

Opstellen van medische documenten – principes en aanbevelingen

Doc	a167021
Publicatiedatum	19/09/2020
Origine	NR
Thema's	Getuigschrift

In zijn vergadering van 19 september 2020 heeft de nationale raad het volgende advies uitgebracht betreffende het opstellen van medische documenten, met name medische getuigschriften, om aan de confraters de principes te herinneren die hen moeten leiden.

Artikel 26 van de Code van medische deontologie (CMD 2018) stelt:

De arts bezorgt de patiënt de medische documenten die hij nodig heeft

De arts stelt deze documenten waarheidsgetrouw, objectief, voorzichtig en discreet op, met aandacht voor het vertrouwen dat de maatschappij in hem stelt. Hij vermeldt daarbij geen gegevens over derden.

De arts bezorgt op vraag van de patiënt de documenten aan de arts die de patiënt aanwijst.

1.1. Onderwerp van artikel 26 van de CMD 2018

Artikel 26 van de CMD 2018 gaat over de handelwijze van de behandelende arts die door zijn patiënt gevraagd wordt een document betreffende zijn gezondheidstoestand op te stellen of in te vullen.

De woorden "medische documenten" gebruikt in artikel 26 van de CMD 2018 zijn algemene termen die betrekking hebben op elk door de arts opgesteld document dat de patiënt nodig heeft ter attentie van een derde persoon waarin de arts beschrijft of verklaart een feit van medische aard (fysieke of psychische gezondheidstoestand, ziekte, ongeval, zorg) te hebben vastgesteld, na een medische raadpleging of op basis van het medisch dossier.

Dit omvat het opstellen van verscheidene stukken, waaronder de medische getuigschriften, de antwoorden op medische vragenlijsten of nog de medische kaarten die informatie betreffende de gezondheid van de patiënt vermelden (allergie, inspuiting van een radioactief product, enz.).

Het doel van deze documenten is meervoudig : het verkrijgen van een sociaal voordeel (inkomensvervangende tegemoetkoming, sociale steun voor een gehandicapte, enz.), de vrijstelling of de uitvoering van een wettelijke verplichting (schoolplicht, stemplicht, vaccinatieplicht, enz.), het verkrijgen van de terugbetaling van een geneesmiddel dat de toestemming vereist van de adviserende arts, het opmaken van het bewijs in het kader van een deskundigenonderzoek of van een contractuele relatie (reisannulatieverzekering, enz.) zijn enkele voorbeelden hiervan.

Deze documenten hebben gemeen dat ze de werkelijkheid van een medisch feit trachten te waarborgen ten opzichte van derden. De eraan verbonden bewijswaarde is het resultaat van het vertrouwen dat de maatschappij heeft in het medisch korps en meer bepaald in de beroepsbekwaamheid van zijn auteur en in de integriteit die zijn beroepsdeontologie hem oplegt. Het opstellen van een medisch document stelt de arts verantwoordelijk.

Bij de redactie ervan moeten altijd eerlijkheid, objectiviteit, voorzichtigheid en discretie in acht worden genomen.

Sommige medische documenten zijn onderworpen aan een specifieke wetgeving die de vorm en de bestemmingen ervan bepaalt (bijvoorbeeld het koninklijk besluit van 29 juli 2019 tot vaststelling van de inhoud en de vorm van het standaardformulier van omstandige geneeskundige verklaring ter uitvoering van artikel 1241, § 1, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek).

Het is een deontologische plicht van de behandelende arts, binnen de grenzen van zijn bekwaamheden en objectief, te voldoen aan de rechtmatige vragen van de patiënt die slechts kunnen worden geconcretiseerd met zijn medewerking. Hij kan zich er niet aan onttrekken zonder gegronde redenen.

1.2. Datum van het document en van de elementen waarop het gebaseerd is

Het medische document dient altijd de datum te dragen van de dag van zijn redactie.

In geval van afschrift preciseert de arts de datum van opstelling van het originele document en dateert hij het afschrift met de redactedatum.

Behalve bijzondere redenen te vermelden in het medisch dossier (bijvoorbeeld een definitieve gezondheidstoestand), wordt het document opgesteld na de medische raadpleging tijdens welke de arts de nodige, actuele, informatie kon verzamelen en een klinisch onderzoek kon uitvoeren.

Indien de arts gevraagd wordt de gezondheidstoestand van de patiënt op een vroeger moment (voorafgaand aan het opstellen) te attesteren, mag hij zich baseren op medische elementen die hij toen verzamelde of op geactualiseerde gegevens uit het dossier.

1.3. Eerlijkheid

De arts stelt het medische document gewetensvol en volledig waarheidsgetrouw op, geleid door de huidige stand van de wetenschap.

Opzettelijk valse attesten schrijven kan leiden tot strafrechtelijke en disciplinaire vervolging.

Een welwillendheidsattest is een vals attest dat de arts vrijwillig en uit pure inschikkelijkheid opstelt met het oog op het opwekken van de welwillendheid van de bestemming tegenover zijn patiënt.

Deze eerlijkheidsplicht slaat op alle elementen in het document: beschreven medische feiten, voorgestelde behandelingen, vermelde data, handtekeningen, enz.

1.4. Objectiviteit

De arts handelt objectief door er onder andere voor te zorgen zich niet te laten beïnvloeden door onredelijke vragen van de patiënt of van derden en geen zaken te attesteren die buiten zijn medische bekwaamheid vallen of wetenschappelijk ongegrond zijn, zonder verband met de gezondheidstoestand van de patiënt of met

betrekking tot derden die hij niet kent of die hij niet onderzocht heeft (i.v.m. de derden, zie ook punt 1.6. Medisch geheim). Hij alleen bepaalt wat hij schrijft.

Hij bevestigt of wat hij beschrijft gebaseerd is op een anamnese, een klinisch onderzoek, een raadpleging op afstand, medische documenten (medisch dossier) of zelfs louter op de verklaringen van de patiënt (dixitattest).

Een dixitattest is louter gebaseerd op de verklaring van de betrokkene en niet op de eigen medische vaststellingen van de arts. De arts vermijdt in de mate van het mogelijke een dergelijk document op te stellen. Zoals alle attesten mag dit geen verklaringen over derden bevatten.

1.5. Voorzichtigheid en uiterste nauwkeurigheid

De arts dient voorzichtig te zijn in wat hij formuleert, bewust van de grenzen van zijn kennis en van het onvoorspelbare in de evolutie van een gezondheidstoestand.

Hij moet redactiefouten vermijden (ontbreken van datum of handtekening, onleesbaarheid, enz.).

Hij let erop dat de vorm en de inhoud van het document beantwoorden aan de desgevallend vigerende wettelijke bepalingen en heeft aandacht voor de motivering van de vraag en de bestemming van het document (RIZIV, wetsverzekeraar, verzekeringsorganismen, verzekeringsmaatschappijen, probatiecommissie, onderwijsinstelling, werkgever, enz.).

De arts moet uiterst nauwkeurig te werk gaan bij het verzamelen en analyseren van de elementen waarop hij zich baseert om een medisch feit te attesteren. Zijn bewoordingen moeten voorzichtig en genuanceerd zijn en zich beperken tot medische beschouwingen.

Het document vermeldt de identiteit van de betrokken persoon. Het bevat ook de beroepsgegevens, met inbegrip van het RIZIV-nummer, van de arts zodat deze identificeerbaar is.

Het is nuttig en sterk aangeraden in het medisch dossier een kopie of een spoor van de redactie van het document te bewaren, met name om de datumgegevens te onthouden maar ook in geval van verlies of zelfs van geschil.

1.6. Discretie en beroepsgeheim

De arts zorgt ervoor de inhoud van het document te beperken tot wat relevant en nodig is, overeenkomstig de context waarin het wordt gebruikt (bijvoorbeeld, het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid bestemd voor de werkgever vermeldt de diagnose niet, in tegenstelling met dat bestemd voor het verzekeringsorganisme (ziekenfonds)).

Het document respecteert de waardigheid van de patiënt.

De arts die aan de patiënt een document geeft waarin persoonsgegevens staan over zijn gezondheid die deze hem toevertrouwde schendt het beroepsgeheim tegenover de patiënt zelf niet.

Ten opzichte van derden voor wie het document bestemd is, komt de eerbiediging van het geheim in gevaar wanneer elementen onnodig kenbaar gemaakt worden.

De wens van de patiënt om in het document elementen te vermelden die geen verband houden met het voorwerp ervan, volstaat niet om de arts te beschermen tegen een inbreuk op de vertrouwelijkheidsplicht.

1.7. Loyaliteit

De arts legt aan de patiënt de elementen uit die hij in het medische document vermeldt zodat deze, volledig op de hoogte van de inhoud, het vrij kan gebruiken zoals hij wenst, met eerbiediging van zijn autonomie.

Indien de patiënt zich verzet tegen bepaalde openbaarmakingen, oordeelt de arts of er een reden is tot weigering om het document op te stellen omdat de door de patiënt gevraagde weglating de eerlijkheid van de inhoud aantast.

1.8. Overhandigen van het document

De arts geeft het medische document aan de patiënt, of aan zijn vertrouwenspersoon indien de patiënt dit wenst, ook al is het bestemd om overhandigd te worden aan een derde. Indien de patiënt een onbekwame meerderjarige is of een minderjarige die niet in staat is redelijkerwijze zijn belangen te beoordelen, geeft de arts het document aan zijn vertegenwoordiger.

Mits de patiënt zijn toestemming geeft, kan de arts het medische document dat hij opstelde doorsturen naar de arts aangeduid door de patiënt (de adviserend arts van het verzekeringsorganisme (ziekenfonds), de schoolarts, enz.)