stamcellen en van transfusie.

### *HOOFDSTUK II. - Criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten met bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie*

**Art. 2. § 1.** Om erkend te worden voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie, moet men :

- 1) erkend zijn als geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde;
- 2) een specifieke opleiding in de klinische hematologie gevolgd hebben, als bedoeld in § 2;
- 3) ten minste één keer tijdens de opleiding een voordracht gehouden hebben voor een nationale of internationale wetenschappelijke bijeenkomst of een artikel gepubliceerd hebben over een klinisch of wetenschappelijk onderwerp in verband met de hematologie, in een gezaghebbend wetenschappelijk tijdschrift.

§ 2. De specifieke opleiding in de klinische hematologie omvat een voltijdse stage van ten minste twee jaar in één of meer overeenkomstig artikel 5 erkende stagediensten onder de leiding van een overeenkomstig artikel 4 erkende stagemeeester, waarvan ten hoogste één jaar vervuld kan worden tijdens de hogere opleiding in de inwendige geneeskunde.

Eén vierde van de stagetijd gedurende de specifieke opleiding in de klinische hematologie moet, onder leiding van een erkend geneesheer-specialist in de klinische biologie, worden besteed aan een rotatie in minstens twee afdelingen van een erkend laboratorium klinische biologie die aan hematologische diagnostiek doen zoals bloedstolling, transfusie, cytogenetica, moleculaire diagnostiek, infectiologie.

In die mate waarin bepaalde gebieden van de inwendige geneeskunde of van de klinische hematologie niet voldoende beoefend zouden worden in de dienst of indien de overeenkomstige laboratoriumactiviteiten niet voldoende worden beoefend in het erkend laboratorium voor klinische biologie, zal de kandidaat-specialist, met het akkoord van zijn stagemeeester, zijn vorming in die gebieden aanvullen door stages van drie maanden in daartoe erkende gespecialiseerde diensten of afdelingen, zonder dat het totaal van deze stages negen maanden mag overtreffen.

**Art. 3.** Om de erkenning te behouden moet de geneesheer-specialist met een bijzondere beroepsbijzondere beroepsbekwaamheid in klinische hematologie :

- de klinische hematologie effectief beoefenen;
- het bewijs leveren dat hij zijn kennis en zijn bevoegdheid onderhoudt en ontwikkelt om zodoende de geneeskundige zorg conform de actuele gegevens van de wetenschap en de vigerende kwaliteitscriteria te kunnen verstrekken;
- zijn medische activiteit onderwerpen aan peer review en evaluatie door een groep experts in de klinische hematologie aangesteld door de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en van Huisartsen.

### *HOOFDSTUK III. - Criteria voor de erkenning van stagemeeesters*

**Art. 4. § 1.** Wie wenst erkend te worden als stagemeeester in de klinische hematologie moet :

1° voltijds (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in zijn dienst werkzaam zijn en het grootste deel van zijn tijd besteden aan klinische, poliklinische en technische activiteiten in de klinische hematologie;

2° erkend zijn als geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en in klinische hematologie;

3° beschikken over ten minste één voltijdse medewerker (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit), die sedert ten minste vijf jaar erkend is als geneesheer-specialist met een bijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie, en die blijf geeft van een wetenschappelijke activiteit;

4° in dezelfde inrichting beschikken over een polikliniek en over een dienst voor daghospitalisatie.

§ 2. De stagemeeester kan instaan voor de opleiding van kandidaten naar rata van maximum één kandidaat per 500 ziekenhuis-en dagziekenhuisopnames van hematologische gevallen per jaar, behoudens afwijking toegestaan door de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen en verantwoord door poliklinische of technische werkzaamheden.

§ 3. De stagemeeester moet de kandidaat-specialisten die hij opleidt, toelaten deel te nemen aan andere gespecialiseerde werkzaamheden van de inwendige geneeskunde in dezelfde inrichting.

#### *HOOFDSTUK IV. - Criteria voor de erkenning van stagediensten*

**Art. 5.** § 1. Om als stagedienst in de klinische hematologie te worden erkend, moet de dienst :

1° alle gebieden van de klinische hematologie omvatten zonder voorafgaande selectie van de gevallen.

2° beschikken over een aangepaste infrastructuur, met specifiek aan hematologie toegewezen bedden. Die bedden moeten zich bevinden in een ziekenhuis dat beschikt over een dienst inwendige geneeskunde, heelkunde, intensieve geneeskunde, radiodiagnose, anatomopathologie en klinische biologie, beantwoordend aan de criteria voor de erkenning van stagedienst. Er moet een functioneel contact bestaan met een dienst radiotherapie, een bloedtransfusiecentrum, een centrum voor menselijke erfelijkheid en een centrum voor moleculaire diagnostiek. De stagedienst moet een beroep kunnen doen op een team dat in de behandeling van infecties gespecialiseerd is, alsook op het comité voor ziekenhuishygiëne, dat eigen is aan het desbetreffende ziekenhuis.

3° het register en de medische dossiers van de patiënten bewaren en bijhouden; bovendien moeten de voormelde dossiers gerangschikt kunnen worden per diagnose.

4° een dagziekenhuis voor hematologie omvatten. Dit beschikt over eigen verzorgend en administratief personeel en werkt onder de verantwoordelijkheid van een geneesheer-specialist met een bijzondere beroepsbijzondere beroepsbekwaamheid in klinische hematologie. Hij staat in voor de opname, de behandeling, het ontslag van de patiënten en voor de continuïteit van de verzorging en dit in samenwerking met de dienst administratie van het ziekenhuis die verantwoordelijk is voor de schriftelijke procedures.

5° over een voldoende aantal voltijdse gekwalificeerde beoefenaars van de verpleegkunde beschikken.

6° instaan voor de permanente opleiding en ten minste om de maand stafvergaderingen voor het aan de stagedienst verbonden medisch en verpleegkundig personeel organiseren.

7° intern zijn activiteit evalueren, eventueel volgens de modaliteiten die door de Minister, tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, worden opgelegd.

8° zich aan regelmatige externe peer review en evaluatie onderwerpen door een groep experts in de klinische hematologie, aangesteld door de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen.

§ 2. Een stagedienst met beperkte opleidingsmogelijkheden mag een gedeelte van de opleidingsduur verzekeren, ten hoogste de helft.

De toegelaten duur wordt in het besluit van erkenning van de stagedienst bepaald volgens zijn belang.

#### *HOOFDSTUK V. - Overgangsbepalingen*

**Art. 6.** § 1. In afwijking van artikel 2, § 1, 2° kan als geneesheer-specialist met bijzondere beroepsbijzondere beroepsbekwaamheid in de klinische hematologie erkend worden, een geneesheer-specialist die algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam in hematologie of die het bewijs levert dat hij, sedert ten minste vier jaar na zijn erkenning als geneesheer-specialist, de hematologie op een substantiële en belangrijke manier en met voldoende kennis uitoefent. Hij dient de aanvraag daartoe binnen de twee jaar na de datum van inwerkingtreding van dit besluit in.

Het bewijs dat hij algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam, kan geleverd worden o.a. door persoonlijke publicaties, zijn deelname aan nationale en internationale congressen, aan wetenschappelijke vergaderingen in verband met de hematologie en aan een profiel van de prestaties die typisch zijn voor de klinische hematologie zoals omschreven in art. 1, § 1.

§ 2. In afwijking van artikel 2, § 1 kan een periode van maximum twee jaar stage in hematologie als kandidaat-specialist of als geneesheer-specialist, aangevat vóór de inwerkingtreding van dit besluit en die doorloopt na de inwerkingtreding ervan, als opleiding gevalideerd worden voor zover de aanvraag werd ingediend binnen een termijn van zes maanden vanaf de datum van inwerkingtreding van dit besluit.

**Art. 7.** De anciënniteit van de stagemeeester en van de medewerkers beoogd in artikel 5, 2° van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten enerzijds, en in artikel 4 § 1, 3° van dit besluit anderzijds, zal pas vereist worden respectievelijk 8 en 5 jaar na de inwerkingtreding van dit besluit.

---

## NIEUW ARTIKEL 61 VAN DE CODE VAN GENEESKUNDIGE PLICHTENLEER

### Artikel 61

**§1.** Als een geneesheer vermoedt dat een kind wordt mishandeld, seksueel wordt misbruikt of ernstig wordt verwaarloosd dient hij te opteren voor een multidisciplinaire benadering zoals bijvoorbeeld de inschakeling van een voor die problematiek opgerichte specifieke voorziening.

Indien een geneesheer vaststelt dat een kind in ernstig gevaar verkeert dient hij onmiddellijk het nodige te doen om het kind te beschermen. Indien het gevaar dreigend is en er geen andere middelen zijn om het kind te beschermen, kan de geneesheer de procureur des Konings in kennis stellen van zijn bevindingen.

De ouders of de voogd van het kind zullen door de geneesheer geïnformeerd worden over zijn bevindingen en de initiatieven die hij wenst te nemen tenzij dit de belangen van het kind kan schaden.

Alvorens om het even welk initiatief te nemen, dient de geneesheer voorafgaandelijk met het kind te overleggen in de mate dat zijn onderscheidingsvermogen dit toelaat.

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

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

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

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

---

## REEDS MET EEN BEEN IN DE GEVANGENIS

(Vertaling van het artikel "Mit einem Bein schon im Gefängnis" van Inge Kloepfer  
gepubliceerd in de "Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung" van 14 april 2002, n° 15)

**De ziekenhuisgeneesheren werken 24 uur op 24. Niettegenstaande de wet op de arbeid hen dit verbiedt. Reportage over de traumatologische chirurgie.**

"Vanzelfsprekend zullen we het ook over de spoedgevallen hebben", verklaart het kliniekhoofd, "plan A, plan B, plan C – voor elke ingreep bestaat er een concept en alles moet heel snel gaan". De ambitieuze, rijzige, 38-jarige Thomas Bäuml, kliniekhoofd in de dienst traumatologie van het universitair ziekenhuis, die recentelijk zijn doctoraat behaalde, herhaalt hetgeen zijn diensthoofd hem al die jaren heeft voorgezongen. De 10 jaren die hij reeds verbonden is aan de eenheid van chirurgen-traumatologen hebben ruim volstaan om zijn oordeel te vormen over het plan A, het plan B en het plan C : voor steek- en schotwonden, voor bekkenbreuken, voor polygetraumatiseerde

patiënten die bv. met hun zware moto brutaal tegen de vangrails terechtkwamen, ondanks het feit dat ze een helm droegen.

Zijn diensthoofd, Professor Florian Stein, grijzend, een man in de fleur van zijn leven, groot en robuust, een chirurg zoals ze vaak in beeldverhalen worden afgebeeld, is trots op zijn ploeg die het “oplapwerk” in het universitair ziekenhuis verricht. Het team staat in voor het herstellen van de brokken. En hij is bijzonder trots over het expertiseniveau van zijn chirurgen : “mijn chirurgen zijn enorm gemotiveerd – zelfs al verdienen ze niet meer zoveel – omdat chirurgie zo boeiend is. Plan A, plan B, plan C. Voor de patiënten moeten we al het mogelijke doen”. Stein kampt evenwel met een probleem waarvoor hij nog geen oplossing heeft gevonden. Geen plan A of plan B of plan C. “Ik zal het u openlijk vertellen, al doe ik dat beter niet”. Hij heeft hiertoe nu de mogelijkheid aangezien zijn echte identiteit evenals de stad of het ziekenhuis waar hij werkt niet vermeld worden. “Elke dag overtreed ik de wet op de werkduur. Meermaals, aangezien het niet anders mogelijk is. Ik heb het met justitie aan de stok, laat me vertegenwoordigen door advocaten en ik heb nog geen weet hoe de procedure die tegen mij werd ingesteld zal aflopen”.

Zijn assistent, Dr. Jens Kaiser, is een goed voorbeeld van de voortdurende overtreding van de wet op de werkduur : hij begint om 7u15 met de eerste ploeg in de urgentiedienst. “In de namiddag, op het eind van mijn dienst, zou ik, in theorie, naar huis kunnen gaan”, vertelt de jonge dokter. Maar dan heeft hij eindelijk wat de tijd om alle administratieve rompslomp en documenten voor de verschillende gevallen door te nemen, een taak waaronder de geneesheren steeds meer worden bedolven. S’avonds begint de nachtdienst die de volgende ochtend eindigt om 7u10. Dat is in totaal 24 uur. En als er nog een gaatje moet worden gevuld in de dienstplanning, dan volgt meteen de volgende dienst. Onmenselijke werkomstandigheden – dat is de mening van de Marburger Bund, het syndicaat van ziekenhuisgeneesheren. De federatie strijdt al lang voor “meer menselijke” werkomstandigheden.

Dr. Kaiser vindt de werkomstandigheden alles behalve onmenselijk. “Ik lijd niet onder de werklust, maar onder het feit dat ik niet zoveel mag werken”. Na deze woorden wordt hij opgebiept, verontschuldigt zich en verdwijnt. Een zaak is zeker : overeenkomstig de wettelijke bepalingen op de arbeidsduur heeft deze ambitieuze dokter 26 uur teveel gewerkt.

Waarom stuurt de professor hem dan niet naar huis en vervangt hij hem niet door een ander ? “Maar hij wil niet naar huis. Hij wil opereren, zo snel mogelijk zijn operatiecatalogus vervolledigen, geneesheer-specialist worden en waarschijnlijk ooit ook diensthoofd, en dat in minder dan 15 jaar”. Men moet inderdaad zelf 3100 uur geopereerd hebben om geneesheer-specialist te worden. “Maar dat is niet genoeg, of je moet een begiftigd chirurg zijn”, verklaart het diensthoofd. “Maar hoeveel zijn er in dat geval ? Opereren is een beroep dat praktijk vereist. En intensief werken is van groot belang voor de opleiding”.

Bovendien is het voor Stein onmogelijk om zijn personeel de welverdiende rustperiodes toe te kennen. Want, wie doet er inmiddels al het werk ? Er zijn teveel patiënten voor te weinig chirurgen. “Om de wet op de werkduur na te leven”, verklaart hij met de glimlach, “zou ik mijn team van een dertigtal chirurgen moeten verdubbelen”.

Adelheid Trotta kent de situatie maar al te goed. Het energieke kliniekhoofd dat al meer dan tien jaar aan de zijde van de professor zwoegt, legt uit : “Onze geneesheren zouden elk jaar 118 shifts van 9 uur moeten verzekeren indien de wetgeving op de arbeidsduur zou nageleefd worden, met dien verstande dat de permanentiedienst ook met een werkperiode wordt gelijkgesteld overeenkomstig een arrest van het Europees Hof van Justitie. Hoeveel tijd is er volgens u nodig om geneesheer-specialist te worden ?” Ze begeeft zich met snelle pas naar haar bureau dat volgestouwen is met dossiers : ze gaat zitten, steekt een sigaret op en blaast rookwolken in het bureau : “het is heel simpel : ofwel overtreden we de wet op de werkduur, ofwel maken we ons schuldig aan het niet-verzorgen van sommige patiënten net omdat we de wet op de werkduur naleven”. De geneesheer vervolgt : “of wij doen een beroep op meer jonge geneesheren die nog geen geneesheer-specialist zijn. In dat geval overtreden we het wettelijk recht van de patiënten om door een geneesheer-specialist te worden verzorgd”. Ze verscherpt haar stem : “geef mij een oplossing in die omstandigheden !” Ze geeft zelf het antwoord : “er is er maar één : er moeten uitzonderingsbepalingen worden voorzien als het werk niet anders georganiseerd kan worden”.

Prof. Stein stipt vervolgens een gans ander probleem aan : “zelfs als ik in één keer het dubbel aantal chirurgen zou kunnen aannemen, zou ik deze niet eens vinden. Inderdaad, dergelijke geneesheren worden steeds zeldzamer”. “Gebrek aan personeel in ziekenhuismilieu” herhaalt men tot vervelens toe. Mevrouw Trotta geeft ons eens te meer een verklaring : “we kunnen niet spreken

van een echt geneesherentekort. In feite merkt men een gebrek aan geneesheren-specialisten die bereid zijn om in dergelijke omstandigheden tegen een lage verloning te werken". Het merendeel van de overuren wordt niet vergoed. Loonsverhogingen zijn quasi onbestaande. Meer dan één familiehoofd met twee kinderen heeft reeds bestaansproblemen met een netto salaris in een overheidsfunctie van 2372 euro. Dr. Kaiser weet niet hoe de zaken zullen evolueren : "Op financieel vlak kan ik nog niets zeggen want wij hebben nog steeds geen oplossing".

---

**FONDATION VAN GOETHEM-BRICHANT  
REVALIDATIE EN INTEGRATIE VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP**

De «Fondation Van Goethem-Brichant» heeft tot doel bij te dragen tot de vervolmaking van jonge universitaire(n) (niet langer dan 10 jaar afgestudeerd) met het oog op de verbetering van het lot van personen met een handicap in de diverse domeinen van de Revalidatie en de socio- professionele Integratie.

#### TOEKENNING 2003

In het jaar 2003 kan een bedrag van 37.250 € verleend worden aan **studiebeurzen, leningen, financiële hulp, toelagen of prijzen voor** studies, opzoekingswerken, praktische verwezenlijkingen in de volgende disciplines : medische wetenschappen, administratieve wetenschappen, technieken in verband met materies en instrumenten waaraan personen met een handicap behoefte hebben.

#### VOORWAARDEN VOOR INDIENING

De werken die het voorwerp van een aanvraag uitmaken, moeten in zes exemplaren gestuurd worden naar het Secretariaat van de «FONDATION VAN GOETHEM-BRICHANT», Egmontstraat 11, 1000 BRUSSEL uiterlijk op 31 maart 2003.

Voor verdere inlichtingen : TEL. (02)545 04 64 - FAX (02)513 64 11

---

**AANKONDIGINGEN**

02067 **PRAKTIJK OTN** wegens pensioen 3080 Tervuren : pluridisciplinair medisch centrum, ruime parking, diverse mogelijkheden (Rx/physio/kiné) – begeleiding mogelijk tel. 02/767.43.93.

03001 **FRANCE** : pour les amateurs de calme, espace, lumière, **A LOUER** 1 sem. ou 15 j. vacances en Provence (ds petit vill. typ. du s/ parc Luberon) petite maison de charme, 4 pers. max. px réduits, propr. priv. jard. arboré et clôt. vue domin. dégagée et imprenable, poss. nombr. excurs. en Prov. profonde à découvrir phot. s/dem. 071/592.592 ou 0498/23.04.23.

03002 **OTTIGNIES** : Dienst viscerale chirurgie, clinique Saint Pierre, heeft een vacature voor een **VASCULAIR CHIRURG** (zelfstandig statuut mogelijk). Contactpersoon : Dr JP Haxhe 010/43.72.35 of 0477/51.21.08 (jp.haxhe@clinique-saint-pierre.be) of Dr P. Pierre (med. dir. 010/43.74.01)

03003 **KNOKKE-HEIST/BLANKENBERGE** : Gezondheidszorg Oostkust (A.Z. O.L. Vrouw ter Linden te Knokke-Heist – A.Z. Koningin Fabiola te Blankenberge) is een middelgroot regionaal ziekenhuis met twee campussen en 321 bedden. Deze v.z.w. biedt werk aan ongeveer 700 werknemers en 60 geneesheren. In uitbreiding van het medisch korps hebben wij een vacature voor een voltijds **SPECIALIST OTORHINOLARYNGOLOGIE (O.R.L.)** met volgende specifieke kwalificaties/aandachtspunten : bijzondere expertise in operatieve technieken, bereidheid om in associatie te werken, voltijdse activiteit binnen de instelling op beide campussen, constructieve interdisciplinaire samenwerking uitbouwen. Sollicitaties richten aan de Directie van v.z.w. Gezondheidszorg Oostkust, Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist. Inlichtingen bij de Heer DEMEULEMEESTER, Algemeen Directeur (050/633.500) en bij Dr L. DEMAERTELAERE (050/633.060) en Dr F. MESTDAGH (050/434.060).

03004 **KNOKKE-HEIST/BLANKENBERGE** : Gezondheidszorg Oostkust (A.Z. O.L. Vrouw ter Linden te Knokke-Heist – A.Z. Koningin Fabiola te Blankenberge) is een middelgroot regionaal ziekenhuis met twee campussen en 321 bedden. Deze v.z.w. biedt werk aan ongeveer 700 werknemers en 60 geneesheren. In uitbreiding van het medisch korps hebben wij een vacature voor een voltijds **SPECIALIST URGENTIEGENEESKUNDE** met volgende specifieke kwalificaties/aandachtspunten : voldoen aan de kwalificatie-eisen voor de functies "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en "mobiele urgentiegroep (MUG)", hetzij met de bijzondere beroepstitel

urgentiegeneeskunde, hetzij met het brevet acute geneeskunde; keuzemogelijkheid van halftijdse tot voltijdse activiteit, aandacht voor adequate interne doorverwijzing, interesse voor organisatie is een pluspunt. Sollicitaties richten aan de Directie van v.z.w. Gezondheidszorg Oostkust, Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist. Inlichtingen bij de Heer D. DEMEULEMEESTER, Algemeen Directeur (050/633.500) en bij Dr L. HUYGHE, Diensthoofd Spoedgevallen (050/633.111).

- 03006 Heeft iemand nog een **MINGO 32 SIEMENS** staan? Ik heb een panne en zoek onderdelen. Dr Van Ermen tel.: 03/666.66.66 liefst 6 h p.m.
- 03008 **RADIOLOOG** erkend om mammotest in eerste lezing te lezen, biedt zijn bekwaamheid aan overal in België. Vrij twee halve dagen, vanaf 1.3.2003. Tel. : 0477/29.04.42.
- 03009 **FRANCE (près de Lille) : RADIOLOGUE**, forte activité mais encore à développer, cherche associé(e) (radiologie générale, scanner, RMN). Tél. : 00.33.3.20.27.14.14 – Fax : 00.33.3.20.36.70.95.
- 03010 **FRANCE (Région Rhône-Alpes) :** (2 h des stations de ski et 3 h de la Méditerranée. Groupe de 4 radiologues – cession d'une part (retraite) – deux sites – locaux récents – activité soutenue – écho radio – accès SCAN et IRM (ni garde ni astreinte). Opportunité : apport très faible (S.E.L. récente). Contact J.J. RODA tél. : 00.33.4.77.36.61.01, fax : 00.33.4.77.36.75.63.
- 03011 **FRANCE :** Cabinet de **RADIOLOGIE** (Drs P. HECQUET, A. VERCLYTTTE, J. QUATREBOEUFs et A. ROZIE) à Maubeuge (Nord – 1 h de Lille, 1 h de Bruxelles et 2 h 30 de Paris par autoroute) recherche associé(e) pour cause de départ en retraite. Radiologie générale, sénologie, échographie, scanner et IRM. Remplacements préalables. Tél. cabinet : 00.33.3.27.53.15.03
- 03013 **TE HUUR :** Houbalaan 782, 1020 Brussel. **MEDISCH CABINET**, ingericht voor specialist. Vier plaatsen + keuken, WC, evt garage. Steeds parkeerruimte in de onmiddellijke omgeving. Tel. 053/66.79.79 – Fax : 053/68.16.20.
- 03014 **BRUSSEL :** De Kliniek Ste-Anna St-Remi St-Etienne, Graindorlaan 66 te 1070 Brussel, een dynamisch ziekenhuis met 438 bedden over twee campussen verdeeld, kondigt de vacante betrekking aan van **MEDISCH DIRECTEUR**. Gemotiveerde sollicitatiebrief met C.V. dient uiterlijk op 15 februari 2003 gestuurd te worden ter attentie van Dr Ph. HUSTINX, Voorzitter van de Raad van Bestuur (tel. : 02/556.57.24).

## Inhoudstafel

• Leidraad bij de wet betreffende de rechten van de patiënt .....	1
• Over de toekomstproblematiek van de specialistische geneeskunde in België – geografische verspreiding en psycho-sociologische factoren .....	21
• Klinische hematologie .....	23
• Nieuw artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer .....	25
• Reeds met een been in de gevangenis .....	25
• Fondation VAN GOETHEM-BRICHANT .....	27
• Aankondigingen .....	27