

## Advies van de Nationale Raad over het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt

Doc	a095001
Publicatiedatum	16/02/2002
Origine	NR
	Persoonlijke levenssfeer
	Consent (Fully Informed-)
	Keuze (Vrije artsen-)
	Relatie arts-patiënt
	Diagnose
Thema's	Prognose
	Kwaliteit van de zorg
	Patiëntenrechten
	Noodtoestand
	Ombudsfunctie

In zijn vergadering van 16 februari 2002 besprak de Nationale Raad van de Orde der geneesheren het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt waarin reeds rekening gehouden wordt met het daaromtrent uitgebrachte advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State en het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het uitgangspunt van het voorontwerp is de Conceptnota Rechten van de patiënt destijds opgesteld door het kabinet van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. De Nationale Raad van de Orde bracht hierover op 17 februari 2001 een advies uit. De Nationale Raad handhaaft de grote lijnen van dit advies dat de emanatie is van de vigerende medische deontologie en met deze tekst één geheel vormt. Het advies van 17 februari 2001 wordt in de Memorie van toelichting van de voorliggende tekst als "positief-kritisch" geëvalueerd. Vanuit eenzelfde ingesteldheid wenst de Nationale Raad de aandacht van de bevoegde minister en de Wetgevende Kamers te vragen voor de hiernavolgende overwegingen en aanmerkingen.

### TOEPASSINGSGEBIED (artikels 2-4)

In zijn advies van 17 februari 2001 vroeg de Nationale Raad reeds de nodige aandacht voor de ruime en ongebruikelijke definities in de tekst van "patiënt" en "gezondheidszorg", met de daaruit voortvloeiende consequenties. Zo ziet het er naar uit dat personen die in opdracht van derden worden onderzocht door artsen, die zij niet vrij kozen, dezelfde rechten hebben als patiënten ten opzichte van hun vrij gekozen behandelaars. Het is belangrijk dat de wetgever zich ondubbelzinnig uitsprekt over onder meer het recht op inzage van medische dossiers die samengesteld worden door bv. geneesheren-inspecteurs, adviserende geneesheren van ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen.

Merkwaardig is dat de Wet patiëntenrechten niet van toepassing zou zijn bij orgaanafstand door een levende donor alsof de Wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen en zijn talloze uitvoeringsbesluiten reeds alle garanties biedt die in de voorliggende tekst worden voorzien. In de Memorie van toelichting staat te lezen dat er in deze geen sprake kan zijn van zorg voor de gezondheid van de donor (M.v.t. p. 13/13).

Opvallend is dat de bestudeerde tekst, gezien de door de Raad van State geopperde bevoegdheidsbetwisting tussen de federale overheid en de gemeenschappen, enkel handelt over de rechten van de patiënt ten opzichte van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen (KB nr. 78 van 10 november 1967). Er is geen sprake meer van de rechten van de patiënt ten opzichte van de gezondheidszorgvoorzieningen. Daardoor is ook de oorspronkelijke gedachte van een vermoeden van centrale aansprakelijkheid van deze voorzieningen, die veel kon bijdragen tot de rechtszekerheid voor de patiënt, vervallen. Te betreuren is dat door deze splitting de gemeenschappelijke opdracht van de zorgverleners en de door de gecoördineerde Wet op de ziekenhuizen van 1987 beoogde integratie van de ziekenhuisartsen afgezwakt wordt.

Overigens is het niet juist te stellen dat de rechten van de patiënt ten opzichte van de in het KB nr. 78 bedoelde beroepsbeoefenaars altijd van toepassing zullen zijn. Het is immers weinig waarschijnlijk dat de voorliggende tekst, eens wet, aan de patiënt het recht geeft een hoofdgeneesheer van een ziekenhuis aan te spreken. Nochtans kan dit voor hem zeer belangrijk zijn daar deze beoefenaar onder meer instaat voor de organisatie en coördinatie van de medische activiteit, voor de wachtdiensten en de bewaring van de medische dossiers. In bepaalde omstandigheden zal hij zelfs de enige zijn die daartoe toegang heeft. De hoofdgeneesheer valt immers als orgaan van het ziekenhuis buiten het toepassingsgebied van de geplande wet. Wat voor hem geldt, geldt evenzeer voor geneesheren-diensthoofden in de ziekenhuizen, medische directeurs van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, coördinerende artsen in RVT's en voor alle geneesheren die als leidinggevende namens de gezondheidszorgvoorziening optreden. De patiënt zal telkens dienen na te gaan in welke functie een geneesheer optreedt om te weten of hij zich al dan niet op de patiëntenrechten zal kunnen beroepen. Ook kan de vraag worden gesteld in hoever artsen in opleiding onder het toepassingsgebied van de toekomstige wet vallen daar zij onder de verantwoordelijkheid van hun stagemeester dienen te werken.

De Nationale Raad kan zich vinden in de door de Raad van State gedane suggestie. Daarin wordt gezegd dat een samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de gemeenschappen een oplossing kan zijn voor de geschetste moeilijkheden die het gevolg zijn van het feit dat de overheden complementaire bevoegdheden uitoefenen. (Advies 32.299/3, punt 5 blz.10).

## **RECHT OP KWALITEITSVOLLE DIENSTVERSTREKKING (artikel 5)**

De Nationale Raad bevestigt zijn in dit verband op 17 februari 2001 uitgebracht advies en de bepalingen van de medische deontologie die een kwaliteitsvolle zorgverlening nastreven.

Niettegenstaande het voorontwerp van wet enkel de individuele rechten beoogt en voor het sociaal grondrecht op gezondheidszorg naar de Grondwet wordt verwezen neemt dit niet weg dat kwaliteitsvolle dienstverstrekking niet alleen bepaald wordt door de kunde en inzet van de arts en de andere beoefenaars van de gezondheidszorg. Belangrijk is dat voor elke discipline voldoende mankracht aanwezig is en dat er voldoende middelen beschikbaar zijn om de verheven doelstellingen te realiseren.

## RECHT OP VRIJE KEUZE VAN BEROEPSBEOEFENAAR (artikel 6)

Gezien de inperking van het toepassingsgebied van het voorontwerp wordt de patiënt geen recht meer gegarandeerd op een vrije keuze van zorgverlener maar wordt dit recht beperkt tot een recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar. Opvallend is hoe in de Memorie van toelichting uitgeweid wordt over de krachtens de wet opgelegde beperkingen van deze vrijheid. De Nationale Raad had het meer aangewezen gevonden de mogelijkheden bij een beperkte keuzevrijheid te accentueren. Het is niet omdat een patiënt gedwongen in een bepaalde setting verblijft dat geen beperkte keuze kan aangeboden worden al overstijgt dit wel grotendeels de bevoegdheden van de beroepsbeoefenaars die in dat vlak afhankelijk zijn van de inrichtende macht. Overigens is het zeker zo dat de deontologie altijd voorgestaan heeft dat de vrije keuze van een patiënt zich niet kan beperken tot beroepsbeoefenaars van de voorziening waar de patiënt opgenomen is of waarop hij een beroep doet. Het is dan ook niet juist te stellen dat een patiënt geen keuze heeft wanneer er binnen de voorziening slechts één beroepsbeoefenaar werkzaam is waaraan de patiënt nood heeft.

## RECHT OP INFORMATIE (artikel 7)

Merkwaardig is dat de Memorie van toelichting in het vlak van communicatie tussen de patiënt en zijn vrij gekozen arts verwijst naar de taalwetgeving.

Overigens stelt zich in dit vlak de vraag of het niet aangewezen is aan de patiënt beperkingen op te leggen betreffende zijn recht op informatie en de schriftelijke bevestiging daarvan. Het is evident dat dit tot schromelijk misbruik kan leiden en de behandelaar tot het beëindigen van de behandeling kan doen besluiten.

Evenmin kan de Nationale Raad nalaten erop te wijzen dat de voorliggende tekst nauwelijks enige kwalificatie voorziet voor de door de patiënt aangewezen vertrouwenspersoon. Belangrijk in dit vlak is dat er niet alleen een vertrouwensrelatie moet zijn tussen de patiënt en de aangewezen persoon maar dat er eveneens een vertrouwensrelatie moet kunnen ontstaan tussen deze persoon en de beroepsbeoefenaar. Men kan zich toch moeilijk voorstellen dat een behandelaar die goede redenen heeft om een vertrouwenspersoon niet te vertrouwen hem confidentiële informatie gaat verstrekken over zijn patiënt.

## RECHT OP TOESTEMMING (artikel 8)

Wat het recht op toestemming betreft, kan de Nationale Raad niet accepteren dat een arts verplicht zou zijn de schriftelijke weigering tot toestemming betreffende een welomschreven tussenkomst, opgesteld door de patiënt toen hij nog in staat was zijn rechten uit te oefenen, te eerbiedigen (artikel 8, §4, vierde alinea). De Nationale Raad blijft bij zijn standpunt als uiteengezet in zijn advies van 17 februari 2001 en dat als volgt luidt :

"Wel is de Nationale Raad van mening dat de zorgverlener ernstig rekening moet houden zowel met de mening van de vertrouwenspersoon als met een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt. Deze elementen kunnen zelfs van doorslaggevende betekenis zijn wanneer getwijfeld wordt tussen abstineren of interveniëren maar het zou onaanvaardbaar zijn mensen te laten sterven wanneer een bepaalde behandeling een grote kans maakt op een goed resultaat. Wel is het aangewezen dat de verantwoordelijke arts, alvorens in dergelijke omstandigheden een beslissing te nemen, de mening inwint van een andere collega en/of van het behandelend multidisciplinair team en desgevallend ook met de familie overleg pleegt."

Dit standpunt werd integraal opgenomen in de Memorie van toelichting. De Nationale Raad is tevreden dat de voorliggende tekst niet meer de dwingende naleving van een

door de patiënt benoemde vertrouwenspersoon weerhoudt. Wel blijft de Nationale Raad erbij dat het verplicht afzien van een bepaalde tussenkomst op basis van een wilsverklaring niet alleen voor de patiënt uiterst nadelig kan zijn maar ook voor de arts heel wat problemen kan meebrengen. De waarde van een wilsverklaring kan immers achteraf tot ernstige discussies leiden met de naaste verwanten zoals dit gebeurt bij testamentaire betwistingen.

Als illustratie van het standpunt van de Nationale Raad een voorbeeld.

Een patiënt kan op schrift zetten dat hij, eens tachtig, geen infusen noch sondevoeding meer wenst wanneer hij verward is, geen besef meer heeft van tijd noch plaats en zijn naaste verwanten niet meer herkent. Een dergelijk klinisch beeld kan veroorzaakt zijn door een goed te behandelen somatische aandoening en kan zelfs een manifestatie zijn van een perfect te behandelen ernstige depressie. Men kan van een arts niet vragen dat hij geplaatst voor een dergelijk klinisch beeld de armen kruist en de patiënt, die best nog heel wat voldoening aan zijn leven kan hebben, laat sterven. Wanneer een nauwelijks te behandelen aandoening aan de basis ligt van het geschetste beeld zal de arts conform het advies van de Nationale Raad van 17 februari 2001 de schriftelijke wilsverklaring wel respecteren.

In zijn advies wijst de Raad van State erop dat artikel 9 van het Biogeneeskundeoverdrag bepaalt dat de “wensen” van de patiënt in aanmerking moeten genomen worden al wordt eraan toegevoegd dat dit verdrag door België niet bekrachtigd is en dus ten aanzien van België niet verbindend is. Deze verdragsbepaling lijkt slechts voor te schrijven dat met de wensen rekening gehouden wordt, niet dat die wensen effectief geëerbiedigd moeten worden. (Advies 32.299/3, punt 14, blz. 13). Deze opvatting sluit volledig aan bij het door de Nationale Raad ingenomen standpunt.

Wanneer een patiënt, zoals voorzien in artikel 8, §4, zijn toestemming weigert of intrekt, kan de geneesheer, zoals bepaald in de artikelen 28 en 29 van de Code van geneeskundige plichtenleer, van zijn opdracht afzien. De geneesheer dient de patiënt daarvan natuurlijk in kennis te stellen, de continuïteit van de verzorging te verzekeren en aan de arts die zijn taak overneemt alle nuttige inlichtingen te verstrekken. Het is aangewezen in de tekst op te nemen dat een patiënt bij het uitblijven van een consensus met de geconsulteerde geneesheer een geneesheer dient aan te wijzen die bereid is de opdracht over te nemen.

In dit verband moet worden gezegd dat het een geneesheer vrijstaat van zijn opdracht af te zien, mits naleving van de hoger uiteengezette voorwaarden, indien hij meent dat hij met de door de patiënt aangeduide vertrouwenspersoon geen constructieve relatie kan uitbouwen of wanneer hij van oordeel is dat met de vertegenwoordiger van de patiënt geen dialoog te voeren valt die tot een consensus kan leiden.

De Nationale Raad kan niet akkoord gaan met artikel 8, §1, 3e alinea en de toelichting in de Memorie van toelichting, die afbreuk doen aan de vertrouwensrelatie daar de patiënt zich kan verzetten tegen het noteren in het dossier van een mondeling door hem gegeven toestemming.

## **RECHTEN IN VERBAND MET HET PATIENTENDOSSIER (artikel 9)**

### **INZAGERECHT (artikel 9, §2)**

Wat de inzage van het medisch dossier betreft, handhaaft de Nationale Raad zijn standpunt als verwoord in zijn adviezen van 23 januari 1999 en 17 februari 2001 betreffende de patiëntenrechten.

Hoewel voor de Nationale Raad het inzage-recht van de patiënt logischerwijze voortvloeit uit de verplichting voor de arts informatie te verstrekken aan deze patiënt, kan hij niet akkoord gaan met de doelstelling van de inzage van het medisch dossier door de patiënt zoals beschreven in de Memorie van toelichting.

Zelfs bij het vermoeden van een medische fout dient de communicatie, en op basis hiervan een dialoog, inderdaad de doelstelling te zijn in een relatie tussen de beoefenaar en de patiënt. Dit is essentieel om bijvoorbeeld relevante stukken van een medisch dossier nader toe te lichten. Er bestaat in deze een onafgebroken proces van informatie en overleg dat zijn menselijk karakter niet kan verliezen door het bepalen van wachttijden, of deze nu vijftien dan wel vijfenveertig dagen bedragen.

Slechts wanneer maximale informatie geen bevredigend resultaat oplevert en een eventuele tussenkomst van de ombudsfunctie tot geen oplossing leidt, wordt de inzage van het medisch dossier een afdwingbaar recht van de patiënt.

### **RECHT OP AFSCHRIFT (artikel 9,§3)**

Het recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffende dossier zoals bepaald in artikel 9, § 3, van de voorliggende tekst is een van de moeilijke punten betreffende de uitoefening van de rechten van de patiënt.

In zijn advies van 17 februari 2001 stelde de Nationale Raad:

"Het is immers niet denkbeeldig dat derden aan de patiënt een afschrift van zijn dossier gaan vragen, zelfs gaan eisen als bv. bij een aanwervingsonderzoek, bij het aangaan van een lening, bij het afsluiten van een verzekering of bij de uitbetaling ervan. Het dient dan ook te worden voorzien dat derden aan patiënten zelfs niet mogen vragen een afschrift van hun dossier voor te leggen."

De Nationale Raad waardeert de bijzondere aandacht die in de voorliggende tekst werd besteed aan de risico's die de patiënt zelf loopt door van de geboden mogelijkheid tot het bekomen van een afschrift gebruik te maken.

De voorgestelde oplossing van het probleem zal in de praktijk moeilijk te realiseren zijn. Het zal voor de beroepsbeoefenaar niet altijd gemakkelijk zijn te achterhalen of zijn patiënt onder druk werd gezet om een afschrift van zijn dossier te vragen om het aan derden mee te delen en bij weigering van een afschrift zullen conflictsituaties ontstaan wanneer de patiënt op zijn rechten staat. Vandaar dat de Nationale Raad voorstelt aan de patiënt een indirect recht op afschrift te geven. Dat recht kan uitgeoefend worden door zijn huisarts, zijn behandelende geneesheer of door een door de patiënt gekozen arts. Ook van deze arts kan de patiënt geen afschrift eisen al staat het natuurlijk zowel de behandelaar als de ingeschakelde arts vrij aan de patiënt de gevraagde fotokopieën over te maken wanneer hij dit verantwoord vindt. Wanneer hij het aangewezen acht kan de arts, om de patiënt te responsabiliseren, op het afschrift vermelden dat het om persoonlijke medische gegevens gaat die niet voor derden bestemd zijn.

Door een dergelijke regeling voorkomt men dat derden door druk uit te oefenen op de patiënt inzage van het patiëntendossier bekomen daar de patiënt zelf geen fotokopie kan eisen. Door een direct inzage-recht en een indirect fotokopierecht beschikt hij bij een (dreigend) conflict over alle informatie.

### **SAMENSTELLING**

Zoals de Nationale Raad zich in zijn advies van 17 februari 2001 voornam werd werk gemaakt van de samenstelling van het medisch dossier. Het is aangewezen een onderscheid te maken tussen de verschillende types dossiers die al naargelang hun samenstelling een andere weerslag zullen hebben op de inzage. Zo zijn er bv. medische dossiers die in een korte tijdsspanne samengesteld worden naar aanleiding

van een levensbedreigende situatie met resultaten van hoogtechnologische onderzoeken en verslagen van ingrijpende interventies van verschillende artsen waarvan inzage enkel zinnig is mits de nodige toelichtingen. Dergelijke dossiers zijn niet te vergelijken met de dossiers van huisartsen die in de loop van een lange tijdsspanne samengesteld worden en gegevens bevatten die met mondjesmaat binnenkomen zodat het nauwelijks problemen stelt de patiënt op de hoogte te houden van de draagwijdte van alle bevindingen. Veel huisartsen verstrekken trouwens zo er geen therapeutische tegenindicatie bestaat fotokopieën van de belangrijkste resultaten van technische onderzoeken en specialistische verslagen aan hun patiënten. Dit vergroot de betrokkenheid van de patiënt bij de evolutie van zijn toestand waardoor de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid toeneemt en hij ze in overleg met zijn huisarts nauwgezet zal bewaken.

Voor het ziekenhuisdossier blijft het KB van 3 mei 1999 het uitgangspunt. Daarin wordt bepaald welke medische gegevens dit dossier ten minste moet bevatten.

Overigens zijn niet alleen de uitslagen van een reeks onderzoeken als bepaald in artikel 2, §1, 3°, maar ook de stukken waarop de protocollen gebaseerd zijn een onderdeel van het medisch dossier en dit onafgezien van de plaats waar deze stukken binnen de verzorgingsinstelling worden bewaard. Daarnaast behoren eveneens tot het medisch dossier de verwijfsbrief evenals alle relevante gegevens die in het kader van de continuïteit van de zorg aan de behandelaar werden overgemaakt. Tenslotte behoren tot het medisch dossier alle stukken waarin de voorliggende tekst voorziet. Bij inzage van het medisch dossier zullen al deze gegevens, de therapeutische exceptie daargelaten, aan de patiënt worden voorgelegd. Het is aangewezen dat de patiënt hierbij de nodige toelichtingen krijgt.

De Nationale Raad vindt het onaanvaardbaar dat in de voorliggende tekst indirecte inzage van de "persoonlijke notities" voorgestaan wordt. Persoonlijke notities, zoals gedefinieerd in de Memorie van toelichting, maken geen deel uit van het patiëntendossier daar zij niet noodzakelijk zijn voor de continuïteit van de zorg. Zij worden niet overgemaakt aan een volgende behandelaar die aan de hand van de overgemaakte gegevens uit het dossier, zelf de nodige intellectuele inspanning moet doen en zich kan beroepen op zijn eigen ervaring die hij desgevallend levendig houdt door persoonlijke notities. Een arts heeft recht op eigen ideeën en op het persoonlijk aanvoelen van bepaalde problemen maar enig geheugensteuntje of enige notitie over een denkpiste lijkt hierbij niet te mogen. Indien de voorliggende tekst wet wordt zullen de artsen blijven nadenken over de problemen van de hun toevertrouwde patiënten en blijven leren uit ervaring waarbij zij bepaalde zaken als geheugensteun zullen blijven noteren. Alleen zullen zij dat op een niet identificeerbare wijze moeten doen zodat het belang van hun patiënten door hun notities niet kan worden geschaad.

Wat de hetero-anamnestiche gegevens betreft, dient een onderscheid te worden gemaakt tussen gegevens die met het medeweten van de patiënt worden verstrekt en confidentiële gegevens die buiten zijn medeweten worden overgemaakt. Wanneer deze laatste belangrijk zijn voor de continuïteit van de zorg zullen zij zonder enige vermelding van de bron in het medisch dossier opgenomen worden. Wanneer zij voor de continuïteit van de zorg niet belangrijk zijn kan de geneesheer ze vernietigen of als persoonlijke notitie bewaren mits naleving van de hoger vermelde wijze van bewaring.

## ATTITUDE

Essentieel is dat de behandelaar en de patiënt er zich bij het samenstellen van het medisch dossier van bewust moeten zijn dat het dossier in de eerste plaats een essentieel werkinstrument is voor de diagnostiek, de continuïteit en de kwaliteit van de zorg terwijl de arts zich anderzijds zal moeten realiseren dat bij het samenstellen van het dossier en het noteren van zijn bevindingen de patiënt meekijkt.



## DOSSIER NA OVERLIJDEN (artikel 9, §4)

In de voorliggende tekst voorziet artikel 9, § 4, inzage van het medische dossier van een overledene door een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar voor zover het verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar zou ook inzage krijgen van de persoonlijke notities. Wat dit laatste element betreft, verwijst de Nationale Raad naar wat daarover reeds werd gezegd.

Een commissie werd door de Nationale Raad belast met een studie betreffende het beroepsgeheim na het overlijden van de patiënt en het daaraan gekoppelde probleem van de inzage van zijn medisch dossier. Deze commissie kwam tot de hiernavolgende besluiten.

Het principe als geformuleerd in artikel 65 van de Code van geneeskundige plichtenleer blijft in grote lijnen gehandhaafd: de dood van een zieke ontheft de geneesheer niet van zijn beroepsgeheim en de erfgenamen kunnen hem hiervan niet ontslaan noch beschikken over het dossier van de overledene.

Nochtans kan de behandelende geneesheer, zoals het nu reeds gebruikelijk is, aan de echtgenoot, de echtgenote of partner evenals aan de naaste verwanten alle informatie verstrekken over de doodsoorzaak en de omstandigheden van het overlijden. Op hun verzoek kan de behandelaar aan hun huisarts en/of behandelaar alle gegevens overmaken die belangrijk kunnen zijn voor hun gezondheidstoestand.

Informatie over de doodsoorzaak kan enkel worden verstrekt indien de overledene zich daar niet heeft tegen verzet, dit zijn nagedachtenis niet schaadt en de informatie geen derde betreft die dient beschermd te worden.

Wat de inzage van het medisch dossier na overlijden door een aangewezen geneesheer betreft, zijn materiële belangen van de naaste verwanten of derden zoals betwistingen over de door overledene afgesloten contracten of over zijn laatste wilsbeschikking niet te aanvaarden als motivatie van een verzoek tot inzage.

De Nationale Raad is van mening dat dit dient opgenomen te worden in de tekst om de impliciete wil van de overledene te respecteren. Deze zou immers nooit accepteren dat het medisch geheim opgeheven wordt om de door hem afgesloten verzekeringscontracten te betwisten. Daarnaast zal het vertrouwen van bejaarden in de geneeskunde sterk worden geschaad wanneer zij mochten vernemen dat hun medische dossiers na hun overlijden worden gebruikt om hun laatste wilsbeschikking te beoordelen. Deze problematiek dient te worden beslecht zonder de vertrouwelijkheid van medische gegevens te doorbreken.

Wel meent de Nationale Raad dat een behandelaar het beroepsgeheim niet kan inroepen om een eventuele medische fout te verdonkeremanen. Wanneer de behandelaar niettegenstaande het verstrekken van uitvoerige informatie aan de hoger vermelde nabestaanden vaststelt dat het wantrouwen ten opzichte van zijn persoon persisteert kan hij gebruik maken van de essentiële stukken uit het medisch dossier betreffende het overlijden om zijn informatie toe te lichten. Indien ook dit tot geen oplossing leidt kan hij vragen een geneesheer aan te wijzen om met hem alle terzake dienende stukken van het medisch dossier van de overledene door te nemen. Op diens verzoek zullen hem fotokopieën van deze stukken overhandigd worden. Wanneer daaromtrent geen consensus ontstaat zal de aangewezen geneesheer zich tot de bevoegde rechtbank wenden om een geneesheer aan te wijzen die het geschil beslecht.

## RECHT OP BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER (artikel 10)

In de voorliggende tekst wordt gezegd dat de patiënt recht heeft op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid (artikel 10, §1). Deze informatie wordt hoofdzakelijk bewaard in het medisch dossier. Opvallend is hoe in de voorliggende tekst niet gesproken wordt over de inbeslagneming van medische dossiers. In zijn advies van 17 februari 2001 schreef de Nationale Raad:

"In dit verband vraagt de Nationale Raad de bijzondere aandacht van de wetgever voor de inbeslagneming van patiëntendossiers door de onderzoeksrechters. Het is evident dat dit kan wanneer de arts zelf verdacht wordt maar dossiers in beslag nemen van patiënten die verdacht worden van misdrijven kan volgens de Nationale Raad niet. Gegevens, die vertrouwelijk door patiënten meegedeeld worden in het kader van hun behandeling kunnen niet tegen hen worden gebruikt. Dit ondermijnt moeizaam opgebouwde vertrouwensrelaties met patiënten, die dikwijls omwille van ernstige gedragsstoornissen hulp vragen en hulp nodig hebben. Een wetgevend initiatief zou deze lacune in de bescherming van de rechten van de patiënt moeten oplossen. Volledigheidshalve moet worden gezegd dat de Nationale Raad van mening is dat een arts bij verontrustend gedrag van zijn patiënt een beroep op de noodtoestand kan doen."

Herhaaldelijk werd de Nationale Raad geconfronteerd met het probleem van de inbeslagneming van medische dossiers van daders door onderzoeksrechters en dit soms enkel voor een moraliteitsonderzoek. Gezien de bevoegdheden van de onderzoeksrechters kunnen enkel de Wetgevende Kamers dit probleem oplossen. De Wet betreffende de rechten van de patiënt lijkt daartoe een uitgelezen gelegenheid. Zonder te beweren dat de geneeskunde momenteel in staat is alle ernstige gedragsstoornissen te verhelpen meent de Nationale Raad dat daders waarbij professionele hulp tot gedragsverbetering kan leiden, deze kans moeten krijgen. Deze kans mag niet gehypothekeerd worden door beslag te leggen op de door de hulpverleners genoteerde confidenties waardoor elke vertrouwensrelatie, die voor de behandeling van een dergelijke problematiek essentieel is, ondermijnd wordt.

## **RECHT OP KLACHTENBEMIDDELING (artikel 11)**

In zijn advies van 17 februari 2001 stelde de Nationale Raad dat openheid in de communicatie met de ombudsfunctie voluit kan onderschreven worden maar dat de wetgever bij het uitwerken van de ombudsfunctie er zou moeten op waken dat arts noch patiënt de dupe van hun openhartigheid zouden worden. Het is duidelijk dat de uitvoering door de arts van zijn wettelijke informatieplicht geen negatieve weerslag mag hebben op zijn verbintenissen ten opzichte van zijn verzekeraar. In de voorliggende tekst wordt deze problematiek verschoven naar een in Ministerraad overlegd besluit waarbij de Koning de voorwaarden regelt waaraan de ombudsfunctie onder meer in het vlak van het beroepsgeheim dient te voldoen. Dit sluit een genuanceerde wettelijke regeling uit.

Vooraf dient opgemerkt te worden dat de inperking van het toepassingsgebied, zoals reeds uiteengezet in deze tekst, ook de bevoegdheid van de - noodzakelijk onafhankelijke - ombudsfunctie inperkt. Deze kan zich immers enkel inlaten met klachten in verband met de schending van de rechten van de patiënt door de beroepsbeoefenaars en dit enkel wanneer hun patiëntencontact niet uit hoofde van een leidinggevende functie binnen de verzorgingsinstelling gebeurt. Bij klachten van patiënten tegen de verzorgingsinstelling ontbreekt de wettelijke basis voor het inschakelen van de ombudsfunctie. Overigens moet gezegd dat bij kennisname van een klacht het lang niet altijd duidelijk is of het om een klacht tegen een beroepsbeoefenaar, een verzorgingsinstelling of tegen beiden gaat. Deze aanmerking toont aan dat de inperking van het toepassingsgebied ernstige consequenties zal



hebben voor de ombudsfunctie en voor de verwachtingen van de patiënt die slechts gedeeltelijk zullen in te lossen zijn. De Nationale Raad stelt vast dat geen klachtenbemiddeling is voorzien voor de relatie patiënt-huisarts.

## **VERTEGENWOORDIGING VAN DE PATIENT (artikels 12-15)**

In zijn advies van 17 februari 2001 vond de Nationale Raad dat nauwelijks voorwaarden werden gesteld om als vertrouwenspersoon - nu "de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger" - aangewezen te worden. Ook in de huidige tekst zijn er te weinig waarborgen voorzien om de vrije keuze bij de aanwijzing te garanderen en de duur van het mandaat lijkt onbeperkt te blijven. Er zijn in onze maatschappij groeperingen die hun leden nauwelijks beslissingsvrijheid gunnen; de zogezegde vrije keuze van de patiënt kan door andere imperatieven bepaald zijn dan de zorg voor de gezondheid. Bovendien zijn virtuele ziektesituaties niet vergelijkbaar, al was het maar op emotioneel vlak, met een echt beleefde situatie : reden te meer om zich niet bewust te houden aan hetgeen gedacht en beslist werd alvorens een bepaalde situatie te beleven zelfs wanneer deze door de betrokkene gevreesd of slecht begrepen werd.

Wel vindt de Nationale Raad het een pluspunt dat de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger niet meer kan beletten dat een levensreddende ingreep plaatsvindt wanneer de betrokkene zelf niet meer bekwaam is om zelf zijn toestemming te geven of zijn verzet kenbaar te maken. Niet te accepteren is dat een dergelijke ingreep niet zou kunnen doorgaan wanneer de benoemde vertegenwoordiger bij middel van getuigen, bandopnemer of videotapes zou aantonen dat dit tegen de uitdrukkelijke wil van de patiënt is die op dat ogenblik zelf zijn wil niet meer kan te kennen geven. (Artikel 15, §2, en bijhorende Memorie van toelichting).

In dit advies stelde de Nationale Raad reeds dat een schriftelijke weigering tot toestemming betreffende een welomschreven tussenkomst in dergelijke gevallen niet kan en dit geldt des te meer wanneer er zelfs geen schriftelijke wilsuiting is.

Opvallend is dat zowel in de tekst van het voorliggende voorontwerp als in de Memorie van toelichting de indruk wordt gewekt dat er een sluimerende conflictsituatie en een klimaat van wantrouwen zou bestaan tussen de patiënt en zijn arts die schijnbaar enkel de belangen van de patiënt kan behartigen wanneer de vertegenwoordigers niet opdagen of onderling ruziën.

## **WIJZIGING ARTIKEL 95 VAN DE WET VAN 25 JUNI 1992 BETREFFENDE DE LANDVERZEKERINGSOVEREENKOMST (artikel 19)**

In de Memorie van toelichting van de voorliggende tekst wordt gewezen op het patiënt-onvriendelijk karakter van artikel 95 van de Wet op de landverzekeringsovereenkomst. De verzekeraars weigeren uitbetaling zolang soms de meest verrekende informatie over de verzekerde door de arts niet wordt verstrekt.

De Raad van State vraagt zich af of de voorgestelde weglating van de eerste zin van artikel 95 soms niet nadelig kan zijn voor de patiënt.

Op grond van een jarenlange ervaring met deze problematiek meent de Nationale Raad dat een onderscheid dient te worden gemaakt tussen de afsluiting en de uitvoering van een overeenkomst. Zo is het aangewezen dat de kandidaat-verzekerde door een door de verzekeraar aangestelde geneesheer wordt onderzocht zodat het te verzekeren risico kan ingeschat worden. Al te vaak wordt vastgesteld dat dit onderzoek niet plaatsvindt en de verzekeraar de kandidaat lokt door enkel een verklaring op eer van hem te vragen.

Wanneer de verzekeringsovereenkomst moet uitgevoerd worden houdt het mateloos

vragen naar de voorgeschiedenis echter niet op. Vandaar dat de Nationale Raad meent te kunnen stellen:

Voor het afsluiten van een overeenkomst is een medisch onderzoek door een door de verzekeraar aangestelde geneesheer aangewezen. Hierbij kan deze geneesheer slechts steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde en niet op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen.

Mits de verzekeraar aantoonde de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten geeft de arts van de verzekerde aan de adviserende arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak zonder opgave van het begin van de ziekte.

Alle geneeskundige verklaringen die afgeleverd worden ter uitvoering van een overeenkomst beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand zonder enige informatie over de voorgeschiedenis.

Op deze wijze zal paal en perk gesteld worden aan de onbeperkte verplichting tot het overmaken van gegevens aan verzekeraars die bij het afsluiten van een overeenkomst de kandidaat-verzekerden niet laten onderzoeken.

## BESLUIT

Bij een globale evaluatie van de voorliggende tekst meent de Nationale Raad dat het oorspronkelijk concept over de rechten van de patiënt aan waarde en kracht heeft ingeboet door de inperking van het toepassingsgebied en de reductie van de ombudsfunctie. De voorliggende tekst zou aan klaarheid winnen indien de gebruikte termen inhoudelijk duidelijk zouden zijn [bijv. "risico" (artikel 8, §2), "kwaliteitsvolle dienstverlening die beantwoordt aan zijn behoeften" (artikel 5), "tijdig" (artikel 8, §3), ... ].

Dit neemt niet weg dat het project de gelijkwaardigheid tussen patiënten en beroepsbeoefenaars versterkt. Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, op vrije keuze van behandelaar, op informatie, op inzage van het patiëntendossier en het recht op toestemming zullen daartoe bijdragen, al is een dwingende schriftelijke wilsbeschikking geen pluspunt.

Ook moet gezegd dat de voorliggende tekst de rechten van de patiënt ten opzichte van derden onvoldoende versterkt. De garantie dat wat hij zijn behandelaars heeft toevertrouwd nooit tegen hem zal worden gebruikt ontbreekt. Een passende wijziging van artikel 95 van de Wet op de landverzekeringsovereenkomst, een verbod op de inbeslagneming van dossiers van daders en slechts een indirect recht op afschrift waardoor inzage door buitenstaanders voorkomen wordt, zouden in dat vlak belangrijke winstpunten zijn.

## ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD VAN 17 FEBRUARI 2001 AANGAANDE DE CONCEPTNOTA RECHTEN VAN DE PATIËNT, OT 91, BLZ. 3-5:

De Nationale Raad van de Orde der geneesheren besprak de Conceptnota Rechten van de Patiënt uitgaande van het kabinet van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en overgemaakt door de voorzitter van de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing van de Kamer van Volksvertegenwoordigers, naar aanleiding van de door deze commissie georganiseerde hoorzittingen waar het standpunt van de Nationale Raad op 9 januari 2001 werd toegelicht door zijn voorzitter en ondervoorzitters.

De Nationale Raad handhaaft zijn standpunt als verwoord in zijn advies van 23 januari 1999 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 83, maart 1999, p. 19) uitgebracht naar aanleiding

van het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt van de vorige regering. Dit advies zegt onder meer dat de naleving van de medische deontologie, die verplicht is snel in te spelen op de maatschappelijke, technische en medische evolutie binnen de samenleving, na verloop van tijd, gebaat is met een bekrachtiging door de wetgevende macht.

De Conceptnota Rechten van de Patiënt brengt op een overzichtelijke wijze veel van de sinds jaren door de Nationale Raad van de Orde voorgestane deontologische regels als rechten van de patiënt. Onmiddellijk dient hier echter aan toegevoegd te worden dat een wetgeving niet verstikkend mag zijn voor de vertrouwensrelatie arts-patiënt, die verder dient te evolueren naar een open dialoog binnen een overlegmodel, essentiële waarborg voor het respect voor de menselijke persoon en zijn autonomie. De terecht toenemende belangstelling voor een vertaling van de belangen van de patiënt in rechten mag niet leiden tot een "artificiële bezorgdheid" met lineaire automatismen, maar dient vooral oog te hebben voor de concrete en zeer uiteenlopende opdrachten van de verschillende disciplines onder de zorgverstrekkers met de hiermee correlerende verwachtingspatronen.

Ondanks de voordelen die een wettekst kan bieden, blijven vorming en evaluatie noodzakelijk want zij alleen kunnen de mentaliteitsverandering teweegbrengen die verwacht wordt. Zo kunnen de opleiding en de training gegeven gedurende het voor- en nagraads universitair studieprogramma hier zeker toe bijdragen net zoals de initiatieven genomen door artsenorganisaties en provinciale raden die zo hun preventieve opdracht uitvoeren. Ook de "gespreksmomenten" die plaatsvinden in de verzorgingseenheden en die alle betrokkenen bijeenbrengen mogen niet vergeten worden.

## Toepassingsgebied

De Conceptnota geeft de indruk dat het begrip patiënten gebruikt wordt in de ruimste betekenis. Men kan eruit afleiden dat het eveneens betrekking heeft op personen die onderzocht worden door een controlearts, een arbeidsgeneesheer of een verzekeringsgeneeskundige of op personen die onderzocht worden in het kader van het medisch schooltoezicht, of zelfs in het kader van prenatale raadplegingen. Het is van belang na te gaan of de bepalingen betreffende de vermelde rechten van toepassing zijn op deze verschillende omstandigheden.

## Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking

Artikel 34 van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat zowel voor het stellen van een diagnose als voor het instellen en voortzetten van de behandeling de geneesheer er zich toe verbindt zijn patiënten zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis. In zijn schrijven van 24 september 1997 aan de gewezen minister van Volksgezondheid en Pensioenen in verband met niet-conventionele geneeswijzen wees de Nationale Raad niet alleen op de noodzaak om bij iedere patiënt die op consult komt en ongeacht de vertoonde pathologie een diagnose te stellen alvorens een behandeling met therapeutische doeleinden in te stellen maar voegde er eveneens aan toe dat enkel artsen daartoe bevoegd zijn gezien hun lange en gecontroleerde wetenschappelijke opleiding en permanent getoetste klinische vorming. In de bijlage bij de Conceptnota wordt verwezen naar de "geldende standaard" voor kwaliteitsvolle dienstverlening en de Nationale Raad is van oordeel dat dit zonder de diagnostische inbreng van de arts niet mogelijk is.

## Recht op vrije keuze van zorgverlener

Met tevredenheid stelt de Nationale vast dat het recht op vrije keuze van de

zorgverlener in de Conceptnota een centrale plaats krijgt en dit in contrast met het voorontwerp van de vorige regering waarin dit deontologische basisbeginsel als geformuleerd in artikel 27 van de Code, niet opgenomen was. Nochtans vraagt de Nationale Raad zich af of het zinnig is de patiënt van meet af aan te informeren over de rechtsverhoudingen binnen een gezondheidsvoorziening. Door dergelijke informatie, die natuurlijk op vraag moet gegeven worden, systematisch te verstrekken zou men bij de patiënt de indruk kunnen wekken dat aansprakelijkheidsregelingen belangrijker zijn dan zorgverstrekking.

Overigens dient in dit verband te worden opgemerkt dat deelspecialismen enerzijds noodzakelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg maar anderzijds meebrengen dat de keuzemogelijkheden voor de patiënt daardoor, zelfs in een groot ziekenhuis, beperkt zijn. Het is dan ook uiterst belangrijk dat de verwijzende arts exact tracht in te schatten wie vermoedelijk de hoofdbehandelaar wordt zodat dit voorafgaandelijk aan de verwijzing met de patiënt kan besproken worden.

## Recht op informatie over de gezondheidstoestand

Ook wat het recht op informatie betreft gaat het om de omzetting van deontologische plichten zoals bepaald in de artikelen 29 en 33 van de Code van geneeskundige plichtenleer. Als principe wordt de tijdige mededeling van de diagnose en de prognose voorgesteld waarbij de arts rekening dient te houden met de draagkracht van de patiënt en de mate waarin hij wenst geïnformeerd te worden.

De Nationale Raad is van mening dat de informatieplicht en het recht op informatie van de patiënt moeten leiden tot een open dialoog waarin arts en patiënt samen zoeken naar de beste oplossing voor het gestelde probleem. In deze dialoog kan de patiënt zijn vragen, angsten en verwachtingen verwoorden terwijl de arts mogelijke oplossingen aanreikt vanuit zijn kennis van de mens en de geneeskunde. Hierbij moet vermeld dat ook de arts van de patiënt alle informatie verwacht die bij het maken van keuzes belangrijk kan zijn.

Misschien werd bij het onderstrepen van het belang van de dialoog tot heden te weinig stil gestaan bij de noodzaak aan voldoende mankracht op alle echelons en de passende vergoedingen. Een gebrek aan mensen en aan tijd kan in een welvaartsstaat geen aanvaardbaar excuus zijn.

## Recht op toestemming

Terecht wordt in de nota gewezen op de impliciete toestemming, die zeker in de dagdagelijkse praktijk van de huisarts maar ook van de specialist de regel is, al kan dit bij verdere juridisering van de arts-patiëntrelatie mogelijk tot problemen leiden. Belangrijk is natuurlijk wel dat de arts expliciet de toelating vraagt wanneer de voorgestelde onderzoeken en behandelingen een reëel risico inhouden. Hierbij doet de arts er goed aan ook te onderstrepen dat hij wel een optimale zorgverlening kan waarborgen maar dat dit niet altijd het gewenste resultaat garandeert.

## Rechten in verband met het patiëntendossier

Het recht op directe inzage van het medisch dossier door de patiënt zelf ligt in het verlengde van de informatieplicht en de voorgestane open communicatie. De medische deontologie voorziet in artikel 42 van de Code van geneeskundige plichtenleer dat de arts op vraag van de patiënt de objectieve gegevens uit het medisch dossier aan hem mag overhandigen. Daarnaast stelt de Conceptnota dat "de persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden van het inzagerecht uitgesloten zijn". Overigens bevinden zich in het medisch dossier nog een reeks gegevens die noch als "objectieve gegevens" worden beschouwd noch onder de categorie gegevens vallen die volgens de Conceptnota van inzage uitgesloten zijn.

Denkoefeningen en overleg zullen noodzakelijk zijn alvorens duidelijk is onder welke categorie elk gegeven uit het medisch dossier valt. Artikel 2 van het K.B. van 3 mei 1999 waarin wordt bepaald welke documenten en gegevens het medisch dossier in het ziekenhuis ten minste moet bevatten zal hierbij richtinggevend zijn terwijl nu reeds de vraag kan worden gesteld of hetero-anamnestiche gegevens, gegevens zijn die betrekking hebben op derden.

Tot vandaag was het medisch dossier enkel een werkinstrument van de arts in functie van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Het dient dan ook voorkomen te worden dat de kwaliteit van het dossier onder het inzagerecht van de patiënt zou lijden. Het overmaken van gegevens onder behandelaars zal vermoedelijk meer doordacht gebeuren en het zal enige tijd vergen vóór artsen een communicatiestijl ontwikkelen die geen weerslag heeft op de informatiestroom nu de patiënt meekijkt.

De Conceptnota voorziet dat de patiënt het recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffende dossier heeft. Vanuit deontologisch oogpunt kan men geen argumenten aanhalen om een patiënt een fotokopie van zijn dossier te ontzeggen wanneer men direct inzagerecht accepteert.

De Nationale Raad vraagt wel de bijzondere aandacht van de wetgever voor het risico dat de patiënt zelf loopt door de geboden mogelijkheid tot het bekomen van een afschrift. Het is immers niet denkbeeldig dat derden aan de patiënt een afschrift van zijn dossier gaan vragen, zelfs gaan eisen als bv. bij een aanwervingsonderzoek, bij het aangaan van een lening, bij het afsluiten van een verzekering of bij de uitbetaling ervan. Het dient dan ook te worden voorzien dat derden aan patiënten zelfs niet mogen vragen een afschrift van hun dossier voor te leggen.

## Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Terecht vermeldt de Conceptnota dat een heroverweging van artikel 95 van de Wet op de landverzekeringsovereenkomst van 25 juni 1992 zich opdringt. Artsen worden regelmatig onder druk gezet door patiënten die geen uitbetaling krijgen zolang bepaalde stukken als observatieverslagen bij hospitalisatieverzekeringen of geneeskundige verklaringen over naaste verwanten bij reisannulatieverzekeringen niet worden voorgelegd.

Overigens moet worden gezegd dat de patiënten bij wetenschappelijk onderzoek moeten beschermd worden tegen het gebruik van hun gegevens door hun eigen artsen zonder dat zij daartoe enige toestemming geven. Het zou goed zijn de expliciete toestemming van de patiënt op te leggen bij het gebruik van zijn gecodeerde gegevens. De meest recente versie van de Verklaring van Helsinki neemt trouwens ook dit standpunt in.

Als recht van de patiënt op de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer stelt de Conceptnota dat alle informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt waaronder zijn dossier als vertrouwelijk moet gehouden worden. In dit verband vraagt de Nationale Raad de bijzondere aandacht van de wetgever voor de inbeslagneming van patiëntendossiers door de onderzoeksrechters. Het is evident dat dit kan wanneer de arts zelf verdacht wordt maar dossiers in beslag nemen van patiënten die verdacht worden van misdrijven kan volgens de Nationale Raad niet. Gegevens, die vertrouwelijk door patiënten meegedeeld worden in het kader van hun behandeling kunnen niet tegen hen worden gebruikt. Dit ondermijnt moeizaam opgebouwde vertrouwensrelaties met patiënten, die dikwijls omwille van ernstige gedragsstoornissen hulp vragen en hulp nodig hebben. Een wetgevend initiatief zou deze lacune in de bescherming van de rechten van de patiënt moeten oplossen. Volledigheidshalve moet worden gezegd dat de Nationale Raad van mening is dat een arts bij verontrustend gedrag van zijn patiënt een beroep op de noodtoestand kan

doen.

## Recht op klachtenbemiddeling

Wat het recht op klachtenbemiddeling betreft is het juist dat veel onvrede, ongenoegen en zelfs schadeclaims kunnen voorkomen worden door een snelle bemiddeling door een laagdrempelige instantie. Het is voor de hand liggend dat een bemiddeling enkel zinnig kan zijn wanneer alle betrokkenen open kunnen praten en het niet enkel over feiten maar ook over fouten mogen hebben. De overgrote meerderheid van contracten burgerlijke aansprakelijkheid van de artsen laat dit echter niet toe. Men kan zich dan ook afvragen wat artsen te wachten staat wanneer geen minnelijke schikking tot stand komt en zij toegaven een fout te hebben begaan. Openheid in de communicatie met de bemiddelaar kan voluit onderschreven worden maar arts noch patiënt mogen hiervan de dupe worden. De wetgever zou met dit aspect rekening moeten houden bij het uitwerken van een ombudsfunctie.

Gedurende de hoorzitting van de commissie voor Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing van de Kamer van Volksvertegenwoordigers wees de voorzitter van de Nationale Raad erop dat de rechten van de patiënt betreffende de gevolgen van het medisch handelen onvermijdelijk een materieel aspect zullen meebrengen, zijnde de vergoeding voor de schadelijke gevolgen van medisch al dan niet foutief handelen. Dit probleem dat naar ervaring zeer moeilijk ligt en op grote budgettaire bekommernissen en moeilijkheden stuit, zal voor de vrijwaring van patiëntenrechten dringend moeten worden opgelost waarbij niet alleen de budgettaire vraag maar vooral de bepaling van de aan te spreken vergoeder aan de orde is. Tussen deze problematiek, waarvan het budgettaire aspect geen zuiver deontologisch gegeven is, en een wetgeving patiëntenrechten bestaat een dusdanige verbondenheid dat een zekere gelijktijdigheid in de regeling aangewezen is. De Nationale Raad kan zich enkel bij deze visie aansluiten.

## Vertegenwoordiging van de patiënt

Wat de vertegenwoordiging van de patiënt betreft stelt de Conceptnota oplossingen voor die slechts gedeeltelijk in de lijn liggen van de huidige medische deontologie. De plichtenleer kent naast de wettelijke vertegenwoordiger ook de feitelijke vertegenwoordiger en kent eveneens een belangrijke rol toe aan de naastbestaanden zonder deze personen nader te definiëren. De Nationale Raad heeft altijd veel belang gehecht aan de verbondenheid van de patiënt met voor hem belangrijke personen en steunfiguren uit zijn omgeving. De Nationale Raad is van oordeel dat een intersubjectieve benadering aansluit bij de realiteit, die leert dat van bij het begin van het ziekteproces een interactie ontstaat tussen de patiënt en zijn omgeving, die meestal onmiddellijk betrokken wordt bij de informatie over de aandoening en een belangrijke rol speelt bij de te maken keuzes en het geven van toestemming. De voorgestelde cascade van mogelijke vertegenwoordigers zal juridisch wel sluitend zijn maar gaat voorbij aan de realiteit van het systeem waarvan de patiënt deel uitmaakt en blijft uitmaken, ook wanneer hijzelf niet meer in staat is de nodige informatie te begrijpen noch zijn toestemming te geven.

Zowel in het recht op informatie als in het recht op toestemming werd de mogelijkheid van tussenkomst voorzien van een vertrouwenspersoon die door de meerderjarige wordt aangewezen wanneer hij nog in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen en namens hem optreedt wanneer hij daartoe niet meer in staat is. Opvallend is dat over het profiel van de vertrouwenspersoon niets wordt gezegd en men het bijvoorbeeld niet nodig vond te voorzien dat hij geen directe noch indirecte persoonlijke belangen mag hebben bij de afwikkeling van het lot van de patiënt. Even essentieel is dat ook alle nodige waarborgen worden voorzien voor de vrije keuze van de patiënt bij het aanwijzen van de vertrouwenspersoon en dat onder meer de duur



van het mandaat beperkt wordt.

Zelfs al worden de nodige garanties voorzien, toch blijft het onaanvaardbaar dat de arts niet kan afwijken van de beslissing van de vertrouwenspersoon. Artikel 14 van de Conceptnota voorziet dat de arts kan afwijken van de beslissing van de ouders en de voogd om levensbedreiging en een ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt af te wenden en de Nationale Raad is van oordeel dat dit ook moet gelden voor de beslissing van de vertrouwenspersoon.

Evenmin kan de Nationale Raad accepteren dat een arts verplicht is een schriftelijke weigering tot toestemming tot een welomschreven optreden van een zorgverlener te eerbiedigen wanneer deze weigering werd opgesteld toen de patiënt nog tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat was. Dergelijke weigeringen zijn slechts indicatief en kunnen niet dwingend zijn.

Wel is de Nationale Raad van mening dat de zorgverlener ernstig rekening moet houden zowel met de mening van de vertrouwenspersoon als met een schriftelijke wilsverklaring van de patiënt. Deze elementen kunnen zelfs van doorslaggevende betekenis zijn wanneer getwijfeld wordt tussen abstineren of interveniëren maar het zou onaanvaardbaar zijn mensen te laten sterven wanneer een bepaalde behandeling een grote kans maakt op een goed resultaat. Wel is het aangewezen dat de verantwoordelijke arts, alvorens in dergelijke omstandigheden een beslissing te nemen, de mening inwint van een andere collega en/of van het behandelend multidisciplinair team en desgevallend ook met de familie overleg pleegt.

## Federale adviescommissie "Rechten van de patiënt"

Wat de federale adviescommissie betreft is het duidelijk dat een voortdurende evaluatie en bijsturing van de rechten van de patiënt noodzakelijk is gezien de snelle evolutie in het maatschappelijk denken betreffende deze materie.

In een evenwichtig samengestelde Federale adviescommissie met de in bijlage aan de Conceptnota toebedeelde taken en bevoegdheden meent de Orde van geneesheren haar plaats te hebben en op deelname aan de werkzaamheden aanspraak te mogen maken.

## Besluit

Tot besluit kan worden gezegd dat de Nationale Raad waardering heeft voor de grote lijnen van de Conceptnota waarin veel van de door de Orde voorgestane principes terug te vinden zijn.

Wel acht de Nationale Raad het noodzakelijk bijkomende garanties in de tekst op te nemen voor een volledige bescherming van de gegevens van de patiënt en het patiëntendossier in zijn geheel zodat derden daarvan nooit enig gebruik kunnen maken tenzij voorzien bij wet.

Tenslotte meent de Nationale Raad dat de beslissingen van de vertrouwenspersoon en de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt de kansen op een waardevol en menswaardig leven niet mogen ondermijnen daar dit indruist tegen het belang van de patiënt en het respect voor zijn persoon.