

SYMPOSIUM

PATIENTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE

ORDE VAN GENEESHEREN

PROVINCIALE RAAD VAN ANTWERPEN

18 APRIL 2009

PATIËNTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE	4
INLEIDING	4
Dr. G. Albertyn.....	4
ANALYSE VAN DE HUIDIGE FEDERALE OMBUDSFUNCTIE	6
Mevr. Sylvie Gryson	6
1. Wettelijk kader - Welke ombudsdiensten “Rechten van de patiënt” zijn er opgericht?	6
1.1 Wettelijk kader van de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt”	6
1.2. Welke ombudsdiensten “Rechten van de patiënt” zijn er opgericht?	8
2. De huidige situatie voor de federale ombudsfunctie “Rechten van de patiënt”	9
3. Aanbevelingen voor de toekomst	10
PRAKTIJKGETUIGENIS OMBUDSFUNCTIE ZIEKENHUIS	12
Dhr. Luc Van Bauwel.....	12
1. Klagers zijn te onthalen en willen gehoord worden	12
2. De laagdrempelige ombudsdienst als een schakel van een uitgebouwd klachtenmanagement	13
3. Trends in klachten	14
4. Praktijkervaring in het Sint-Jozef/Sint-Vincentiusziekenhuis	15
5. De ombudspersoon als “neutrale derde met een bemiddelingsrol: expert van de conflictcyclus en participant van de verbetercyclus	17
Besluit.....	17
DE WET PATIËNTENRECHTEN: KNELPUNTEN EN UITDAGINGEN.....	20
Prof. Stefaan Callens	20
1. Inleiding	20
2. Knelpunten	20
2.1. Informed consent.....	20
2.2. Poliklinieken.....	21
2.3. Centrale aansprakelijkheid	21
2.4. Plichten van patiënten	21
3. Uitdagingen	22
3.1. Wet Patiëntenrechten is onvoldoende gekend.....	23
3.2. Vernietiging patiëntendossiers en e-health	23
3.3. Toegang tot lichaamsmateriaal.....	24
OMBUDSFUNCTIE & DEONTOLOGIE	25
Dr. J.L. Desbuquoit	25
1. Voorkomen van klachten.....	25
2. Bemiddelen.....	26
3. Bij falen van bemiddeling andere mogelijkheden aanduiden:	27
PATIËNTENRECHTEN EN BEROEPSGEHEIM	29
Prof. Paul Cosyns	29
1. Inleiding	29
2. Van een beroepsgeheim ‘van openbare orde’ naar een beroepsgeheim in het ‘voordeel van de patiënt’?	29
3. Van de ‘colloque singulier’ (tweerelatie) naar bredere zorgstructuren (meerdere partners)	30
4. Het “gedeeld medisch beroepsgeheim” en de multidisciplinaire teams, zorgpaden en zorgnetwerken	31
5. Het ‘gezamenlijk beroepsgeheim’	31
6. Uitzonderingen op het beroepsgeheim	32
Aanbevolen literatuur	33

PATIENTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE	34
Dr. L.L. Jonckheer.....	34
1. Begrippen	34
1.1. Recht op informatie	34
1.2. Soort informatie.....	34
1.3. Patiënt/vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon als ontvanger van de gezondheidsinformatie	35
1.4. Wijze van informatieverstrekking	35
1.5. Therapeutische exceptie	35
2. Informed consent (geïnformeerde toestemming)	35
2.1. Basis	35
2.2. Inhoud van de te verstrekken informatie.....	36
2.3. Informed refusal of geïnformeerde weigering	37
2.4. Voorafgaande wilsverklaringen	37
2.5. Wie geeft de geïnformatiseerde toestemming of weigering.....	38
2.6. Wijze van geïnformatiseerde toestemming geven.....	38
2.7. Op wie rust de informatieverplichting.....	38
2.8. Uitzonderingen	39
Conclusie	39
PATIENTENRECHTEN EN INZAGERECHT	40
Dr. Ch. De Pooter	40
1. Medisch Dossier	40
2. Recht op inzage	40
3. Modaliteiten van deze inzage.....	41
3.1. Direct inzagerecht: Inzagerecht door de patiënt zelf.....	41
3.2. Indirect inzagerecht: Inzagerecht door vertrouwenspersoon/ beroepsbeoefenaar	42
4. Besluit.....	45
RELATIE OMBUDSFUNCTIE EN ARTSEN	46
Dr. I. Leunckens	46

SYMPOSIUM ORDE VAN GENEESHEREN ANTWERPEN

18 APRIL 2009

PATIËNTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE

INLEIDING

Dr. G. Albertyn

Lid van de Provinciale Raad van Antwerpen

Sinds 2002 is er een patiëntenrechtenwet en in die wet werd de ombudsfunctie ingesteld.

Men mag gerust stellen, dat bijna de totaliteit van de patiënten en de meerderheid van de artsen niet weten wat deze wet exact bepaalt.

Nochtans hebben de ziekenfondsen de patiënt trachten in te lichten via duidelijke brochures, met voorbeelden gestoffeerd, zoals “Wegwijs in patiëntenrechten” van de Socialistische Mutualiteiten, dat ook aan alle artsen werd opgestuurd.

En eveneens hebben de artsenorganisaties de wet naar hun leden opgestuurd en op talloze vergaderingen doorgelicht.

Vandaar onze beslissing deze wet vandaag nogmaals ter sprake te brengen en er dieper op in te gaan.

Op een aantal punten bevestigde deze wet de reeds bestaande wettelijke en deontologische regels en op een aantal punten trekt zij duidelijke lijnen. Op enkele andere punten is ze omslachtig en niet eenvoudig om door een leek gelezen en geïnterpreteerd te worden.

Op een aantal punten vraagt zij om verduidelijking. Ik geef u slechts enkele voorbeelden :

- Wat is “alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand”
- Wat is “communicatie met de patiënt in een duidelijke taal”?
- De toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven, behalve wanneer uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afgeleid worden. Wie bepaalt wat redelijkerwijze is?
- De procedureregeling van de ombudsfunctie, de onafhankelijkheid van de ombudspersoon en het beroepsgeheim van de ombudspersoon vragen om meer specificatie.

Als Orde van Artsen ervaren wij, dat de patiënt niet steeds gemakkelijk de weg vindt naar de ombudsfunctie, getuige het groot aantal klachten welke naar ons wordt gestuurd, welke in feite best naar de ombudsfunctie hadden kunnen gestuurd worden.

Anderzijds wordt de ombudsfunctie ook betrokken bij een aantal klachten, waarvoor zij niet is opgericht, vermits haar wettelijke taak vragen en klachten betreft over de communicatie tussen de patiënt en een beroepsbeoefenaar.

Als Orde van Artsen ervaren wij ook, dat vele artsen durven zondigen tegen de patiëntenrechtenwet, en vooral betreffende informatieplicht van de patiënt, inzage recht van het dossier en beroepsgeheim.

Anderzijds legt de wet wel de patiëntenrechten vast maar zwijgt in alle talen over patiëntenplichten en over artsenrechten, behalve misschien het recht te zwijgen, namelijk de therapeutische exceptie, en dit kan dan maar na overleg met een andere zorgverstrekker.

Gelukkig heeft de Belg nog veel vertrouwen in zijn arts, zodat het gebruik van deze wet min of meer beperkt kan blijven. Het is u bekend dat, volgens een onderzoek van het consumentenbureau GfK in augustus 2008, 9 op de 10 Belgen vertrouwen hebben in hun arts, terwijl 2 op 10 Belgen vertrouwen heeft in zijn politici. Het ware misschien niet slecht een kiezersrechtenwet te maken naar het beeld van de patiëntenrechtenwet.

Kortom, het idee van een patiëntenrechtenwet was uitstekend en de tekst ervan is absoluut zo slecht niet, maar na een zestal jaren proefstomen zijn zowel de artsen als de ombudsdiensten ervan overtuigd dat enkele aanpassingen wenselijk zijn.

Vandaar dat wij u in dit symposium willen confronteren met de ervaringen en betrachtingen van de ombudsfunctie zelf, de federale en de ziekenhuis-ombudsfunctie, met de overwegingen van Prof. Callens, die mee aan de basis van de wet lag, en met het bespreken van de voornoemde knelpunten. Dit alles met de bedoeling dat er ook suggesties tot verbetering worden aangegeven.

ANALYSE VAN DE HUIDIGE FEDERALE OMBUDSFUNCTIE

Mevr. Sylvie Gryson
FOD Volksgezondheid
Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”

Samenvatting van de uiteenzetting¹:

In het eerste deel lichten we het wettelijke kader van de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” toe. We geven weer welke ombudsdiensten “Rechten van de patiënt” er op dit moment zijn opgericht. Deze informatie is belangrijk om de werking van de federale ombudsfunctie te begrijpen.

In het tweede deel wordt op de huidige werking van de federale ombudsfunctie omschreven.

Ten slotte in het derde deel volgen enkele aanbevelingen die we vanuit de federale ombudsdienst belangrijk vinden voor de ontwikkeling van de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” in de toekomst.

De inhoud van het tweede en derde deel van deze uiteenzetting baseert zich voornamelijk op de jaarverslagen van de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”. (zie www.patientrights.be > federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”)

1. Wettelijk kader - Welke ombudsdiensten “Rechten van de patiënt” zijn er opgericht?

1.1 Wettelijk kader van de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt”

De ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” zijn opgericht in het kader van artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt waarin wordt bepaald dat de patiënt het recht heeft om een klacht in verband met de uitoefening van zijn patiëntenrechten neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie. Volgens het wetsontwerp dient de ombudsfunctie een plaats te zijn waar de patiënt terecht kan om een klacht neer te leggen, een plaats waar de patiënt gehoor krijgt, waar bemiddelend kan opgetreden worden, een plaats waar de patiënt uitleg krijgt over mogelijke stappen die hij kan ondernemen. Het doel van bemiddeling door ombudsdiensten is het bereiken van een oplossing voor problemen, zonder dat direct wordt overgegaan tot een gerechtelijke procedure. Van een gerechtelijke procedure weet men immers dat deze meestal lang duurt en kostelijk is. Een gerechtelijke procedure omvat een moeilijke bewijsvoering en is zelden probleem oplossend.

¹ Bij afwezigheid van Sylvie Gryson, werd de presentatie op 18 april 2009 gegeven door Vanessa Debreyne, medewerkster van de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”

Voor de ombudsfunctie zijn volgende wettelijke opdrachten bepaald (artikel 11, § 2):

1. De ombudspersoon voorkomt vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar² te bevorderen.

Het werk van de ombudspersoon is in eerste instantie preventief en is gericht op het herstel van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar. In dit kader luistert de ombudspersoon naar de patiënt en geeft hij uitleg over de inhoud van de patiëntenrechtenwet.

De ombudspersoon spoort de patiënt aan om zelf contact op te nemen met de betrokken beroepsbeoefenaar om zijn vragen en/ of ontevredenheid te signaleren en met hem te bespreken.

2. De ombudspersoon bemiddelt tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar met het oog op het bereiken van een oplossing.

Het gaat om situaties waarin een vroeger contact tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar niet tot een oplossing heeft geleid of om situaties waarin het voor de patiënt te moeilijk ligt om rechtstreeks de beroepsbeoefenaar aan te spreken. De ombudspersoon fungeert tijdens de bemiddeling als tussenpersoon tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

3. Indien echter via de bemiddeling geen oplossing wordt gevonden – het door de patiënt gewenste resultaat wordt niet bereikt - heeft de ombudspersoon ook de opdracht om de patiënt te informeren over andere mogelijkheden voor afhandeling van de klacht.

4. De ombudspersoon dient in zijn contacten met de patiënt, of met de beroepsbeoefenaar, of met andere personen, duidelijk te informeren over de manier waarop de ombudsdienst werkt en georganiseerd is.

5. De vijfde en laatste opdracht van de ombudspersoon is een belangrijke preventieve opdracht: De ombudspersoon dient aanbevelingen te formuleren. Het gaat hier om het formuleren van voorstellen over de manier waarop tekortkomingen - die hebben geleid tot klachten - in de toekomst vermeden kunnen worden. Een belangrijk instrument waarover de ombudspersoon in dit kader beschikt is de opstelling van zijn jaarverslag.

Verdere voorwaarden waaraan de ombudsfunctie "Rechten van de patiënt" dient te voldoen vinden we terug in de Koninklijke besluiten van 2003:

Deze Koninklijke besluiten bepalen wie de ombudsfunctie kan uitoefenen, namelijk personen met minstens een diploma van hoger onderwijs korte type. Voor uitoefening van de federale ombudsfunctie is minstens een diploma van universitair hoger onderwijs vereist.

De ombudspersoon dient tijdens een bemiddeling een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht te nemen. Hij dient zicht te houden aan het beroepsgeheim.

² voor het begrip 'beroepsbeoefenaar', zie artikel 2, 3°: "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."

Verder benadrukken de Koninklijke besluiten het belang van een onafhankelijke uitoefening van de ombudsfunctie. Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, bepalen de Koninklijke besluiten dat de ombudspersoon niet kan worden gesanctioneerd wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn opdracht stelt. De ombudspersoon dient ook de mogelijkheid te krijgen om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen.

Verder dient de ombudsfunctie ook goed bereikbaar te zijn. Men spreekt van de 'laagdrempelijkheid' van een ombudsdienst.

De ombudspersoon dient ten slotte zijn ontvangen klachtmeldingen te registreren en een jaarverslag op te stellen. Elke ombudsdienst dient te beschikken over een huishoudelijk reglement.

Recente wijzigingen van de Koninklijke besluiten in 2007 hebben vooral bepalingen toegevoegd die de bemiddelende rol en de onafhankelijke werking van de ombudsfuncties benadrukken. Zo wordt benadrukt dat de ombudspersoon tijdens een bemiddeling geen standpunt mag innemen. De bemiddeling gebeurt tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar. Indien de ombudspersoon dit nuttig vindt voor het bemiddelingsproces, dan kan hij informatie inzamelen. Hij legt deze informatie, zonder hierbij een standpunt in te nemen, voor aan de betrokken partijen. Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudspersonen in de instellingen nog meer te garanderen, werden onverenigbaarheden ingesteld: de uitoefening van een ombudsfunctie in een ziekenhuis is niet verenigbaar met de uitoefening van een leidinggevende functie in dit ziekenhuis en de uitoefening van een gezondheidszorgberoep in dit ziekenhuis. De uitoefening van de ombudsfunctie is ook niet verenigbaar met een activiteit in een patiëntenvereniging.

1.2. Welke ombudsdiensten “Rechten van de patiënt” zijn er opgericht?

In het kader van de patiëntenrechtenwet zijn op verschillende plaatsen specifieke ombudsfuncties opgericht:

Zo is er een specifieke ombudsfunctie opgericht voor elk ziekenhuis. De ombudspersonen zijn hier specifiek bevoegd om bemiddelend op te treden indien het gaat om klachten over beroepsbeoefenaars die werkzaam zijn in het ziekenhuis.

Een specifieke ombudsfunctie is ook opgericht bij de overlegplatformen geestelijke gezondheidszorg. Deze overlegplatformen zijn provinciale overlegstructuren tussen verschillende voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. De ombudspersonen zijn hier specifiek bevoegd om te bemiddelen in de initiatieven van beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen die zijn aangesloten bij het overlegplatform. Psychiatrische ziekenhuizen die zijn aangesloten bij het overlegplatform kunnen voor de oprichting van hun ombudsfunctie een beroep doen op de ombudspersoon van het overlegplatform.

Met de oprichting van de specifieke ombudsfuncties in de ziekenhuizen en bij de overlegplatformen geestelijke gezondheidszorg zijn vanzelfsprekend niet alle domeinen in de gezondheidszorg gedekt. We denken bijvoorbeeld aan de zelfstandige praktijken, de rusthuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, het gevangeniswezen, ... In deze domeinen waar nog geen specifieke ombudsfunctie is opgericht, is de federale ombudsfunctie bevoegd om bemiddelend tussen te komen. We spreken hier van een 'residuaire bevoegdheid' van de federale ombudsfunctie.

2. De huidige situatie voor de federale ombudsfunctie “Rechten van de patiënt”

Bij de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” werken op dit moment drie personen die werknemers zijn bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Marie-Noëlle Verhaegen is de Franstalige ombudspersoon en Sylvie Gryson is de Nederlandstalige ombudspersoon. Een derde medewerkster, Vanessa Debreyne, ondersteunt de ombudsdienst vooral organisatorisch en vervangt Sylvie Gryson bij afwezigheden. De activiteiten van de federale ombudsdienst beperken zich niet enkel tot klachtenbemiddeling in het kader van de patiëntenrechtenwet. Als cel “patiëntenrechten” bij de FOD Volksgezondheid beantwoordt de ombudsdienst heel wat informatievragen over de toepassing van de patiëntenrechtenwet. Verder volgen we binnen de FOD Volksgezondheid verschillende projecten en dossiers op die betrekking hebben op de patiëntenrechtenwet en de ombudsdiensten “Rechten van de patiënt”. Ten slotte volgt de federale ombudsdienst ook de werkzaamheden van de Federale commissie “Rechten van de patiënt” op. Deze Commissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, de ziekenfondsen, beroepsbeoefenaars en de patiënten. Deze Commissie evalueert onder meer de toepassing van de patiëntenrechtenwet en formuleert adviezen dienaangaande aan de Minister van Volksgezondheid.

Als we gaan kijken naar de registraties van de federale ombudsdienst over de voorbije jaren, dan stellen we een algemene stijging vast, zowel in aantal klachtmeldingen als in aantal informatievragen. De cijfergegevens voor 2008 zijn op dit moment nog niet ter beschikking.

In 2007 hadden we, met 530 klachtmeldingen en ongeveer 320 informatievragen een piekmoment. Dit was volgens ons te wijten aan de lancering van de informatiecampagne “patiëntenrechten – een uitnodiging tot dialoog”. Bij deze campagne werden duizenden brochures en flyers verzonden naar verschillende beroepsbeoefenaars, instanties en verenigingen in de gezondheidszorg.

Wat betreft de klachtendossiers bij onze ombudsdienst stellen we jaarlijks ongeveer een zelfde verdeling vast: De helft van de klachtmeldingen behoort tot de bevoegdheid van de ombudspersonen in de ziekenhuizen en bij de overlegplatformen. De federale ombudsdienst verwijst bij deze klachtmeldingen de patiënt onmiddellijk door naar deze lokale ombudspersonen. Een derde van de klachtmeldingen heeft betrekking op de residuaire bevoegdheid van de federale ombudsdienst zelf. Bij een vijfde van de klachtmeldingen wordt de patiënt direct geïnformeerd over een andere klachtafhandelingsdienst. We houden hierbij onder meer rekening met de verwachting van de patiënt. Bijvoorbeeld voor controle of sanctionering van een beroepsbeoefenaar kan een patiënt niet terecht bij een ombudsdienst “Rechten van de patiënt”.

Het voorwerp van de klachtmeldingen die behoren tot de residuaire bevoegdheid van de federale ombudsdienst heeft vooral betrekking op artikel 5 het recht van de patiënt op een kwaliteitsvolle dienstverlening. We zien trouwens dat de meeste

klachtmeldingen bij de lokale ombudspersonen ook op dit recht betrekking hebben. Verder heeft een belangrijk aantal klachtmeldingen betrekking op artikel 9 en meer bepaald het recht op een afschrift van het patiëntendossier en op artikel 8 het recht van de patiënt op een geïnformeerde toestemming. Klachtmeldingen hebben bij dit laatste recht vooral betrekking op de informatie die voor het opstarten van een behandeling aan de patiënt werd gegeven.

De klachtmeldingen hebben vooral betrekking op huisartsen, specialisten en tandartsen in een zelfstandige praktijk.

De ontvangst van de klachtmeldingen en de verdere contacten gebeuren bij de federale ombudsdienst vooral telefonisch, per mail en per post. Een afspraak kan ook gemaakt worden voor een persoonlijk onderhoud. Indien de federale ombudsdienst overgaat tot bemiddeling, contacteert zij de betrokken beroepsbeoefenaar doorgaans per brief om hem uit te nodigen om deel te nemen aan een bemiddeling. Tijdens de bemiddeling zal de ombudsdienst meestal als tussenpersoon pendelen tussen patiënt en beroepsbeoefenaar. De organisatie van een bemiddelingsgesprek tussen patiënt en beroepsbeoefenaar behoort evenwel ook tot de mogelijkheden.

3. Aanbevelingen voor de toekomst

Onze eerste aanbeveling heeft betrekking op de werking van alle ombudsdiensten "Rechten van de patiënt" die zijn opgericht in het kader van de patiëntenrechtenwet. We zijn van mening dat het juridische kader waarbinnen de ombudspersoon tijdens de bemiddeling werkt, op verschillende niveaus verder gepreciseerd moet worden. Zo bijvoorbeeld op het niveau van het beroepsgeheim van de ombudspersoon: Het staat vast dat in het kader van de bemiddeling tussen patiënt en beroepsbeoefenaar gevoelige gegevens uitgewisseld worden. Het gaat hier immers om medische informatie en soms wordt in de bemiddeling de aansprakelijkheid van de beroepsbeoefenaar in vraag gesteld. De regelgeving voorziet reeds dat de ombudspersoon zich dient te houden aan het beroepsgeheim. We stellen voor dat er bijkomend wettelijk bepaald zou worden dat de ombudspersoon niet als getuige kan worden opgeroepen voor de rechtbank met betrekking tot de feiten waarvan hij in de loop van de bemiddeling kennis genomen heeft.

Precisering is volgens ons bijvoorbeeld ook nodig op het niveau van de vertrouwelijkheid van de documenten die worden opgemaakt en uitgewisseld tijdens de bemiddeling. We zijn van mening dat in de regelgeving uitdrukkelijk bepaald zou moeten worden dat deze documenten vertrouwelijk zijn en niet in een andere procedure gebruikt mogen worden, tenzij beide partijen hiertoe hebben ingestemd.

Onze tweede aanbeveling heeft betrekking op de uitbouw van de ombudsfuncties "Rechten van de patiënt". Sinds de inwerkingtreding van de patiëntenrechtenwet is er een specifieke ombudsfunctie opgericht voor de ziekenhuizen. Voor de initiatieven van beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen is er de specifieke ombudsfunctie bij de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg. Alle andere gezondheidszorgdomeinen vallen onder de 'residuaire' bevoegdheid van de federale ombudsfunctie. Voor deze domeinen dient volgens ons grondig nagedacht te worden over de manier waarop hier de ombudsfunctie "Rechten van de patiënt" verder uitgebouwd kan worden. Bij deze uitbouw vinden we het belangrijk dat er

wordt rekening gehouden met volgende belangrijke factoren: Ten eerste is er het belang van de bereikbaarheid van de ombudspersoon: we denken aan de nodige beschikbaarheid van de ombudspersoon en aan zijn geografische nabijheid. Ten tweede vinden we het belangrijk dat de ombudspersoon zich kan specialiseren in het gezondheidszorgdomein waarbinnen hij bemiddelt. Elk domein - zoals de ziekenhuissector, de geestelijke gezondheidszorg, de zelfstandige praktijken, het gevangeniswezen, de thuiszorg, de expertise – en controle geneeskunde, de bejaardenzorg...- heeft zijn eigen specifieke regelgeving, praktijkcontext en ontwikkelingen die de ombudspersoon moet kennen en opvolgen. Voor de patiënt is het vervolgens belangrijk dat het voor hem duidelijk is tot welke ombudsfunctie hij zich kan richten. Tenslotte dient bij de uitbouw van de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” rekening gehouden te worden met de complexe bevoegdheidsverdeling in België in zake de organisatie van de gezondheidszorg.

In haar jaarverslagen heeft de federale ombudsdienst doorheen de jaren verschillende aanbevelingen geformuleerd over de manier waarop de ombudsfunctie “Rechten van de patiënt” zou kunnen worden uitgebouwd: Zo stellen we voor dat de bevoegdheid van de ombudsfunctie bij de overlegplatformen geestelijke gezondheidszorg wettelijk uitgebreid zou worden tot de ambulante centra (centra geestelijke gezondheidszorg, centra met een RIZIV-conventie) die zijn aangesloten bij deze overlegplatformen. We stellen voor dat een specifieke ombudsfunctie opgericht zou worden voor de RVT's, de rusthuizen en in het gevangeniswezen. Voor de ambulante gezondheidszorg (de zelfstandige praktijken van beroepsbeoefenaars) stellen we voor dat er plaatselijke contactpunten zouden opgericht worden in de verschillende provincies.

Voor meer informatie:

- Website van de overheid in verband met de patiëntenrechtenwet: www.patientrights.be (Informatie over de inhoud van de patiëntenrechtenwet, regelgeving, adviezen van de federale commissie “Rechten van de patiënt”, jaarverslagen van de federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”, analyse van de jaarverslagen 2006 van de ombudspersonen bij de ziekenhuizen en bij de overlegplatformen GGZ)
- Aanvraag brochures en flyers is mogelijk via mail naar brochurepatient@health.fgov.be
- Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt”
Telnr.: 02/524 85 20
Mailadres: sylvie.gryson@health.fgov.be

PRAKTIJKGETUIGENIS OMBUDSFUNCTIE ZIEKENHUIS

Dhr. Luc Van Bauwel

Voorzitter VVOVAZ
Ombudsman GZA ziekenhuizen

Ondanks de nog vrij recente functie binnen de gezondheidszorg wil ik met deze praktijkgetuigenis een analyse geven na acht jaar bemiddelingswerk binnen de ziekenhuiscontext. Deze analyse is gebaseerd op lokale ervaringen, op feedback van collega's uit andere ziekenhuizen en op contacten met diverse actoren en betrokken partijen zoals de Orde Van Geneesheren, de verzekeringsmaatschappijen, de mutualiteiten, de patiëntenverenigingen, de overheid, advocaten, de werkgever van het ziekenhuis en niet in het minst de patiënt en de zorgverstreker zelf.

Ik heb het geluk gehad in een ziekenhuis te mogen werken waar de ziekenhuisorganisatie openstond voor veranderingen en voor uitdagingen. Enkele ziekenhuizen namen reeds het voortouw iemand vrij te stellen om gestructureerd bezig te zijn met het afhandelen van klachten. In 2001 kreeg ik de mogelijkheid om de ombudsfunctie uit te bouwen. Vanuit de werkgroepen kwaliteitszorg en leeftijdsbewust personeelsbeleid werd een aanspreekpunt gevraagd voor patiënten en personeel. De ombudsdienst van het Sint-Jozef/SintVincentiusziekenhuis werd opgericht. Het contextueel denken heeft ertoe bijgedragen om me meerzijdig partijdig³ te richten in opstelling en afhandeling. Deze werkwijze heeft het nodige vertrouwen gewekt en gezorgd voor ruimte en krediet om de dienst uit te bouwen. In dit artikel zal ik me enkel toeleggen op mijn ervaring in het bemiddelen tussen patiënten en zorgverstrekkers.

1. Klagers zijn te onthalen en willen gehoord worden

Een klacht en / of een klager wordt niet altijd even enthousiast onthaald. Je hoort wel eens zorgverstrekkers zeggen: "wat een lastige patiënt?" Ik heb er alles aan gedaan wat ik kon..." Elke patiënt beoordeelt de zorg die hij of zij ervaren heeft. Uit onderzoek blijkt dat slechts 5% van de ontevreden patiënten klaagt. De klager gebruikt daarvoor klachtversterkers om gehoord te worden. Vaak wordt emotie beantwoord met emotie.

Zorgverstrekkers die met patiënten omgaan, hebben een behoorlijke mate van inlevings-, aanpassings- en incasseringsvermogen nodig. Als de reactie op een klacht met een emotionele lading beperkt blijft tot het reageren op de inhoud van de boodschap, voelt de patiënt zich vaak nog meer miskend.

Jammer, want een klacht geeft gratis informatie over de ervaren dienstverlening en geeft zorgverstrekkers een tweede kans om alsnog aan de verwachtingen tegemoet te komen.

Inhoudelijk zijn er twee domeinen: de informatie omtrent de verwachtingen en de communicatie over de ervaren dienstverlening.

³ Boszormenyi-Nagy, I. (2000). Grondbeginselen van de contextuele benadering. De Toorts, Haarlem

Daarnaast is de wijze waarop de zorgverstreker reageert zeker zo belangrijk. De wijze bepaalt vaak het risico of een klacht al dan niet escaleert tot een conflict. Bij een klacht speelt de beleving een belangrijke rol. Een klacht die objectief gezien onterecht en onwaar is, blijft altijd een uiting van ongenoegen van de patiënt.

Klagen wordt vaak verward met zagen. Zagen is klagen tegen de verkeerde. Klagen is echter het uiten van onvrede aan diegene die het aanbelangt. Het is belangrijk om patiënten voor te stellen hun ongenoegen rechtstreeks te uiten tegenover de zorgverstreker en hen daarbij te ondersteunen, weliswaar in bepaalde omstandigheden.

Van bij het prille bestaan heeft de ombudsfunctie veel stof doen opwaaien en tot discussie geleid zowel binnen als buiten de ziekenhuiscontext. Elke betrokken partij heeft immers zijn of haar idee over de opdracht en de uitoefening van deze functie. Van bij aanvang zochten collega's elkaar op en deze samenwerking tussen een tiental ombudspersonen groeide uit tot het oprichten van de Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ), die nu bijna alle ombudsfuncties in de Vlaamse ziekenhuizen vertegenwoordigt. VVOVAZ heeft na het beluisteren van alle betrokken partijen en actoren een visietekst⁴ ontwikkeld. VVOVAZ heeft ingespeeld op tal van vragen en daarbij duidelijke standpunten ingenomen o.a. voor wat betreft inzage in het patiëntendossier, informatie-uitwisseling met andere zorgverstrekkers, management,... enz. Deze visietekst vertrekt vanuit een brede invalshoek waarbij de interne ombudsdienst niet alleen klachten met betrekking tot de Wet Patiëntenrechten, maar ook organisatorisch gebonden klachten afhandelt. De ombudsfunctie is een schakel van een geïntegreerd klachtenmanagement en van het kwaliteitsbeleid. Daarnaast wil de vereniging de ombudspersoon verder stimuleren en ondersteunen om zich te profileren naar een erkende bemiddelingsrol om het professioneel optreden in het herstel van de communicatie/relatie tussen de patiënt en de zorgverstreker te verbeteren.

2. De laagdrempelige ombudsdienst als een schakel van een uitgebouwd klachtenmanagement

Verschillende ziekenhuizen hebben vóór de Wet Patiëntenrechten het belang ingezien om binnen hun organisatie een klachtenmanagement op te zetten omwille van het ontbreken van een efficiënt klachtenbeleid of door het versnipperd omgaan met klachten.

VVOVAZ pleit voor een uitgebouwd klachtenmanagement binnen de organisatie waar de ombudspersoon deel van uit maakt om klachten efficiënt af te handelen en een klantvriendelijke organisatie te helpen bevorderen. De omgang met klagers en klachten is een zaak van elke zorgverstreker en van het beleid.

De ombudsdienst wint aan bekendheid, o.a. door een vlotte toegankelijkheid en beschikbaarheid. Een laagdrempelige ombudsdienst kan overspoeld worden door klachten. Elke patiënt kan immers zijn of haar ongenoegen melden bij de ombudsdienst. Eerder heb ik vermeld dat de ombudspersoon kan overwegen in

⁴ Visietekst VVOVAZ januari 2007

functie van de complexiteit of ernst van de klacht, de patiënt te stimuleren de onvrede bespreekbaar te maken met de betrokken zorgverstreker(s). Zorgverstrekkers nemen immers niet altijd de moeite om de klacht te aanhoren. De klachten worden best afgehandeld daar waar ze zijn ontstaan. De ombudspersoon kan advies geven aan zorgverstrekkers om hen te leren omgaan met klachten.

Patiënten willen dat er snel tot actie wordt overgegaan, vandaar het belang van een laagdrempelige klachtafhandeling zonder ingewikkelde procedures. Als er iets fout gaat wil de patiënt ook verontschuldigen en dat het probleem wordt aangepakt zodat het niet meer voorkomt. Verder wil de patiënt dat artsen en ziekenhuismedewerkers, die oorzaak zijn van de klacht, daarop worden aangesproken.

3. Trends in klachten

In 2007 hebben 49 ombudspersonen, onder impuls van VVOVAZ en van de Waalse zustervereniging Association des Médiateurs d'Institutions des Soins (AMIS), meegewerkt uit 30 Vlaamse, 15 Waalse en 4 Brusselse ziekenhuizen aan een gezamenlijk registratieproject. Er werd een webapplicatie ontwikkeld waarbij de deelnemende ziekenhuizen hun geregistreerde gegevens kunnen vergelijken⁵.

In totaal werden er sinds 2001 bij 35.708.359 ziekenhuispatiënten 45.308 klachten geregistreerd.

Jaar	Zhn	Patiëntencontacten	Klachten	Ratio
2001	5	2.930.190	2.646	0,09%
2002	10	3.734.110	4.428	0,12%
2003	13	3.788.602	5.467	0,14%
2004	16	3.489.250	5.788	0,17%
2005	19	5.081.187	6.517	0,13%
2006	31	6.511.804	9.553	0,15%
2007	49	10.173.216	10.909	0,11%
TOTAAL:		35.708.359	45.308	0,13%

⁵ Dreezen, J. (2008) Vijf jaar VVOVAZ, vergelijking van registratiegegevens tussen ziekenhuizen sinds 2001

Uit de absolute cijfers kan men weinig conclusies trekken omdat ze niet in verhouding staan tot de omvang van de ziekenhuizen en het aantal patiëntencontacten. Daarom werd er een (klachten)ratio berekend: het aantal klachten in relatie tot het totale aantal patiëntencontacten.

In 2007 was de klachtratio in de registrerende Belgische ziekenhuizen 0,11 %, in de 30 Vlaamse ziekenhuizen 0.14 %, in de 15 Waalse 0.05 % en in de 4 Brusselse ziekenhuizen 0.08 %.

Uit de cijfers van de 49 registrerende ziekenhuizen in 2007 blijkt dat patiënten bij de ombudsfuncties voornamelijk klagen over de medische (44 %), verpleegkundige en paramedische (25 %) aspecten die samen in 69 % van de klachten het onderwerp zijn en ook de 'corebusiness' uitmaken van het ziekenhuis.

32 % van de klachten gaan over de administratief-financiële aspecten in de ziekenhuizen. Een administratief-financiële klacht houdt vaak méér in dan een louter administratieve vergissing. Het kan ook de ingangspoort zijn voor het uiten van ongenoegen over de behandeling, verzorging of organisatie.

De factuur is voor de patiënt wellicht het gemakkelijkste en vaak enige drukkingsmiddel tegenover bepaalde diensten of personen.

Bejegeningaspecten vormen vaak het onderwerp van een klacht, naast de eigenlijke behandeling en verzorging. De ervaring van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen bevestigt dat alle bejegeningaspecten en een gebrek aan directe communicatie tussen patiënt en zorgverstreker samen veel meer het onderwerp van de klacht vormen dan de eigenlijke behandeling, verzorging of deskundigheid van de zorgverstrekkers.

4. Praktijkervaring in het Sint-Jozef/Sint-Vincentiusziekenhuis

Na 8 jaar klachtenafhandeling stel ik volgende trends vast voor wat betreft de medische aspecten van de klacht. De arts geeft onvoldoende informatie over de voorgestelde of ingestelde behandeling (over inhoud, alternatieven, kostprijs, risico's en prognose) en over de gezondheidstoestand. Daarnaast worden er klachten geformuleerd bij een vermoeden van een medische fout of bij een verregaande complicatie.

De patiënt verwacht een (financiële) compensatie voor de eventuele schade die hij heeft geleden. Vaak wordt er, als commercieel gebaar, een tussenkomst in de persoonlijke kosten of een correctie van de ziekenhuisfactuur in overleg met de betrokken partijen geregeld.

Na bijvoorbeeld een vermoeden van een medische fout kan er een bemiddelingsgesprek plaatsvinden, waarbij patiënt en of familie zelf bepalen welke zorgverstrekkers en /of andere medewerkers van de hiërarchie deelnemen. Er volgt een intensief proces om partijen te overtuigen om deel te nemen aan zo'n gesprek. Ze bereiden het gesprek voor, participeren, nemen standpunten in en maken hun verwachtingen en voorstellen kenbaar. Het is aan de ombudspersoon om dit proces nauwgezet te volgen, de nodige aandacht te geven aan elke partij en te trachten dit proces zorgvuldig te (bege) leiden.

Klachtbemiddeling is arbeidsintensiever geworden. Vooral de klachten waarbij de patiënt schade vermoedt, vragen een langdurige en intensieve opvolging met

herhaaldelijke (bemiddelende) persoonlijke contacten met de patiënt, eventueel in overleg met de aansprakelijkheidsverzekering.

We stellen vast in ons ziekenhuis dat patiënten van artsen duidelijke en concrete informatie verwachten over de behandeling en over de financiële implicaties. De GZA ziekenhuizen hebben het initiatief genomen om via de website de patiënt de mogelijkheid aan te bieden om voor een bepaalde ingreep een kostenraming te laten berekenen: (www.gza.be) Er werden ook verschillende vormingssessies georganiseerd i.s.m. de Medische Raad om artsen ertoe aan te zetten klantvriendelijker om te gaan en verwachtingen professioneler aan te pakken. Uit deze sessies werd een borstzakkaartje met communicatietips ontwikkeld.

Met de meerzijdige partijdige benadering sta ik als bemiddelaar open voor het verhaal van elke partij. De artsen hebben er alle belang bij om actief te participeren als het “anders is gelopen dan verwacht.” Maak bespreekbaar wat er is misgelopen. Neem de klacht niet persoonlijk op, spreek over de feiten en verontschuldigen mag (“sorry works”).

In 2006 werd er een patiëntenenquête uitgevoerd door Karen De Cocker. (bachelor in sociaal werk, richting maatschappelijke advisering) om te peilen naar de tevredenheid en de bekendheid van de ombudsdienst. Aan 300 patiënten (150 die in 2005 de ombudsdienst bezochten en 150 patiënten die in het ziekenhuis verbleven maar geen beroep deden op de ombudsdienst) werd gevraagd om een vragenlijst in te vullen. Na dit onderzoek werden volgende overwegingen gemaakt:

De rol van de eerste lijn wordt nog te weinig benut. 58% van het ombudsccliënteel en 67% van de patiënten bespreken hun onvrede met de eerste lijn. Volgens de enquête wist ca 50% van het ombudsccliënteel niet van het bestaan af van de ombudsdienst. Bij de overige patiëntensteekproef ca. 40%. De ombudsdienst moet zich kenbaar maken en de patiënten blijvend sensibiliseren. De eerste lijn moet verder gevormd worden in het afhandelen van klachten.

De kernactiviteit is het bemiddelen. Ca. 20% heeft nog de perceptie dat de ombudspersoon de advocaat is van de patiënt of de onderzoeker is van de klacht. Het is aan de ombudspersoon om te corrigeren waar nodig. Het uitblijven van herstel of compromis is vaak niet het gevolg van de weigering tot communicatie tussen patiënt en zorgverstreker, maar eerder een blijvend conflict over de verwachtingen. Ook het aanslepen of uitblijven van een oplossing of miscommunicatie bij het bemiddelingsproces kan een vergelijk in de weg staan en kan de oorspronkelijke onvrede opnieuw doen escaleren.

De bereikbaarheid van de ombudspersoon is essentieel door o.a. een centrale ligging te voorzien, de ombudsdienst te vermelden in de onthaalbrochure en een aparte rechtstreekse telefoonlijn beschikbaar te stellen. Ook duidelijk communiceren over beschikbaarheid is belangrijk vb. uithangen van consultatie-uren, omdat vele ombudspersonen nog andere opdrachten combineren of niet altijd in de organisatie aanwezig zijn.

De vaak geuite vrees van ziekenhuisdirecties en artsen voor een stijging van de schadeclaims in de ziekenhuizen, via de ombudsfunctie, wordt niet bevestigd: de schadeclaims in deze registratie maken 10 % uit van de klachten.

5. De ombudspersoon als “neutrale derde met een bemiddelingsrol: expert van de conflictcyclus en participant van de verbetercyclus

Uit de analyse van de vergelijking van de rapportagegegevens stelt VVOVAZ vast dat de patiënt meer en meer de verwachting heeft dat er een bemiddelingsgesprek plaatsvindt in aanwezigheid van alle partijen. Daarnaast uit de patiënt zijn ongenoegen met de bedoeling dat het voorval zich niet meer zou herhalen in de toekomst. Eigenlijk spreekt de patiënt zijn of haar hoop uit dat de organisatie iets zal ondernemen met zijn onvrede en de kwaliteit van de dienstverlening of de zorg zal verbeteren. Onze taak als ombudspersoon is dubbel. De ombudspersoon heeft enerzijds de opdracht om het conflict niet te laten escaleren, de zorgrelatie te herstellen waar dit mogelijk is en anderzijds de opdracht om suggesties en verbeteracties aan te reiken. De Wet Patiëntenrechten heeft dit duidelijk opgenomen. De bemiddelaar blijft in eerste instantie expert van de conflictcyclus en zal eerst trachten dit proces aan te pakken, pas nadien volgt de verbetercyclus en kunnen aanbevelingen geformuleerd worden. Vaak verwachten klagers en aangeklaagden dat we een uitspraak doen over de inhoud van een klacht. In deze fase zal de bemiddelaar de betrokken partijen verzoeken om de nodige informatie te verzamelen om het bemiddelingsproces alle kansen te geven en antwoorden te bieden op vragen. Als bemiddelaar zullen wij nooit oordelen over de inhoud. We zijn procesdeskundige.

In verband met de onafhankelijkheid, neutraliteit en onpartijdigheid bestaat er een onderscheid tussen het bemiddelingsproces waar we ons als bemiddelaar meerzijdig partijdig opstellen en de bewegingsvrijheid die nodig is om alle betrokken partijen aan te spreken die nodig zijn bij de afhandeling. Deze garanties zijn van belang in het uitvoeren van onze opdracht.

In Nederland bestaat sinds 2004 een klachtenrichtlijn gezondheidszorg die de organisatie van en de toegang tot de klachtenregeling heeft vastgelegd en die de omgang van de zorgverlening met de klager, de opvang, de bemiddeling, de behandeling en de bijdrage tot de kwaliteitsverbetering omvat. De patiënt weet duidelijk bij wie en waar hij terecht kan en heeft de keuze.

Besluit

Zowel door de patiënt, de arts en verpleegkundigen/paramedici wordt een ombudsman of ombudsvrouw vaak gezien als een actieve advocaat of onderzoeker. De patiëntenrechtenwet schrijft nochtans duidelijk voor dat de ombudsfunctie in het ziekenhuis nooit een standpunt mag innemen en iedere individuele klacht zo onafhankelijk mogelijk en zo neutraal mogelijk dient te behandelen.

De ombudsfuncties in de ziekenhuizen mogen zich niet laten verleiden tot het uitspreken van een oordeel bij het behandelen van patiëntenklachten, aldus Marcus. De Franstalige term in de patiëntenrechtenwet spreekt over “médiateur” en kan in Vlaanderen misschien beter vertaald worden als “bemiddelaar”?

Uit de geregistreerde cijfers mag men verwachten dat patiëntenklachten zullen blijven stijgen. Ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen/paramedici moeten positief reageren op deze trend en zich realiseren dat wanneer klachten positief benaderd

worden, ze een doeltreffend middel voor kwaliteitsverbetering inhouden. De vergelijking van de cijfers of klachtenratio's tussen de verschillende ziekenhuizen kan de trend naar kwaliteitsverbetering opvoeren. De invulling van kwaliteitsverbetering is niet meteen een hoofdtaak van de ombudsfunctie, die wel preventieve aanbevelingen kan doen. De ombudsfunctie staat zeer dicht bij de patiëntenklachten en kan vanuit deze positie goed meewerken aan het zoeken naar de knelpunten in de ziekenhuisorganisatie.

Klachten ontstaan door een veelheid van factoren: (veronderstelde) fouten, ongecorrigeerde verwachtingen van patiënten, misverstanden, niet nakomen van gemaakte afspraken, interpretatieverschillen over patiëntenrechten, tarieven, bejegening of organisatie van de patiëntenzorg.

Voor patiënten kunnen klachten er toe leiden dat hun ziekte, behandeling of verzorging nog ingrijpender en meer belastend wordt. Voor artsen, verpleegkundigen, paramedici en voor het ziekenhuis kunnen patiëntenklachten leiden tot emotionele belasting, conflicten, imagoschade en extra (claim)kosten. Het krijgen van een klacht is voor beroepsbeoefenaars soms zeer ingrijpend en kan zelfs hun verdere carrière beïnvloeden.

Voldoende reden dus om klachten van patiënten op een zorgvuldige manier af te handelen in een open klimaat. Dit kan alleen door in het ziekenhuis een klimaat te creëren, waarin de vertaling van klachten naar kwaliteit wordt beloond en het veilig is, ook voor degene die een fout maakt, om klachten met elkaar te bespreken. De zorgverlener ervaart de klacht dan meer vanuit het perspectief van kwaliteitsverbetering, wat de angst voor klachten en onvrede doet verminderen.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat een open klimaat rondom 'alles wat misgaat', onzekerheid, defensief gedrag en escalatie voorkomt. Deze openheid betreft zowel de patiënt, die zonder angst voor repercussies zijn onvrede kan uiten, als de beroepsbeoefenaar, die ook zonder dreiging van straf en sancties mogelijke fouten of complicaties kan bespreken. Een open reactie is voor patiënten bepalend voor de mate waarin zij uiteindelijk (on)tevreden zijn over de zorg en over de afhandeling van een klacht.

Doelstelling van de klachtenafhandeling moet zijn dat zowel de klagende patiënt als de aangeklaagde beroepsbeoefenaar zich met respect behandeld weet en dat een klacht wordt gezien als een stimulans om te komen tot een betere patiëntenzorg.

Niet alleen de wet op de Patiëntenrechten heeft stappen gezet om van de patiënt een meer gelijkwaardige partner te maken in de relatie met de zorgverstrekker. Lokale initiatieven binnen en buiten de ziekenhuizen maken duidelijk dat meer en meer belang wordt gehecht aan intermenselijke communicatie.

VVOVAZ wil zich verder engageren om

- de leden te ondersteunen door vorming en bijscholing, door publicaties, door het uitwerken van een eenvormige registratie en andere initiatieven die de werking van deze functies ten goede kan komen.
- een spreekbuis te zijn naar en contactpunt met de overheid
- de ombudsfuncties te steunen in hun eigenwaarde en hun onafhankelijke positie binnen het ziekenhuis

- samen met andere eventueel extramurale initiatieven begaan te zijn met de patiënt en de problematiek, verbonden met zijn behandeling, opname en zorg in een ziekenhuis.

Aandachtspunten naar de toekomst zijn:

- ondersteuning aan de Federale Commissie Rechten van de Patiënt in de uitbouw van de onafhankelijke positie van de interne ombudsdiensten door o.a. advies te geven rond en toezien op de werking van de ombudsdiensten
- een betere financiering voorzien van de ombudsdiensten, op basis van patiëntenbewegingen op jaarbasis (niet op het aantal bedden)
- suggesties geven naar de verdere uitwerking van de wet op foutloze vergoeding van de abnormale schade
- wettelijke uitbreiding van de bevoegdheid voor organisatorisch gebonden klachten en klachten uit de ambulante sector
- het verloop van ombudspersonen beperken door o.a. permanente vorming, opleiding en aan te bieden en bijkomende initiatieven, voorzien om de functie correct voor te stellen
- vertegenwoordiging van VVOVAZ in de Federale Commissie Rechten van de Patiënt
- meewerken aan het opstellen van een "Belgische Klachtrichtlijn Gezondheidszorg"

DE WET PATIËNTENRECHTEN: KNELPUNTEN EN UITDAGINGEN

Prof. Stefaan Callens en Vanessa Huybrechts

Advocaten

1. Inleiding

In het najaar van 2002 trad de wet betreffende de rechten van de patiënt in werking. Deze wet probeerde tegemoet te komen aan een aantal problemen omtrent de rechten van de patiënt.

In een eerste deel van deze bijdrage bespreken we kort knelpunten verbonden met informed consent, de al dan niet toepassing van de wet op poliklinieken of privé-klinieken, de centrale aansprakelijkheid en de eventuele plichten van de patiënt.

Daarna staan we stil bij enkele uitdagingen voor de politici. We besteden aandacht aan de noodzaak om de inhoud van de Wet Patiëntenrechten bekender te maken, aan de problematiek van vernietiging van dossiers en de ontwikkelingen inzake E-health en de toegang tot lichaamsmateriaal.

2. Knelpunten

2.1. Informed consent

Uit artikel 8 van de Wet Patiëntenrechten vloeit voort dat de patiënt in principe uitdrukkelijk moet toestemmen voor elke tussenkomst van een beroepsbeoefenaar behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden. De toestemming wordt schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt.

Omtrent de risico's die meegedeeld moeten worden door een arts wordt gesteld dat de arts alle normale en voorzienbare risico's moet meedelen die relevant zijn en bijgevolg een invloed kunnen uitoefenen op de beslissing van de patiënt. Welke risico's concreet moeten worden meegedeeld hangt af van de ernst van het risico, de aard van de ingreep en de positie van de patiënt.

De bewijslast bij informed consent ligt volgens het Belgisch Hof van Cassatie bij de patiënt. Een patiënt die aanvoert dat een geneesheer niet aan zijn informatieplicht heeft voldaan en die daardoor schade heeft geleden, moet hiervan het bewijs leveren. De rechter mag wel oordelen dat een negatief feit niet met dezelfde striktheid als het bewijs van een bevestigend feit moet worden geleverd, maar de rechter mag de eisende partij niet van het bewijs ontslaan en de tegenpartij het bewijs van het tegengestelde positief feit opleggen.

2.2. Poliklinieken

De Wet Patiëntenrechten is van toepassing op privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt. De wet is niet rechtstreeks van toepassing op poliklinieken. Dit is in zekere zin misschien te betreuren zeker nu via de wet patiëntenrechten wel is voorzien voor ziekenhuizen dat ziekenhuizen de Wet patiëntenrechten moeten naleven. Toch moet er worden verduidelijkt dat ook als de Wet niet rechtstreeks geldt voor privé-klinieken of poliklinieken, de Wet wel moet worden gerespecteerd door de beroepsbeoefenaar zelf die in voormelde klinieken werkt.

2.3. Centrale aansprakelijkheid

Met een wijziging in de Ziekenhuiswet is er voor gezorgd dat een patiënt die klacht wil indienen tegen een beroepsbeoefenaar uit een ziekenhuis, de patiënt zich kan richten tot de ombudsfunctie van het ziekenhuis. Daar komt bij dat het ziekenhuis in principe zelf aansprakelijk is voor tekortkoming vanwege beroepsbeoefenaars in verband met de wet patiëntenrechten. Er is bijgevolg één centraal punt nl. het ziekenhuis, tot wie de patiënt zich kan richten. Dit is het principe van de centrale aansprakelijkheid. In het verleden was het voor een patiënt vaak onduidelijk tot wie hij zich diende te richten indien bepaalde zorg niet op een kwaliteitsvolle wijze was verstrekt.

Het KB van 21 april 2007 verduidelijkt dat de patiënt recht heeft op algemene en geïndividualiseerde informatie over de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de er werkzame beroepsbeoefenaars. De centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis kan evenwel worden uitgesloten indien dit uitdrukkelijk en voorafgaandelijk aan de patiënt werd meegedeeld. Dergelijke aansprakelijkheidsuitsluiting zal schriftelijk moeten worden opgesteld en tegen ontvangstbewijs worden afgegeven. Het document moet worden aangeboden vóór de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

2.4. Plichten van patiënten

De Wet Patiëntenrechten bevat een vrij duidelijke opsomming van de rechten van de patiënt. Aan eventuele plichten van de patiënt is nauwelijks aandacht besteed al is het duidelijk dat die er zijn. Reeds in 2001 nog voor de Wet Patiëntenrechten tot stand was gekomen stelde Herman Nys in zijn boek 'De rechten van de patiënt – Gids voor patiënten en zorgverleners die in deze Eis-tijd voor een vertrouwensrelatie kiezen' dat de patiënt wel degelijk plichten heeft, zoals de plicht van de patiënt te aanvaarden dat de arts op een medisch-professioneel verantwoorde wijze handelt. De patiënt zou ook de professionele integriteit van de arts moeten eerbiedigen en geen misbruik mogen maken van de loyaleiteit van de arts jegens hem, ondermeer bij het opstellen van medische verklaringen. Andere plichten van de patiënt zouden volgens NYS verband houden met de plicht om eventuele onvrede over het handelen van de arts eerst bij de arts aan de orde te stellen. Er zou voor de patiënt ook een

plicht zijn om relevante informatie over de gezondheidstoestand aan de arts te verstrekken en om het ereloon van de arts te betalen.

De Wet Patiëntenrechten bevat zelf geen opsomming van plichten van de patiënt. Artikel 4 van de Wet Patiëntenrechten is wel zo opgesteld dat de wetgever toch een zekere verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf heeft willen leggen. Dit artikel bepaalt immers: '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.'

Volgens DELBEKE⁶ heeft de patiënt een informatieplicht die inhoudt dat de patiënt – spontaan dan wel op vraag van de arts – informatie aan de arts moet verstrekken. Zo oordeelde de rechter van de Rechtbank van Eerste Aanleg te Antwerpen (2004) dat van een 'normale' patiënt (die voldoende bij zijn zinnen is) mag verwacht worden dat hij voldoende informatie verstrekt over zijn toestand.

Er gaan stemmen op om de patiëntenplichten vast te leggen teneinde een betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te kunnen waarborgen. Er is een duidelijke tendens naar bewustwording van eigen verantwoordelijkheid van patiënt. Van de Belgische patiënt wordt vaak verwacht dat hij zich aan bepaalde principes houdt. In ziekenhuizen worden patiënten in toenemende mate gewezen op zowel hun rechten als hun plichten. Die plichten handelen dan over het belang voor de patiënt om alle nodige en gevraagde informatie aan de zorgverstrekker mee te delen, de noodzaak om het advies van de zorgverleners zo goed mogelijk op te volgen, het respect en begrip tonen voor de zorgverleners en de medepatiënten, het dragen van het identificatiebandje zolang de patiënt in het ziekenhuis verblijft, het niet roken in het ziekenhuis, het niet steeds aanzetten van de mobiele telefoon, het in principe niet nuttigen van alcoholische dranken in het ziekenhuis, enz.

De Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bracht de plichten en verantwoordelijkheden van patiënten onder de aandacht. In het in 2007 verschenen 'Signalement' wordt verwezen naar de noodzaak tot drie verantwoordelijkheden: patiënten moeten zich houden aan algemeen geldende omgangsvormen, zij moeten als verzekerden hun zakelijke verplichtingen nakomen en ze dienen tenslotte mee te werken aan de behandeling. Het Signalement besluit met een oproep tot meer verantwoordelijkheid voor patiënten, met al dan niet corrigerende en sanctionerende mechanismen. Zo wordt er de mogelijkheid geopend voor de zorgverlener om de behandelrelatie op te zeggen als de patiënt behandelafspraken niet nakomt. Omwille van de soms negatieve gevolgen t.a.v. de patiënt spreekt het voor zich dat dit slechts in uitzonderlijke gevallen het geval kan zijn. Bovendien moet de zorgverlener steeds opvolging en/of vervanging voorzien worden zodat de gezondheid van de patiënt niet in gevaar komt.

3. Uitdagingen

De Wet Patiëntenrechten staat ongetwijfeld voor enkele belangrijke uitdagingen. Enkele van die uitdagingen komen hieronder kort aan bod.

⁶ DELBEKE, E., 'De informatieplicht over de relevante risico's van een medische ingreep: draagwijdte, determinerende factoren en gevolgen bij miskennis' in T.Gez. 2007-2008/5, 365-366

3.1. Wet Patiëntenrechten is onvoldoende gekend

De Wet Patiëntenrechten is onvoldoende gekend, zowel bij beroepsbeoefenaars als bij patiënten. Uit een enquête van het Vlaamse Patiëntenplatform in mei 2006 bleek bvb. dat de noties vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger en de regeling omtrent inzage en afschrift van het patiëntendossier niet goed gekend zijn. Een enquête van het FVIB (Federatie voor Vrije en Intellectuele Beroepen) van 2008 bevestigde dat zowel patiënten als beroepsbeoefenaars de Wet Patiëntenrechten onvoldoende kennen. Het is aangewezen dat de overheid nogmaals een campagne voert omtrent de inhoud van de Wet Patiëntenrechten.

3.2. Vernietiging patiëntendossiers en e-health

Artikel 9 §1 van de Wet Patiëntenrechten stipuleert dat de patiënt ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbeoefenaar door de patiënt verstrekte documenten toe aan dit dossier. Een patiëntendossier bevat naast de documenten aangebracht door de patiënt soms ook de gegevens omtrent de aanduiding van de vertrouwenspersoon, eventueel een euthanasieverklaring, een eventueel verzet tot inzage door familieleden na overlijden enz. Bijgevolg is het niet evident dat een arts zomaar, zonder informatieverstrekking naar de patiënt toe, overgaat tot vernietiging van het patiëntendossier.

Daar komt nog bij dat het KB van 3 mei 1999 omtrent het medische dossier van het ziekenhuis een bewaartermijn van 30 jaar voorziet. Het is dan ook logisch dat een ziekenhuis niet zomaar zonder contactname met een patiënt overgaat tot vernietiging van patiëntendossiers. Het zou evenwel niet slecht zijn indien hetzij in de wet patiëntenrechten hetzij in de privacywetgeving duidelijke juridische principes worden vastgelegd omtrent de vernietiging van patiëntendossiers.

E-health krijgt nogal wat aandacht op Europees niveau. Naast de Privacyrichtlijn, de Richtlijn betreffende de economische handel, de Richtlijnen betreffende medische hulpmiddelen en de Richtlijnen betreffende contracten op afstand is er sinds eind 2008 een mededeling inzake telegeneeskunde opgesteld en wordt er gewerkt aan een ontwerprichtlijn omtrent patiëntenrechten en mobiliteit. In die ontwerprichtlijn krijgt ook e-health aandacht en wordt gepleit om informatie en communicatietechnologiesystemen interoperabel te maken.

Niet alleen op Europees vlak maar ook op nationaal vlak krijgt e-health aandacht. Zo is er een e-health platform opgericht.

Het Belgisch E-health platform heeft tal van voordelen maar ook zijn nadelen. Er is bvb. nood aan een betere omschrijving van het doel en de taken van het platform. Het verdient ook aanbeveling om met een minder enge omschrijving van gezondheidsgegevens te werken. Het is te betreuren dat de werkwijze voor verwerking van gegevens voor statistiek/wetenschappelijk onderzoek buiten het e-healthplatform aan andere regels is onderworpen dan wanneer via het E-health

platform wordt gewerkt. Een punt van kritiek is tevens dat patiënten niet betrokken worden in het beheer van het e-health platform.

Deze ontwikkelingen inzake e-health moeten opgevolgd worden en zullen eventueel ook een verfijning van de Wet patiëntenrechten impliceren, bvb. op het vlak van art. 9.

3.3. Toegang tot lichaamsmateriaal

In voormeld artikel 9 van de Wet Patiëntenrechten is ook bepaald dat, na het overlijden van de patiënt, 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, recht hebben op inzage voorzover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. Vraag is dan of dit verzoek ook kan slaan op het weefsel dat eventueel na het overlijden is bijgehouden. Zo stelt de Orde van Geneesheren dat paraffineblokjes objectieve elementen van patiëntendossier zijn. De vraag moet gesteld worden of familieleden op dezelfde wijze toegang hebben tot weefselmateriaal als tot papieren documenten of computergegevens. Het valt te verwachten valt voor het omgaan in bepaalde situaties met lichaamsmateriaal de Wet patiëntenrechten zal moeten worden verfijnd.

OMBUDSFUNCTIE & DEONTOLOGIE

Dr. J.L. Desbuquoit
Lid van de Nationale Raad

De bedoeling van mijn voordracht is een overzicht te geven over wat in onze deontologische regels overeenstemt of (nog) niet overeenstemt met de wetgeving omtrent de ombudsfunctie.

De opdrachten van de ombudsfunctie worden vermeld in art. 11 § 2 van de wet patiëntenrechten. Er zijn vijf opdrachten:

- Voorkomen van klachten
- Bemiddelen in geval van klacht.
- Bij falen van bemiddeling: aan de patiënt-klager andere mogelijkheden aanduiden waar hij/zij met zijn/haar klacht terecht kan.
- Informatie verstrekken over de ombudsfunctie.
- Aanbevelingen doen naar het bestuur van het ziekenhuis toe opdat de nodige lessen zouden getrokken worden uit de ervaring met de behandelde klachten.

1. Voorkomen van klachten

Dit door het bevorderen van de communicatie tussen de patiënt en de zorgverstreker(s).

Hierbij is het nuttig te noteren dat de provinciale raden van de Orde veel klachten dienen te behandelen die manifest het gevolg zijn van een gebrekkige communicatie.

Wat zegt de deontologie over die communicatie?

Art. 29 van de Code stelt dat de arts moet pogen de patiënt voor te lichten over het waarom van elke voorgenomen diagnostische of therapeutische maatregel.

Art. 33 van de Code stelt dat de arts tijdig aan de patiënt de diagnose en de prognose mededeelt, rekening houdend met diens draagkracht en met de mate van diens informatiewens. Datzelfde artikel stelt ook dat de arts, tenzij verzet van de patiënt, de naastbestaanden informeert en contact opneemt met de personen door de patiënt aangewezen.

De wet patiëntenrechten zegt weliswaar:

De arts moet alle informatie aan de patiënt verstrekken betreffende zijn gezondheidstoestand en de evolutie ervan (art. 7 § 1), tenzij zulke informatie ernstig nadelig zou zijn voor de gezondheid van de patiënt (de zogenaamde therapeutische exceptie – art. 7 § 4).

De arts moet aan de patiënt zeer uitgebreide informatie geven over elke voorgenomen tussenkomst, die maar kan uitgevoerd worden na een consent op basis van al die informatie (art. 8).

De rechten van de vertrouwenspersoon worden gemeld in art. 7 § 2, 3 en 4, art. 8 § 3 en art. 9 § 2. Die van de vertegenwoordigers in art. 9 § 4 en artikels 12, 13, 14 en 15.

Besluit:

De Code van geneeskundige plichtenleer is in dit verband niet helemaal overeenkomend met de wet en zal bijgevolg aangepast moeten worden.

N.B. De Nationale Raad is thans bezig met een globale herziening en nieuwe redactie van de Code.

2. Bemiddelen

Dit is de tweede van de vijf opdrachten van de ombudsfunctie.

De KB's van 8 juli 2003 en 19 maart 2007 die de ombudsfunctie praktisch regelen, vermelden de volgende voorwaarden om te kunnen fungeren als ombudspersoon:

Hij/zij moet minstens een diploma hoger onderwijs korte type hebben.

Hij/zij moet onafhankelijk en onpartijdig zijn.

Hij/zij is (expliciet) gebonden door het beroepsgeheim.

Onafhankelijk en onpartijdig:

Daarom is de functie wettelijk onverenigbaar met: directeur van het ziekenhuis, hoofdarts, hoofd van het verpleegkundig departement, voorzitter medische raad, alsook met enige zorgfunctie in het ziekenhuis.

Wat zegt de Code?

Daarin treft men geen regels m.b.t. de ombudsfunctie en de bemiddeling tussen patiënt en arts in geval van klacht.

Wat zegt de Nationale Raad?

Men kan refereren aan de adviezen van 21 mei 2005 en van 22 april 2006:

Een klacht moet in verband zijn met de zorgverstrekking. Dit is weliswaar een strikte interpretatie van de wet patiëntenrechten waarin de taken van de ombudsfunctie zijn opgenomen: welnu die wet handelt alleen over de rechten van de patiënt inzake de zorg verleend door "beroepsbeoefenaars".

De ombudspersoon moet neutraal zijn en dus geen partij: cf. de wettelijke onverenigbaarheden; bovendien kan de ombudspersoon niet optreden als "vertrouwenspersoon" (in de zin zoals geformuleerd in de wet patiëntenrechten), deze laatste zijn onvermijdelijk een partij.

Er moet een open gesprek zijn, ook eventuele fouten. Wel te noteren dat de meeste polissen burgerlijke aansprakelijkheid de arts verbieden een fout toe te geven.

Wat zegt de ordinale wetgeving (KB n°79)?

In art. 20 wordt geschreven dat, in geval van klacht, het Bureau van de Provinciale Raad de partijen tracht te verzoenen.

Dit is in feite een ombudsopdracht avant la lettre.

Nadeel is dat de opdracht beperkt blijft tot de tuchtrechtelijke sfeer.

3. Bij falen van bemiddeling andere mogelijkheden aanduiden:

Voorbeelden van die andere mogelijkheden:

Patiënt wendt zich tot de directie van het ziekenhuis.

Patiënt zoekt juridische bijstand (-> eventueel naar gerechtelijke weg).

Patiënt wendt zich tot de Orde.

ALGEMEEN BESLUIT:

Wat zijn de knelpunten m.b.t. tot de ombudsfunctie?

1) Rol van de hoofdarts:

Voor de wet patiëntenrechten was het meestal de hoofdarts die klachten in ontvangst nam en probeerde er een oplossing aan te geven.

Die taak is nu toegewezen aan de ombudspersoon.

De hoofdarts, lid zijnde van de directie, kan niet als neutraal en onpartijdig beschouwd worden (daarom wettelijke onvereenigbaarheid van beide functies).

Heeft de hoofdarts toch nog een rol i.v.m. de behandeling van klachten?

2) Beroepsgeheim van de ombudspersoon:

Soms kan de ombudspersoon geconfronteerd worden met erge feiten die bv. een gevaar betekenen voor de veiligheid van de patiënten.

Mag hij daaromtrent de hoofdarts inlichten?

Een noodtoestand, hetgeen uiteraard exceptioneel is, kan een reden zijn om af te zien van het beroepsgeheim.

3) De wet zegt dat de ombudspersoon alle informatie kan verzamelen (art. 7 van KB van 8 juli 2003):

Quid inzage van het medisch dossier?

Het is voorzeker een recht van de patiënt, maar heeft de ombudspersoon ook toegang tot dat dossier, zij het via de patiënt?

4) Er is geen doelmatige regeling van de ombudsfunctie buiten het ziekenhuis.

Deze knelpunten worden nader bekeken door de andere sprekers.
Ook zijn zij het voorwerp van bestudering door de Nationale Raad, en dit in overleg met de professionele organisaties van de ziekenhuizen, van de hoofdartsen en van de ombudspersonen.

PATIENTENRECHTEN EN BEROEPSGEHEIM

Prof. Paul Cosyns

Lid van de Provinciale Raad van Antwerpen

1. Inleiding

Het beroepsgeheim is sinds oudsher bij uitstek en traditionele waarde en hoeksteen van het medische beroep. Traditionele waarden zijn onveranderlijk in hun principe, in de waarden waarvan zij drager zijn, maar zij zijn geen statische gegevens en evolueren met de veranderde maatschappelijke context waarin wij ons beroep uitoefenen. Door belangrijke maatschappelijke evoluties in de gezondheidszorg komt het beroepsgeheim duidelijk onder druk te staan en ik zal de belangrijkste aspecten hiervan bespreken.

2. Van een beroepsgeheim ‘van openbare orde’ naar een beroepsgeheim in het ‘voordeel van de patiënt’?

De wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt poneert in artikel 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 wet legt duidelijk op de voorgrond het fundamentele recht op eerbiediging van de privé-levenssfeer, dus de individuele rechten van de patiënt. Het maatschappelijke belang van het beroepsgeheim (beroepsgeheim van ‘openbare orde’) wordt als uitzondering vermeld in §2 van hetzelfde artikel: ‘geen inmenging is toegestaan....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 vrijheden van anderen’. Wij merken een geleidelijke verschuiving van een traditioneel “maatschappij gericht beroepsgeheim” naar een “beroepsgeheim in het voordeel van de patiënt”. De arts-patiënt relatie is niet alleen meer horizontaal tussen gelijkwaardige partners (bijdrage van Yvan Leunckens), er is bovendien een toenemende verschuiving van de beslissingsbevoegdheid naar de patiënt toe. Wij noteren een merkwaardige waarde verschuiving, inderdaad de maatschappelijke belangen komen in deze wet ondergeschikt over aan de individuele belangen van de patiënt.

Naar de patiënt toe bestaat er geen beroepsgeheim van de arts tenzij de patiënt zijn recht om ‘niet te weten’ laat gelden of de arts de ‘therapeutische exceptie’ inroept zoals voorzien door de wet. Maar hoe zit het naar de familieleden en naastbestaanden die deel uit maken van de onmiddellijke leefwereld van de patiënt? De traditionele nucleaire familiale structuur gaat achteruit en artsen worden in toenemende mate geconfronteerd met uiteengevallen of nieuw samengestelde gezinnen. Familieleden zijn niet gebonden door een geheimhoudingsplicht en men

kan hoogstens spreken van een onderlinge familiale solidariteit en mogelijks van een 'familiale discretie plicht'.

Artsen kunnen hun beroepsgeheim niet delen met familieleden van de patiënt. Daarvoor is de toestemming nodig van de patiënt of desgevallend van zijn wettelijke vertegenwoordiger. In de praktijk wordt vaak gezondigd aan dit uitgangspunt, zeker als het om kwetsbare patiënten gaat zoals minderjarigen, ouderen, psychiatrische patiënten, gedetineerden, minderbegaafden... Het kernprincipe is dat elke patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger een controlerecht heeft op wie toegang heeft tot de gezondheidsgegevens of aan wie deze gegevens kunnen bekend gemaakt worden. Hun recht om hiervoor toestemming te geven of niet moet gerespecteerd worden.

Een ander nieuw feitelijk gegeven ligt in het toenemend multicultureel karakter van de Belgische samenleving en de grote culturele verschillen wat de invulling van het begrip 'familie' betreft. Wij imponeren, vanuit onze westerse democratische ideologische invalshoek, sterk een zeer individualistische benadering met een sterke nadruk op de individuele rechten van de mens als hoeksteen. Maar andere culturen leggen een groter accent op de microsociale gebondenheid van het individu en de groep tot welke hij behoort. In hoeverre kunnen wij dit in een multiculturele (en meertalige) maatschappij blijven negeren?

3. Van de 'colloque singulier' (tweerelatie) naar bredere zorgstructuren (meerdere partners)

De vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de individuele arts blijft ook vandaag een centrale rol spelen in de medische zorgverlening, maar ten gevolge van de toenemende professionalisering van de gezondheidszorg is deze individuele arts niet meer de enige zorgverlener. De arts maakt vaak deel uit van multidisciplinaire teams of van bredere structuren zoals zorgnetwerken en zorgcircuits die zich in toenemende mate ontwikkelen zowel in de somatische zorg als de psychiatrische zowel voor volwassene als kinderen. De samenstelling van deze structuren is uiteenlopend en soms bij wet/decreet vastgelegd.

Hoe zit het met het beroepsgeheim van de arts naar deze bredere zorgstructuren toe?

Naar de multidisciplinaire teams, zorgpaden en zorgnetwerken die in de lift zitten en door de overheid gesteund worden

Hoe omgaan met 'zorgcoördinatoren' (thuisverzorging), 'case managers' (bijzondere jeugdzorg) of met 'trajectbegeleiders'? Allerlei structuren waar mensen aanwezig zijn die zelf beroepsmatig niet altijd door het medische beroepsgeheim gebonden zijn. Denk aan de welzijnssector of de CLB als voorbeelden. Er kan dan wel sprake van een 'ambtsgeheim' of van 'discretieplicht', maar deze begrippen kunnen niet gelijkgeschakeld worden met het medische beroepsgeheim.

4. Het “gedeeld medisch beroepsgeheim” en de multidisciplinaire teams, zorgpaden en zorgnetwerken

De medische informatie uitwisseling in een team of zorgstructuur van zorgverleners staat bekend onder het begrip ‘gedeeld beroepsgeheim’ en is deontologisch correct mits het naleven van enkele voorwaarden. Wij spreken liever van een ‘voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim’ en die voorwaarden zijn:

- de zorgverleners van het team zijn allen individueel gebonden door het beroepsgeheim
- de leden van het team hebben allen een zorgverlenende taak en zijn effectief betrokken bij de behandeling van de patiënt. Opletten voor beroepsbeoefenaars die ook een controle functie uitoefenen, zoals een OCMW maatschappelijke werker of een justitieassistent. Met hen kan het beroepsgeheim niet gedeeld worden (de zorgfinaliteit ontbreekt). Anderzijds kunnen er zorgverleners ingeschakeld zijn die niet stricto sensu onder art 458 van het SW vallen. Het is de verantwoordelijkheid van de informatie verstrekker om na te gaan in welke mate de informatie ontvanger al dan niet gebonden is door het beroepsgeheim. Hij moet ook controleren of deze hulpverleners omzichtig omspringen met de vertrouwelijke patiëntengegevens.
- patiënt informatie kan slechts uitgewisseld worden tussen zorgverleners in de mate dat deze informatie noodzakelijk en relevant is voor de zorgverleningstaak van elk teamlid (proportionaliteitsbeginsel). Zonder informatie kunnen zorgverleners hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet opnemen.
- de uitgewisselde informatie moet de belangen van de individuele patiënt dienen.
- de patiënt moet geïnformeerd worden en zijn (expliciete of impliciete) toelating geven over het feit dat medische informatie wordt doorgegeven. De behandeling in een gedwongen context stelt aparte problemen die hier niet behandeld worden.

Kan men van ‘gedeeld beroepsgeheim’ spreken als het gaat over bredere zorgstructuren zoals zorgpaden en zorgnetwerken? Dezelfde voorwaarden van het ‘gedeeld beroepsgeheim’ zijn in principe geldig in deze bredere zorgcontext, maar de communicatie verloopt langs andere kanalen in netwerken en de samenstelling van de leden van een zorgnetwerk is minder overzichtelijk. Al de leden van een team behoren tot dezelfde zorgeenheid, maar de leden van een netwerk komen uit verschillende zorgeenheden. De medische gegevensuitwisseling dient m.i. nauwkeurig vastgelegd te worden in een procedure draaiboek van netwerksamenwerking en zodoende duidelijkheid scheppen naar de verantwoordelijkheid van de verschillende actoren.

5. Het ‘gezamenlijk beroepsgeheim’

Voor de volledigheid nog het volgende. In Nederland en Frankrijk bestaan er pogingen om het begrip “gezamenlijk beroepsgeheim” in te voeren om een bredere informatie uitwisseling tussen zorgverleners mogelijk te maken, namelijk een vrije

informatie uitwisseling die niet beperkt zou zijn tot het noodzakelijke. Dit begrip verschilt grondig van het 'gedeeld beroepsgeheim' omdat het 'gezamenlijke beroepsgeheim' op het zorgverleners team berust als team en niet op elk teamlid afzonderlijk. Ik ga hier niet verder op in, want naar mijn mening is dit een uitholling van het beroepsgeheim en dient het niet de belangen van de patiënt. Dit is op zich een voldoende reden om hiervan af te zien.

6. Uitzonderingen op het beroepsgeheim

Het medische beroepsgeheim is een uitgangspunt van de medische deontologie, maar is zeker niet 'absoluut'. Het bestaat niet naar de patiënt toe om evidente redenen en kent tal van wettelijke uitzonderingen die u terug vindt in art 58 van de Code.

Ik wil mij beperken tot het kort bespreken van twee bijzondere situaties: de getuigenis van de arts in rechte en de zogenaamde 'noodtoestand'. In die gevallen kan de arts medische informatie bekend maken aan derden zelfs zonder overleg of toestemming van de patiënt. De arts is van oordeel dat in een concreet geval andere waarden primeren op het beroepsgeheim. Onze ervaring in de Provinciale raad is dat collegae vaak onzorgvuldig omspringen met deze mogelijkheid en hierdoor voor de raad moeten verschijnen, bij voorbeeld voor ongeoorloofd attesteren in een gevechtscheiding door zich te mengen in familiale aangelegenheden.

Een arts die opgeroepen wordt om in rechte te getuigen heeft een spreekrecht (mag spreken zonder daarvoor gesanctioneerd te worden), maar geen spreekplicht. Hij kan laten weten dat hij bereid is om in rechte te getuigen. Dit geldt voor alle rechters, ook onderzoeksrechters of jeugdrechters maar niet voor de politie of procureur des konings (openbare macht).

In geval van noodtoestand wordt het beroepsgeheim geschonden door de arts maar indien strikte voorwaarden vervuld zijn, kunnen zij beschouwd worden als rechtvaardigingsgronden waardoor een principiële ontoelaatbaar gedrag toelaatbaar gemaakt wordt. Drie voorwaarden moeten cumulatief ('en'-'en') vervuld worden:

- een hoger belang dan dat van het beroepsgeheim dient in een concreet geval gevrijwaard te worden, namelijk de psychische, fysieke of seksuele integriteit van de betrokkene of van derden
- er moet een daadwerkelijk bewijsbaar gevaar dreigen dat tevens zeker, actueel en uiterst ernstig is (niet in het verleden, in de toekomst of een 'potentieel' gevaar)
- deze psychische, fysieke of seksuele integriteit kan de arts niet zelf of met hulp van anderen beschermen (subsidiariteitsbeginsel).

In geval van klacht zal de rechter post-factum zich uitspreken of de noodtoestand terecht ingeroepen werd door de arts. Voorzichtigheid is dus geboden en in dergelijke gevallen raad ik u aan om een ervaren collega te raadplegen of contact te nemen met uw Provinciale Raad.

Aanbevolen litteratuur

www.ordomedic.be ; Code van geneeskundige plichtenleer

D. Holsters, 'arts en geheim', Tijdschrift van de Nationale Raad, nr 122, pp 8-16, 2008.

I. Van der Straete en J. Put, 'beroepsgeheim en hulpverlening', Die Keure, 2005.

PATIENTENRECHTEN EN OMBUDSFUNCTIE

Dr. L.L. Jonckheer

Lid van de Provinciale Raad van Antwerpen

1. Begrippen

1.1. Recht op informatie

Het recht op geïnformateerde toestemming en toekomstgerichte informatie of informed consent, zijn geen nieuwe rechten. Het algemeen beginsel van het gezondheidsrecht is reeds lang gekend in de medische wereld, in de patiëntenrelatie en dit op basis van deontologische regels van artsen, jurisdictie en algemene beginselen van het contractenrecht. Het Verdrag van de Mensenrechten en de Biogeneeskundige Raad Europa heeft ook deze rechten reeds opgenomen. Recht op informatie langs de kant van de patiënt houdt dan ook gelijktijdig de verplichting van informatieverstrekking door de gezondheidsbeoefenaar in. Anderzijds worden beide rechten, zowel het recht op informatie als de geïnformeerde toestemming, meestal afzonderlijk benaderd, daar het recht op informatie volledig los staat van de toestemming op een eventuele latere behandeling. Hierdoor is de arts verplicht alle informatie mee te delen die verband houdt met de gezondheidstoestand maar wanneer deze informatie schadelijk kan zijn mag daarvan worden afgezien (informed refusal of geïnformeerde weigering (zie verder)).

1.2. Soort informatie

De mondelinge informatie, informed consent, is noodzakelijk bij de behandeling. Wanneer het om een experiment gaat is er een schriftelijke verklaring nodig. Wanneer patiënt niet in staat is om een informed consent te geven, kan door een naaste toestemming verleend worden (proxy consent). Wanneer het niet mogelijk is tijdelijk een informed consent te verlenen, zal men later wel spreken van een deferred consent. Het soort van informatie zijn die gegevens die nodig zijn om inzicht te krijgen over de gezondheidstoestand en vermoedelijke evolutie hiervan. Het betreft diagnose, medicatie, gezondheidsvoorlichting, prognose. De code van de medische plichtenleer van 1975, art. 33, bepaalde dat een erge prognose eventueel terecht verborgen mag gehouden worden, en de prognose slechts uitzonderlijk met veel omzichtigheid mag worden meegedeeld. Nabestaanden worden echter ten gepaste tijden op de hoogte gebracht wanneer patiënt zich van tevoren heeft verzet tegen de bekendmaking van de aandoening en de prognose. Hij kan ook personen aangeduid hebben aan wie de mededeling moet gedaan worden. Omwille van art. 33 dient de arts tijdig aan de patiënt tijdig de diagnose en prognose mee te delen, zelfs voor erge en zelfs voor noodlottige prognoses. De arts zal rekening houden met de draagkracht van patiënt en de mate waarin hij wenst geïnformeerd te worden.

1.3. Patiënt/vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon als ontvanger van de gezondheidsinformatie

De eerste persoon die recht heeft op informatie is (toch) uiteraard de patiënt, wanneer het gaat over zijn gezondheidstoestand en de tussenkomst van beroepsbeoefenaars.

Vanzelfsprekend houdt dit verband met de bewustzijnsgraad, de mogelijkheid tot verwerking van informatie, waarbij het recht dan toekomt aan de vertegenwoordiger. Niettegenstaande de patiënt volledig compost mentes is, kan hij wel vragen informatie aan een andere persoon mee te delen.

Dit wordt de vertrouwenspatroon genoemd in de patiëntenrechtenwetgeving.

Hierbij dient er wel over gewaakt te worden dat in het patiëntdossier deze informatie genoteerd wordt, met akkoord van patiënt, de naam van de vertrouwenspersoon in aanwezigheid van deze persoon met vermelding van de juiste identiteit.

Ook moet patiënt een schriftelijk verzoek indienen indien hij wil dat de vertrouwenspersoon wordt ingeschakeld in het recht op inzage in een afschrift van het patiëntendossier.

Hiervoor bestaan modeldocumenten die kunnen worden opgevraagd bij de Federale Overheid Volksgezondheid (www.health.fgov.be).

1.4. Wijze van informatieverstrekking

Hiervoor dient patiënt op een individueel aangepaste manier geïnformeerd te worden, rekening houdend met de opleidingsgraad, mentale toestand. De informatie zal meestal mondeling verstrekt worden maar kan ook schriftelijk verstrekt worden op vraag van patiënt of op initiatief van de beroepsbeoefenaar. Dit geeft de mogelijkheid, vooral van de zijde van de patiënt, bij emotionele stress, de verwerking van de nieuwe informatie geleidelijk aan tot zich te laten doordringen.

1.5. Therapeutische exceptie

De patiënt kiest uitdrukkelijk voor het niet weten over zijn gezondheidstoestand. De arts kan in uitzonderlijke, bepaalde gevallen, bepaalde gezondheidsinformatie niet aan de patiënt meedelen, zonder dat hij hierbij in de fout gaat. Het geldt echter in uitzonderlijke situaties, waarbij de gezondheidstoestand van patiënt ernstig zou worden geschaad door de mededeling. De term “therapeutisch” wordt gebruikt in de zin dat het niet meedelen van de gezondheidstoestand van de patiënt meer ten goede komt dan mededeling. Deze afweging is echter zeer delicaat. De Nationale Raad meent dat men slechts uitzonderlijk beroep mag doen op de therapeutische exceptie, meestal enkel in die gevallen waarbij aandoeningen waarvoor geen causale therapie mogelijk is.

2. Informed consent (geïnformeerde toestemming)

2.1. Basis

De beroepsbeoefenaar is verplicht voor al zijn tussenkomsten of interventies, toestemming van patiënt of diens vertegenwoordiger te vragen en hem de nodige

informatie te verstrekken zodat hij met kennis van zaken in staat is zijn beslissing te nemen.

Bij tussenkomst wordt bedoeld, zowel het actief handelen van de beroepsbeoefenaar, bij middel van onderzoeken, behandelingen, operaties, als het niet actief handelen van de beoefenaar. M.a.w. wanneer een bepaalde behandeling niet meer wordt opgestart of gecontinueerd dient hiervoor de geïnformeerde toestemming van patiënt te bestaan.

Wanneer patiënt deelneemt aan een studie is de toestemming schriftelijk vereist en indien dit niet mogelijk, dient de mondelinge toestemming gegeven te worden in aanwezigheid van tenminste 1 meerderjarige getuige die onafhankelijk is ten overstaan van de opdrachtgever en de onderzoeker. De inhoud van deze informed consent in deze situatie is de aard, de draagwijdte, de doelstelling, de gevolgen, de te verwachten voordelen en de risico's van het experiment, de omstandigheden waarin het plaatsvindt, identificatie en advies van de bevoegde ethische commissie. De deelnemer of vertegenwoordiger mogen zich op gelijk welk ogenblik terugtrekken uit het experiment, zonder dat de deelnemer hieraan enig nadeel ondervindt. Deze informed consent in deze situatie, brengt ook inzagerecht (wet op de privacy, verzekering en aanduiden van aanspreekpersoon) met zich mee. Wat bijvoorbeeld bij onderzoeken belangrijk is, is ook de aard van het spoedeisend karakter, voorbereidingen, eventueel tegenaanwijzingen, risico's, zowel nadelige gevolgen en relevante nevenwerkingen, te differentiëren van bijwerkingen met al dan niet blijvend karakter. Informatie over talen, tussenkomst van de beroepsbeoefenaar met inbegrip van honoraria, remgeld, supplementen, worden meegedeeld aan patiënt.

2.2. Inhoud van de te verstrekken informatie

Het gaat niet om de informatie strictu sensu in verband met de gezondheidstoestand van patiënt maar de informatie die bestemd is om met volledige kennis van zaken van een bepaalde behandeling een tussenkomst te begrijpen en daartoe de toestemming te verlenen. Informatieplicht is m.a.w. een toestemmingsgerichte informatie. Duidelijkheid dient gegeven te worden door de behandelende arts over de aard van de tussenkomst en ook waar patiënten direct mee begaan zijn, is het invasieve of veilige karakter van een bepaald onderzoek.

Sommige patiënten worden bij het horen van het aanvragen van een bepaald onderzoek reeds bleek omdat ze via de media of vrienden of andere patiënten verkeerde informatie hebben gekregen over de perceptie van bepaalde onderzoeken.

Ik denk aan een MRI-onderzoek waar patiënten zich voorbereiden op een onderzoek dat gebeurt in een soort dwangbuis. Of een neurofysiologisch onderzoek zoals EMG, waar patiënt het slachtoffer wordt van een pseudo-accupunctuurbehandeling. Deze informatie dient dan ook gerelativeerd te worden en met voldoende informatie, eventueel door middel van beeldmateriaal, een mogelijk verantwoorde angst bij patiënt weg te nemen. Risico's als leeftijd, voorgeschiedenis en ervaringen van andere onderzoeken en ingrepen is vanzelfsprekend niet te verwaarlozen. Mogelijke kortdurende of zelfs langdurende gevolgen van ingrepen en onderzoeken dienen gedifferentieerd te worden van de risico's zelf, vanzelfsprekend dienen frequente bijwerkingen eerder beklemtoond te worden dan de zeldzame bijwerkingen beschreven in bijvoorbeeld het gebruik van medicatie, die medicolegaal steeds meer een vorm van patiënt verontrustende porties aannemen (ik denk aan de informatie,

bekomen op internet, bijsluiters, vaak opgesteld om medicolegale afspraken af te sluiten).

Vanzelfsprekend dienen ook alternatieven voorgesteld te worden, mogelijkheid tot een second opinion in verband met onderzoeken en/of behandelingen.

Een niet onbelangrijk aspect is de kost die meegebracht wordt onder vorm van honoraria, hospitalisatiemateriaal, REM-gelden en supplementen, door de patiënt te betalen.

Meestal heeft de patiënt geen boodschap aan het feit wat een medische interventie aan de gemeenschap kost. Deze informatie is echter niet onbelangrijk, zeker wanneer het gaat om dubieuze indicaties, vaak door patiënt gevraagd.

2.3. Informed refusal of geïnformeerde weigering

Weigering van een ingreep, behandeling of voorafgaandelijk onderzoek, dient gerespecteerd te worden bij meerderjarige patiënten, ook al is deze weigering volledig ongerechtvaardigd. Een weigering dient schriftelijk vastgelegd te worden maar ook de intrekking van de toestemming dient schriftelijk vastgelegd te worden en toegevoegd te worden aan het patiëntendossier. Patiënt dient ook op de hoogte gebracht te worden van de gevolgen van zijn weigering.

Patiënt kiest voor de risico's verbonden aan de weigering van een behandeling en dit is volledig zijn recht.

2.4. Voorafgaande wilsverklaringen

Door de patiëntenrechten heeft patiënt de mogelijkheid om een aantal wensen wettelijk kenbaar te maken in verband met een actuele, maar ook toekomstige, medische ziekte-toestand. Dit noemt men een schriftelijke wilsverklaring. In de wet staat duidelijk beschreven hoe deze schriftelijke wilsverklaring dient opgesteld te worden. Patiënt kan welomschreven tussenkomsten weigeren, bijvoorbeeld dat er niets meer gewenst wordt wanneer men in een bepaalde ziekte-toestand belandt (irreversibel coma, vegetatieve toestand). Ook kan men een positieve wilsverklaring onderschrijven, waarbij aan de beroepsbeoefenaar met aandrang wordt gevraagd bepaalde zaken niet te doen, bijvoorbeeld euthanasie. Euthanasieverklaring is een duidelijk voorbeeld van een positieve wilsverklaring. Al het vorige wordt als een negatieve wilsverklaring beschouwd, de vraag naar iets niet te doen. Het verschil tussen een positieve wilsverklaring en een negatieve wilsverklaring is dat een positieve wilsverklaring in regel niet bindend is, een negatieve wilsverklaring daarentegen krijgt wel een wettelijk bindend karakter. Een gebrek in de patiëntenrechtwetgeving is de geldigheidsduur van deze wilsverklaringen.

Deze is zeker voor euthanasie beperkt in tijd. Tijdens het verloop van een ziekteproces kan veel veranderd zijn, in vergelijking tot de situatie bij de opstelling en de eventuele toepassing van deze wilsverklaring.

Best lijkt deze dan ook opgesteld te worden door een vertrouwenspersoon, maar nog beter door een beroepsbeoefenaar en bij voorkeur door een vertrouwde beroepsbeoefenaar zoals de huisarts.

Patiënt heeft het recht deze verklaring toe te voegen aan het patiëntendossier.

Het is de patiënt dan ook toegestaan om al wat in de verklaring werd opgesteld in volledige handelings- en wilsbekwaamheid, nadien te herroepen.

2.5. Wie geeft de geïnformateerde toestemming of weigering

In de eerste plaats is het de patiënt zelf die toestemming geeft wat betreft tussenkomst van beroepsbeoefenaars waar patiënt ook bepaalde tussenkomsten weigert. Voorwaarde is wel dat patiënt wilsbekwaam moet zijn.

Eventueel kan een vertegenwoordiger in de plaats van patiënt beslissen om bepaalde onderzoeken of tussenkomsten te weigeren.

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen vertegenwoordiger van patiënt en vertrouwenspersoon.

Een vertegenwoordiger kan instemmen met bepaalde onderzoeken maar heeft ook eveneens het recht om bepaalde tussenkomsten te weigeren.

Dit kan niet gebeuren door een vertrouwenspersoon, deze kan alleen een handelings- en wilsbekwame patiënt bijstaan bij het recht op informatie.

Een vertrouwenspersoon kan alleen optreden in het uitoefenen van het recht op informatie bij een wilsbekwame patiënt.

De vertrouwenspersoon neemt niet de plaats in van de patiënt.

2.6. Wijze van geïnformateerde toestemming geven

In de meeste gevallen wordt volgens de wet een mondelinge toestemming verstrekt.

Dit kan ook schriftelijk gebeuren, waarbij zowel patiënt als de beroepsbeoefenaar het recht heeft toestemming of weigering schriftelijk te formaliseren.

Bij bepaalde delicate ingrepen, van enige omvang, met een belangrijk risico gebeurt dit regelmatig.

Wanneer trombolysie, bij een niet bloedig CVA, voorgesteld wordt, dient én patiënt én omgeving, ingelicht te zijn over de risico's van trombolysie, oa. een bloeding met mogelijke of vrijwel zekere verslechtering van de toestand en eventueel fatale afloop. De patiëntenwet voorziet ook naast de mondelinge en/of schriftelijke uitdrukkelijke toestemming een stilzwijgende impliciete of niet verbale toestemming.

Wanneer patiënt zijn bovenkleding uittrekt in verband met ECG, of zijn sokken uitdoet bij neurologisch onderzoek voor onderzoek van voetzoolreflex, is dit reeds een ongeschreven en niet verbale toestemming om dit onderzoek te laten verrichten.

2.7. Op wie rust de informatieverplichting

In de eerste plaats berust de informatieverplichting op de beroepsbeoefenaar. Daarbij dient de patiënt tijdelijk, duidelijk in ondubbelzinnige bewoording meegedeeld te worden wat de inhoud van onderzoeken, ingrepen, prognose en dergelijke betreft. Vrij belangrijke therapeutische ingrepen, bijv. plaatsen van intraveneuze infusen, kunnen door verpleegkundigen meegedeeld worden. Ook kunnen verpleegkundigen voorbereiding van onderzoeken, nare neveneffecten meedelen.

Zoals reeds gekend is het niet onbelangrijk om na te gaan wat patiënt begrepen heeft, onthoudt van de mededeling betreffende zijn gezondheidstoestand. Hierrond werden reeds studies gepubliceerd met cijfers dat ook in vaak niet al te ernstige omstandigheden duidelijk blijkt, o.a. bij poliklinisch bezoek en onderzoek, vaak ontgoochelend is, zowel naar inhoud als volume, wat patiënten begrepen hebben en nog erger onthouden van de meegedeelde informatie door de behandelaar.

2.8. Uitzonderingen

Bepaalde situaties, waarbij directe verpleegkundige, medische of paramedisch geschoolde beoefenaars betrokken worden, zoals op de spoedgevallenafdeling, na een verkeersongeval, brengen met zich mee dat een geschikte en snelle behandeling zich opdringt.

Hierbij wordt in de eerste plaats het belang van de gezondheidstoestand van de patiënt voor ogen gehouden, zeker als er geen duidelijkheid bestaat over een al dan niet reeds vooraf bestaande wilsuitdrukking van patiënt of zijn vertegenwoordiger.

Dit dient echter wel vermeld te worden in het patiëntendossier, waarbij patiënt zo snel mogelijk wordt geïnformeerd over tussenkomst en met respect van de informed consent.

Meestal gelden deze toestanden dan over de graad van bewustzijn die kan fluctueren in de loop van de behandeling.

Conclusie

Een geldig informed consent berust op een:

- relevante informatie meegedeeld, rekening houdend met het begripsvermogen van patiënt,
- het begrijpen van deze informatie, vrijwillige akkoordverklaring, zonder beïnvloeding om mee te werken aan onderzoek, met respect voor de manieren van patiënt.

De informed consent is steeds mondeling, soms ook schriftelijk of beiden.

Experimenten vereisen steeds de schriftelijke toestemming van betrokkenen, patiënt, arts, onderzoekers.

PATIENTENRECHTEN EN INZAGERECHT

Dr. Ch. De Pooter

Lid van de provinciale Raad van Antwerpen

1. Medisch Dossier

Een medisch dossier is een materiële vorm van het geheel van gegevens met betrekking tot de gezondheidstoestand van een patiënt, verzameld door een arts in het kader van zijn relatie met de patiënt. Het medisch geheim wordt niet langer bewaard in het geheugen van de arts.

KB 3/5/1999: Algemeen Globaal Medisch Dossier is een functionele en selecte verzameling van relevante medische, sociale en administratieve gegevens van een patiënt

Wet betreffende de rechten van de patiënt 22/8/2002: Patiëntendossier. Het gaat om het dossier van de patiënt dat door de arts zorgvuldig moet bijgehouden en bewaard worden. Voor deze wet was het medisch dossier van de arts. Het was een werkinstrument van de arts en liet de continuïteit van zorg toe. Een evolutie naar een elektronisch dossier stelt zich in. De mogelijkheden zijn meer uitgebreid. Het dossier staat rechtstreeks ten dienste voor een kwalitatieve zorgverlening aan de patiënt. De arts moet gedeeltelijk de controle over de gegevens die hij over de patiënt heeft verzameld prijsgeven. Niet een persoon maar talrijke, al dan niet beroepsbeoefenaars, krijgen toegang tot deze gegevens. De toegang tot kan geregeld worden tot een of meerdere specifieke delen. Zo komt het de veiligheid ten goede. De arts is niet de eigenaar van het medisch dossier. De arts is de bewaarnemer van het door hem samengestelde dossier en verantwoordelijk voor de inhoud ervan. In ziekenhuizen wordt die rol van bewaarnemer voorbehouden aan de hoofdgeneesheer.

Deze wet betreffende de rechten van de patiënt 22/8/2002 voorziet rechtstreeks inzagerecht in en recht op afschrift van het medisch dossier van een patiënt. Ook het indirect inzagerecht door een beroepsbeoefenaar na het overlijden van de patiënt wordt voorzien. Artsen moeten er zich van bewust zijn dat bij het samenstellen van het dossier en bij het noteren van hun bevindingen de patiënt vanaf nu kennis kan nemen.

2. Recht op inzage

De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffende patiëntendossier (art 9§2) Dit recht is niet in de eerste plaats om de informatiebehoefte van de patiënt te bevredigen. Hieraan wordt tegemoet gekomen door het recht op informatie over de gezondheidstoestand (art.7) en op informatie voorafgaand of weigering (art.8). Het initiatief ligt bij de beroepsbeoefenaar wanneer daaraan behoefte is. Het inzagerecht is geen surrogaat voor een falende informatieverstrekking, zo niet is er wat misgelopen in de communicatie.

De bestaansreden van het inzagerecht is in de eerste plaats de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Het inzagerecht in het patiëntendossier is een verbijzondering van het recht om kennis te krijgen van persoonsgegevens, dat in art. 10 Wet Verwerking Persoonsgegevens wordt geregeld. Dat recht stelt hem in staat om controle uit te oefenen ten aanzien van gegevens die over hem in een dossier zijn opgenomen en aldus zijn persoonlijke levenssfeer te beschermen (M.v.T.,Parl.St.Kamer 2001-02, 1642/001,30-31).

3. Modaliteiten van deze inzage.

3.1.Direct inzagerecht: Inzagerecht door de patiënt zelf

Aan het verzoek tot inzage in het hem betreffende patiëntendossier wordt ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven (art.9§2, tweede lid). De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten (art.9§2, derde lid).

Zowel de persoonlijke notities als de gegevens die betrekking hebben op derden maken integraal deel uit van het patiëntendossier. Ze zijn echter van inzage door de patiënt uitgesloten.

Persoonlijke notities zijn aantekeningen die door de beroepsbeoefenaar afzonderlijk wordt opgeborgen en die voor anderen, zelfs voor medebetrokkenen van de zorgverlenende equipe, nooit toegankelijk zijn. Ze zijn uitsluitend voor persoonlijk "gebruik van de zorgverlener".

Volgens de Nationale Raad gaat het om gegevens die van geen belang zijn voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg (Advies Patiëntenrechtenwet, 26/7/2003, T.O.G. 2003, nr101,6). Vanaf het moment dat de beroepsbeoefenaar deze aantekeningen spontaan voorlegt aan een collega, verliezen zij hun karakter van persoonlijke notities en kunnen zij dus niet worden uitgesloten van het inzagerecht (M.v.T.,Parl.St.Kamer 2001-02,1642/001,33).

Gegevens die betrekking hebben op derden zijn gegevens die geen betrekking hebben op de patiënt als dusdanig. Gegevens over de patiënt die werden meegedeeld door een derde hebben een gemengd karakter. Bij het verlenen van inzage door de patiënt mag de arts zijn informatiebron niet meedelen aangezien dit een gegeven is in het dossier dat betrekking heeft op derden. De gegevens als dusdanig vallen wel onder het inzagerecht omdat anders "een beleid van behandeling ondoorzichtig en moeilijk te begrijpen wordt" (Nationale Raad, "Advies Patiëntenrechten", 26/7/2003, t.a.p.).

De patiënt heeft het recht om rechtstreeks zijn dossier in te zien. De wetgever voelt zich hier gesterkt door het advies van de Nationale Raad over de conceptnota patiëntenrechten: "het recht op directe inzage van het medisch dossier van de patiënt zelf ligt in het verlengde van de informatieplicht en de voorgestane open communicatie" (H. Nys, I. Vinck, a.w.,114).

3.2. Indirect inzagerecht: Inzagerecht door vertrouwenspersoon/ beroepsbeoefenaar

3.2.1. 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 persoonlijke notities (art.9§2, vierde lid).

3.2.2. Inzagerecht in de persoonlijke notities

Indien de vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, heeft deze ook inzage in de persoonlijke notities (art.9§2, vierde lid).

De laatste toevoeging valt niet goed te begrijpen. Er is ook geen eensgezindheid omtrent de lezing van deze bepalingen. Deze bepaling komt tegemoet aan de bekommernis van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer die van oordeel was dat het in alle gevallen mogelijk moet zijn dat een door betrokkene gekozen derde, al dan niet beroepsbeoefenaar, kennis krijgt van alle gegevens. (H. Nys, I. Vinck, a.w.,117). Maar wat persoonlijk is moet ook door een andere beroepsbeoefenaar niet kunnen worden ingezien (in diezelfde zin I. Van Der Straete, J. Put, E. Leenaerts, "Het beschikkingsrecht over het beroepsgeheim",T.P.R. 2003, 1129, noot117). Bovendien lijkt de wetgever er hiervan uit te gaan dat persoonlijke notities ook gedurende tenminste 30 jaar moeten worden bewaard, terwijl het juist de bedoeling is dat ze kunnen worden vernietigd zodra het onderzoek of de behandeling is afgerond. De persoonlijke notities hebben nl. geen waarde voor de continuïteit van zorgen en dienen voor persoonlijk gebruik.

3.2.3. Beroepsbeoefenaar en inzagerecht

Het inzien van medische persoonsgegevens behoort niet tot de uitoefening van de geneeskunde zodat de beroepsbeoefenaar geen arts moet zijn. De Nationale Raad heeft een andere visie omdat het ' niet aanvaardbaar is dat niet-artsen op grond van de stukken van een medisch dossier een second opinion betreffende de gezondheidstoestand, de ziekte, de diagnose of de behandeling van een patiënt aan hun opdrachtgever verstrekken' ("Advies Patiëntenrechtenwet" 26/7/2003, t.a.p). Het is echter niet de taak van de tussenkommende beroepsbeoefenaar om een second opinion te verstrekken aan de patiënt maar wel van hem op de hoogte te brengen van de inhoud van zijn patiëntendossier.

Wat is de definitie van een beroepsbeoefenaar?

Volgens artikel 2 §3 van de Wet Patiëntenrechten is een beroepsbeoefenaar "elke persoon die een beroep uitoefent dat omschreven wordt in het zogenaamde KB 78 10/11/1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet 29/4/1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesithérapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen" dus m.a.w. ook een paramedicus, zoals bv. een logopedist of een ergotherapeut...

Hoe wordt dit inzagerecht dan gezien?

Eventueel biedt artikel 4 een uitweg. Hierin wordt gesteld dat "elke beroepsbeoefenaar de wet moet naleven binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden."

Hier kunnen we misschien stellen dat het kennismaken van een volledige diagnose en therapie niet tot de bevoegdheden van deze beroepsgroepen behoort en dat het dus zelfs enigszins gevaarlijk kan zijn om deze notities te laten "vertalen" door deze bv. paramedici aan de patiënt.

3.2.4. Inzage wanneer aan de patiënt bepaalde informatie onthouden wordt

De beroepsbeoefenaar mag bepaalde informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voor zover het meedelen ervan klaarblijkelijk een ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen en mits de beroepsbeoefenaar hierover een ander beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd. In dergelijk geval voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier en licht hij de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon in (art. 7 §4).

Indien het patiëntendossier een schriftelijke motivering bevat zoals bedoeld in art7 §4, tweede lid (bedoeld is de schriftelijke motivering waarom, met een beroep op de therapeutische exceptie, informatie aangaande de gezondheidstoestand van de patiënt niet werd meegedeeld) die nog steeds van toepassing is, oefent de patiënt zijn inzagerecht uit via een door hem aangewezen beroepsbeoefenaar die ook inzage heeft in de persoonlijke notities (art.9 §2, vierde lid).

Men dient te beseffen dat de patiënt die te horen krijgt dat de inzage onrechtstreeks dient te verlopen, daardoor alleen reeds zal worden gealarmeerd (H. Nys, L. Vinck). Wie inzage vraagt heeft zich anderzijds kunnen voorbereiden op mogelijk verontrustende informatie (Y. Leleu, t.a.p., 656).

3.2.5. Ombudsfunctie en inzagerecht

In het KB van 19-03-2007 wordt gesleuteld aan de voorwaarden van de ombudspersonen.

In hoofdzaak worden hier volgende zaken benadrukt:

- de ombudspersoon moet neutraal en onafhankelijk zijn
- hij moet genoeg werkingsmiddelen krijgen
- hij mag enkel bemiddelen en geen standpunt innemen
- (in casu belangrijk) de ombudspersoon kan alle informatie inzamelen die hij nuttig acht in het kader van de bemiddeling.

Concreet betekent dit dat de ombudspersoon vanaf dit KB zelf actief op zoek kan gaan naar volgens hem relevante informatie, terwijl hij voordien gewoon moest afwachten wat de patiënt en de arts hem zou bezorgen.

De arts moet de ombudspersoon dus die informatie bezorgen die hij noodzakelijk acht om zijn rol te kunnen uitoefenen.

Welke informatie daar al dan niet in kadert blijft echter vrij onduidelijk en is een feitenkwestie...

De arts kan aan de ombudsman vragen om toe te lichten waarom hij een bepaald stuk nodig heeft en het hem laten uitleggen.

De arts kan dat vragen maar kan er ook geen automatisme van maken om voortdurend de zaak te blokkeren en moet ook meewerken.

Dit KB geeft nog altijd geen rechtstreeks inzagerecht aan de ombudsman.

De ombudsfunctie dient anderzijds over voldoende en relevante informatie te beschikken.

Hoe verloopt de inzage van het dossier door de ombudsfunctie?

Herhaaldelijk werd de vraag gesteld of de ombudspersoon inzagerecht heeft van het patiëntendossier.

De Patiëntenrechtenwet voorziet dit niet maar evenmin is voorzien dat de ombudspersoon niet als vertrouwenspersoon door de patiënt kan aangewezen worden.

Via deze weg zou de ombudspersoon van het ziekenhuis samen met de patiënt of via de patiënt, voor zover deze althans op dat ogenblik bekwaam is zijn rechten zelfstandig uit te oefenen, inzage van het patiëntendossier kunnen vragen.

Om een heersend misverstand te corrigeren herinnert de Nationale Raad eraan dat iedereen door de patiënt als vertrouwenspersoon kan aangewezen worden en als zodanig inzagerecht in het patiëntendossier kan bekomen onder de in artikel 9, §2, bepaalde voorwaarden.

Het staat dan ook vast dat aan een als vertrouwenspersoon aangewezen ombudspersoon geen inzage van het patiëntendossier kan geweigerd worden omdat hij geen arts is.

Wel heeft de Nationale Raad in zijn advies van 26 juli 2003 betreffende de Patiëntenrechtenwet gesteld dat het door de wet uitsluitend aan beroepsbeoefenaars toegekende inzagerecht van het medisch dossier enkel door artsen kan uitgeoefend worden.

Dit betreft

- inzage van de persoonlijke notities (artikel 9, §2, vierde alinea),
- inzage wanneer aan de patiënt bepaalde informatie onthouden wordt (artikel 9, §2, vijfde alinea en artikel 7, §4, tweede alinea),
- inzage van het dossier na overlijden (artikel 9, §4) en inzage op vraag van de vertegenwoordiger van de patiënt (artikel 15, §1).

Volgens het advies van de Nationale Raad kan in deze opgesomde gevallen geen inzage worden verleend aan de ombudspersoon ook al is hij beroepsbeoefenaar maar geen arts.

Theoretisch kan gesteld worden dat de ombudspersoon, aangewezen als vertrouwenspersoon door de patiënt, inzagerecht en recht op afschrift van het patiëntendossier heeft.

In de praktijk zou het echter van de ombudspersoon onwijs zijn om via de patiënt inzage en afschrift van het patiëntendossier te vragen indien de arts de ter zake doende stukken van het dossier niet spontaan wenst voor te leggen. Hierbij mag niet vergeten worden dat de patiënt het recht heeft zelf een afschrift van zijn dossier te vragen .

Daarnaast stelt zich de vraag of het aanvaarden van de functie van vertrouwenspersoon van de patiënt compatibel is met de wettelijk vereiste neutraliteit en onpartijdigheid van de ombudspersoon. Overigens loopt de ombudspersoon het risico veel krediet te verliezen bij alle beroepsbeoefenaars van het ziekenhuis waardoor zijn rol als bemiddelaar ernstig wordt gehypothekeerd.

3.2.6. Inzage na overlijden: In afwezigheid van een uitdrukkelijk verzet van de overledene

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 voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. Tevens is er inzage in de persoonlijke notities van de behandelende arts.(art.9 §4).

De inzage is beperkt tot die elementen die relevant zijn m.b.t. hun specifiek en gemotiveerd onderzoek.

4. Besluit.

Wet op de patiëntenrechten: Art 9 § 2: geeft inzagerecht

- Aan de patiënt zelf van zijn medisch dossier, behalve in de persoonlijke nota's van de arts.
- Aan een door de patiënt aangewezen beroepsbeoefenaar: inzagerecht van zijn medisch dossier en de persoonlijke nota's van de arts
- Aan een vertrouwenspersoon, aangewezen door de patiënt: inzagerecht van het medische dossier, behalve van de persoonlijke nota's van de arts en de informatie met betrekking tot derden.

RELATIE OMBUDSFUNCTIE EN ARTSEN

Dr. I. Leunckens

Lid van de Provinciale Raad van Antwerpen

Niet alleen in de maatschappij, ook in de medische wereld is heel wat veranderd tijdens de laatste decennia. En dan heb ik het vandaag niet over de evolutie van de medische wetenschap, maar wel over de relatie tussen artsen en patiënten. De verticale relatie tussen de paternalistische arts, die alles het beste wist en als een god besliste voor zijn patiënt, is gelukkig voorbij en geëvolueerd naar een horizontale relatie waar arts en patiënt, idealiter als een team, samen zoeken naar de beste oplossing voor de gezondheidsproblemen van de patiënt.

De wet patiëntenrechten van 22 augustus 2002 is duidelijk een uitvloeisel van deze veranderde maatschappelijke visie op de arts-patiënt relatie.

Voor het bestaan van deze wet was de kans groter dat patiënten, bij problemen, in de kou bleven staan met ernstige gevoelens van onvoldaanheid, soms van kwaadheid en zelfs van wrok. Behalve in sommige ziekenhuizen, die toen reeds ombuds-initiatieven namen, konden patiënten zeker met een aantal minder ernstige problemen, die – eerlijk gezegd - vaak op communicatiestoornissen berusten, nergens terecht. Bij ernstige fouten was (en is) uiteraard een klacht neerleggen bij allerlei instanties zoals Rechtbank, Orde, e.a. altijd mogelijk. Of, na dergelijke klachten, de graad van voldoening groot is, durf ik te betwijfelen. Via de rechtbank kan – door middel van een vaak trage, logge en kostelijke procedure - eventueel een schadevergoeding bekomen worden. Na klacht bij de Orde is het – in het huidige wettelijk kader - nog altijd niet mogelijk te vernemen wat het resultaat van de tuchtrechtelijke procedure geweest is. Alleen als de Raad, via zijn bureau, een bemiddelingspoging opstart of als patiënten uitgenodigd worden door de onderzoekscommissie, vernemen de klagers iets.

Over de graad van voldoening van artsen, bij dergelijke klachten en de afhandeling ervan, zal ik maar wijselijk zwijgen.

Artsen hebben er m.i. alle voordeel bij dat de wetgever binnen de wet patiëntenrechten de ombudsfunctie geformaliseerd heeft. Zoals vandaag reeds aangehaald is de voornaamste taak van deze functie op een voet van gelijkheid te bemiddelen tussen artsen en patiënten.

Dit betekent dat patiënten alvorens ergens klacht neer te leggen met hun terechte of niet-terechte gevoelens van ontevredenheid naar een instantie kunnen stappen, die als enige opdracht heeft te bemiddelen. Als de bemiddeling lukt en patiënten hiermede een gevoel van voldoening krijgen zullen ze het er hoogstwaarschijnlijk bij laten. Voor ons artsen betekent dit, vaak door het oplossen van een communicatiestoornis, een filter en verkleint wellicht de kans op nog veel minder aangename schadeclaims en procedures.

In mijn ogen is het duidelijk dat artsen - meestal - voordeel hebben mee te werken aan het goed functioneren van deze ombudsfunctie en aan zijn bemiddelende opdracht. Wettelijk en deontologisch bestaat de plicht zijn medewerking eraan te verlenen. Het advies van de Nationale Raad van 21 mei 2005 analyseert deze problematiek in ziekenhuissituatie en komt tot zeer duidelijke besluiten. Ik citeer:

“ Een cruciale vraag is of de ziekenhuisarts verplicht is in te gaan op een poging tot bemiddeling van de ombudspersoon. De Nationale Raad is van mening dat een ziekenhuisarts gevolg dient te geven aan een uitnodiging voor een gesprek met de ombudspersoon betreffende een tegen hem ingediende klacht. Het is in ieders belang dat ernaar gestreefd wordt klachten van patiënten zoveel als mogelijk door bemiddeling op te lossen.” Dan verwijst het advies naar de wet patiëntenrechten en de wet op de ziekenhuizen en concludeert dat - en ik citeer weer - : “ieder ziekenhuis erover dient te waken dat alle beroepsbeoefenaars de rechten van de patiënt als bepaald in de Patiëntenrechtenwet eerbiedigen en één van die rechten is een beroep kunnen doen op de ombudsfunctie. Hieruit volgt dat de beheerder van het ziekenhuis van de beroepsbeoefenaars verwacht dat zij het bestaan van de ombudsfunctie erkennen en, in geval van klacht, gevolg geven aan een uitnodiging voor een gesprek met de ombudspersoon. Ook de hoofdgeneesheer dient de ziekenhuisgeneesheren op hun verplichtingen t.a.v. de ombudsfunctie te wijzen.” en “de nodige initiatieven te nemen om “de toepassing van de wettelijke en reglementaire voorschriften te waarborgen, althans voor zover deze de medische activiteiten betreffen”.

Buiten het ziekenhuis bestaat, bijna zeven jaar na het tot stand komen van de wet, nog altijd, uitsluitend de federale ombudsfunctie in het ‘verre’ Brussel, en is er natuurlijk geen beheerder en geen hoofdgeneesheer, die druk op artsen kan uitoefenen om mee te werken aan de bemiddelingspoging. Toch meen ik dat ook voor extramurale artsen dezelfde redenering geldt. Elke geneesheer dient de rechten van de patiënt beschreven in de wet te eerbiedigen. Één van die rechten is klacht neer te leggen bij de ombudsfunctie (art.11.§1.). De ombudsfunctie heeft o.m. de opdracht (art.11 §2, 2^o) “te bemiddelen met het oog op het bereiken van een oplossing”. Bemiddelen zonder de medewerking van de arts is natuurlijk nonsens. Zodat bij niet medewerking van de arts er de ombudspersoon enkel overblijft “de patiënt in te lichten over de mogelijkheden tot verdere afhandeling van zijn klacht (art.11 §2, 3^o)”. In concreto betekent dit een verwijzing naar bestaande sanctionerende instanties. En het verloren gaan van de kans door bemiddeling een probleem op te lossen.

“Aansluitend hierop” - en ik citeer weer uit het advies van de Nationale Raad - “kan de vraag gesteld welke informatie een arts aan de ombudspersoon kan en mag verstrekken”. Hierop is geen algemeen antwoord te geven. Klachten die op communicatiestoornissen en misverstanden berusten zullen om andere informatie vragen dan klachten die een schadeclaim beogen of tot een procedure voor de rechtbank kunnen leiden. Het ligt voor de hand dat de arts aan de ombudspersoon de informatie kan verstrekken die hij aan de klager heeft meegedeeld en het kan nuttig zijn dit in het bijzijn van de klager te doen, wat heel wat misverstanden kan ophelderen. Essentieel is dat een arts enkel die medische gegevens mag prijsgeven die noodzakelijk zijn om op een klacht te antwoorden.

Bij het verstrekken van informatie is het belangrijk na te gaan of beide partijen door bemiddeling tot een regeling in der minne hopen te komen. Indien het vaststaat dat dit niet mogelijk is, eindigt de bemiddeling en dient de ombudspersoon volgens artikel 11, §2, 3^o de patiënt in te lichten “inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht”.

In de analyse van de jaarverslagen van de ombudspersonen uit 2006 staat en ik citeer: “Om hun bemiddelingsopdracht naar behoren te kunnen uitoefenen, doen ombudspersonen geregeld een beroep op verschillende actoren in de instelling, in het bijzonder op de beroepsbeoefenaars. Niettemin zijn bepaalde

beroepsbeoefenaars niet steeds bereid of beschikbaar om aan een bemiddeling mee te werken, waardoor de antwoordtijd binnen een redelijke termijn in het gedrang komt. Een aanbeveling is om beroepsbeoefenaars via het medisch reglement te verplichten om actief aan de bemiddelingsprocedure mee te werken.”

Bij navraag bij ombudspersonen blijkt de medewerking van artsen in de praktijk nogal mee te vallen. Sommige artsen moeten wel eens herinnerd worden aan de hun gestelde vraag. We weten uiteraard allemaal dat dit in de artsenwereld nog wel eens gebeurt. Echte weigering tot medewerking lijkt eerder zeldzaam te zijn. De graad van medewerking, zegt men mij, hangt natuurlijk af van een aantal factoren zoals de aard van de klacht en de verwachting van de patiënt: de vraag naar een kopie van een dossier is via bemiddeling gemakkelijker op te lossen dan bijvoorbeeld een vermoeden van medische fout door de patiënt. De aard van de voorafgaande contacten tussen patiënt en arts, de persoonlijkheden van de patiënt en van de arts spelen uiteraard ook mee.

Daarenboven meen ik dat een aantal randvoorwaarden kunnen verbeterd worden om het vertrouwen van artsen in de ombudsfunctie te vergroten. In de verschillende verslagen van ombudsfuncties worden een aantal hints ter zake gegeven. En dan onthoud ik vooral het garanderen van de onafhankelijkheid, de neutraliteit en de onpartijdigheid van de ombudsfunctie en het respecteren van het beroepsgeheim door de ombudspersoon.

Met uitzondering van de sector van de geestelijke gezondheidszorg, bestaan er momenteel op het loco-regionale niveau enkel ombudsdiensten, betaald door ziekenhuizen en voor beroepsbeoefenaars in de ziekenhuizen. Persoonlijk meen ik dat een ombudsfunctie regionaal georganiseerd, buiten het ziekenhuis, voor ziekenhuisartsen én voor extramurale artsen, zelfstandig georganiseerd en gefinancierd veel meer garantie van onafhankelijkheid, neutraliteit en onpartijdigheid zou bieden en dus ook meer vertrouwen zou geven aan patiënten en beroepsbeoefenaars.

Een andere vereiste om het vertrouwen van artsen te verbeteren is de zekerheid van het respecteren van het beroepsgeheim door de ombudsfunctie. Hoe kan een ziekenhuisarts vertrouwen hebben in de ombudsfunctie en zijn bemiddelende taak als hij/zij ook maar vermoed dat de ombudspersoon rapporteert aan de hoofdgeneesheer of aan de directie? Moeten er niet nog meer wettelijke garanties ingebouwd worden opdat al wat de ombudspersoon verneemt tijdens de bemiddelingspoging binnen dat kader blijft en achteraf, bij mislukken van de bemiddeling, niet kan gebruikt worden in andere procedures?

Vermoedelijk is ook de eis van verzekeraars ‘een fout niet toe te geven’, een factor die artsen afremt mee te werken van zo vlug de kans op een schadeclaim bestaat. In die omstandigheden zou men enkel feiten mogen toegeven. De vraag kan natuurlijk gesteld worden of ‘bepaalde feiten toegeven’ niet impliciet ook ‘bepaalde fouten toegeven’ betekent. Nergens kan geëist worden zichzelf te beschuldigen. Tenzij ‘onder ede’ en voor artsen bij de Orde – en de vraag stelt zich hoe lang dat nog gaat duren – kan men zelfs nergens verplicht worden de waarheid te vertellen!

Tenslotte wordt de wet, en dit wordt bevestigd in een recente (januari 2009) publicatie van de Koning Boudewijnstichting, als zeer asymmetrisch ervaren door beroepsbeoefenaars met vooral zeer veel rechten voor de patiënt en zeer veel plichten voor de arts en kan misschien een aanpassing van de wet met een evenwichtige formulering van rechten en plichten van beide actoren het vertrouwen doen toenemen.

Al deze factoren bemoeilijken in een beperkt aantal gevallen het vertrouwen van artsen in een veilige medewerking aan de ombudsfunctie.

Mijn conclusie is dat artsen in de meeste gevallen, en zeker zolang de kans bestaat tot een regeling in der minne van het conflict, voordeel hebben aan een correcte medewerking aan de bemiddelingspoging van de ombudsfunctie, dat ze alleszins wettelijk en deontologisch, binnen een redelijke termijn, verplicht zijn in te gaan op een vraag van een ombudsfunctie.

Als de ombudsfuncties, de ziekenhuizen en de wetgever dit patiëntenrecht maximaal kansen wil geven, zullen zij, elk binnen hun mogelijkheden en bevoegdheden, ervoor moeten zorgen dat het kader waarin de bemiddelingspoging plaatsvindt als veilig ervaren wordt en vertrouwen geeft.

En dat deze bemiddelingspoging voor alle patiënten en alle beroepsbeoefenaars in eigen regio en binnen een redelijke termijn kan gebeuren.