

# Symposium 27 september 2008

## “Hot topics in de deontologie”

### **Het levenseindebeleid in zorginstellingen:**

<b>juridische analyse vanuit patiëntrechtelijk perspectief – Sylvie Tack</b>	p. 2
<b>Collocatie - Dokter Paul Beke</b>	p. 33
<b>Arts en Geheim - Dr. Jur. Denis Holsters</b>	p. 39
<b>Inzagerecht in het medisch dossier - Dokter Robert Nailis</b>	p. 59
<b>De arts en zijn/haar moslimpatiënt</b>	
<b>Islamitisch standpunt en voorstel tot aanpak - Dokter Mouloud Kalaaï</b>	p. 62
<b>Onwettige uitoefening van de geneeskunde - Dokter Richard Rega</b>	p. 66
<b>Bewindvoerder – vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger van de patiënt</b>	
<b>Mr. Filip Dewallens</b>	p. 76

# Symposium 27 september 2008

## “Hot topics in de deontologie”

### Het levenseindebeleid in zorginstellingen: juridische analyse vanuit patiëntrechtelijk perspectief

Sylvie Tack<sup>12</sup>

#### INHOUDSOPGAVE

<b>I. INLEIDING</b> .....	<b>3</b>
<b>II. HET BEGRIP ‘LEVENSEINDEBELEID IN ZORGINSTELLINGEN’</b> .....	<b>5</b>
1. DEFINITIE .....	5
2. VERSCHIJNINGSVORMEN .....	6
A. <i>Instellingsbeleid inzake euthanasie</i> .....	6
B. <i>Instellingsbeleid inzake therapiebeperking (DNR-beleid)</i> .....	8
1.1. DNR-protocollen .....	8
1.2. DNR-codebladen .....	9
C. <i>Instellingsbeleid inzake pijn- en symptoombestrijding</i> .....	10
D. <i>Instellingsbeleid inzake palliatieve sedatie</i> .....	11
E. <i>Instellingsbeleid inzake hulp bij zelfdoding</i> .....	12
3. SOORTEN BELEIDSVOORSCHRIFTEN .....	13
A. <i>Klinische voorschriften</i> .....	13
B. <i>Procedurele voorschriften</i> .....	14
C. <i>Ethische voorschriften</i> .....	14
<b>III. JURIDISCHE ANALYSE</b> .....	<b>15</b>
1. MOGEN ZORGINSTELLINGEN HUN EIGEN LEVENSEINDEBELEID BEPALEN? .....	15
2. ZIJN ZORGINSTELLINGEN VERPLICHT OM EEN LEVENSEINDEBELEID TE HEBBEN? .....	16
3. MOETEN ZORGINSTELLINGEN HUN LEVENSEINDEBELEID BEKEND MAKEN? .....	17
4. ONDER WELKE VOORWAARDEN MOGEN EUTHANASIEVERZOEKEN BINNEN DE INSTELLING WORDEN ONDERZOEKT? .....	19
A. <i>A priori-toetsing: de palliatieve filterprocedure</i> .....	19
B. <i>A posteriori-toetsing door niet bij de zorg betrokken instellingsorganen</i> .....	21
5. AAN WELKE VOORWAARDEN MOET EEN ZORGVULDIG THERAPIEBEPERKINGSBELEID VOLDOEN? .....	22

<sup>1</sup> Advocaat Dewallens & Partners (Leuven); wetenschappelijk medewerker Universiteit Gent (Vakgroep Strafrecht en Criminologie); vrijwillig medewerker Universiteit Antwerpen (Vakgroep Burgerlijk Recht); onderzoeker IWT-Melc-Project (‘Monitoring Quality of End-of-Life Care’, [www.endoflifecare.be](http://www.endoflifecare.be)).

<sup>2</sup> Met dank aan Prof. Dr. Tom Balthazar (Universiteit Gent) voor zijn kritische opmerkingen over deze bijdrage.

A. Multidisciplinair overleg.....	22
B. Registratie en motivatie in het dossier.....	23
C. Respect voor het recht op informatie en geïnformeerde toestemming .....	24
1.1. Moet de patiënt voorafgaandelijk geïnformeerd worden over het medisch uitzichtloos karakter van zijn gezondheidssituatie?.....	24
1.2. Moet de patiënt voorafgaandelijk geïnformeerd worden over de DNR-beslissing en het intern afgesproken DNR-beleid? .....	26
1.3. Moet een patiënt toestemming geven alvorens een DNR-beslissing kan worden uitgevoerd?.....	27
a. Relevantie van de vraag.....	27
b. Standpunt van de wetgever.....	28
c. Standpunt van de Orde van Geneesheren.....	28
d. Standpunt van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek .....	28
e. Standpunt in de rechtsleer.....	29
1.4. Conclusie.....	31
<b>IV. BESLUIT.....</b>	<b>31</b>

## I. INLEIDING

Sterven ‘leeft’ vandaag meer dan ooit. Niet alleen in politieke, sociale en economische middens waar de vergrijzing van de bevolking en het bijhorende kostenplaatje een heet hangijzer zijn, ook in zorginstellingen roepen levenseindebeslissingen talrijke medische, ethische en juridische vragen op. Om hieraan tegemoet te komen, wordt het stervensproces steeds vaker beleidsmatig aangepakt. Uit recent wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat vandaag heel wat zorginstellingen een “*schriftelijk levenseindebeleid*” hebben uitgewerkt. Dergelijk beleid verschijnt doorgaans onder de vorm van euthanasierichtlijnen en afspraken omtrent het staken of niet opstarten van een behandeling. Daarnaast verschijnt ook instellingsbeleid omtrent palliatieve sedatie en pijn- en symptoombestrijding. Uit een bevraging van de Vlaamse katholieke ziekenhuizen in 2006 is gebleken dat 63% van deze instellingen over een geschreven euthanasiebeleid beschikt en 62% over een schriftelijk DNR-beleid.<sup>3</sup> Van de ondervraagde Vlaamse katholieke rusthuizen had 15% een schriftelijke euthanasierichtlijn en 26% een DNR-beleid.<sup>4</sup> Een minderheid van de Vlaamse zorginstellingen beschikte over een schriftelijk beleid inzake palliatieve sedatie en pijn- en symptoombestrijding. Zo hadden 19% van de Vlaamse katholieke ziekenhuizen een schriftelijk beleid inzake palliatieve sedatie en 10% van hen een schriftelijk beleid inzake pijn- en symptoombestrijding. Voor de Vlaamse katholieke rusthuizen was dit het geval in respectievelijk 16% en 14% van de gevallen. Tot slot bestaat op beperkte schaal ook instellingsbeleid inzake hulp bij zelfdoding, doch dit komt vooral voor in psychiatrische zorginstellingen.

Verschillende motieven liggen aan de grondslag voor de toename van deze beleidsontwikkeling: vooreerst vormen institutionele richtlijnen vaak een praktische en eenvoudige leidraad voor zorgverleners en patiënten bij de uitvoering van levensbeëindigende handelingen. In 2002 kwam immers een wettelijke regeling tot stand voor beslissingen inzake euthanasie<sup>5</sup> en palliatieve zorg<sup>6</sup> en werden een aantal belangrijke patiëntenrechten wettelijk vastgelegd<sup>7</sup>. Teneinde deze complexe

<sup>3</sup> J. LEMIENGRE, B. DIERICKX DE CASTERLÉ, G. VERBEKE, C. GUISSON, P. SCHOTSMANS & C. GASTMANS, “Ethics policies on euthanasia in hospitals - A survey in Flanders (Belgium)”, *Health Policy* 2007, afl. 84, 170-180.

<sup>4</sup> J. LEMIENGRE, B. DIERICKX DE CASTERLÉ, G. VERBEKE, K. VAN CRAEN, P. SCHOTSMANS & C. GASTMANS, “Ethics policies on euthanasia in nursing homes: A survey in Flanders, Belgium”, *Social Science & Medicine* 2008, afl. 66, 376-386.

<sup>5</sup> Wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, B.S. 22 juni 2002 (hierna: de “*Euthanasiewet*”).

<sup>6</sup> Wet van 14 juli 2002 inzake Palliatieve Zorg, B.S. 26 september 2002 (hierna: de “*Wet Palliatieve Zorg*”).

<sup>7</sup> Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, B.S. 22 augustus 2002 (hierna: de “*Wet*”).

wetgeving te ‘vertalen’ naar meer eenvoudige richtlijnen voor zorgverleners en patiënten, hebben veel zorginstellingen daartoe schriftelijke richtlijnen opgesteld. Institutionele praktijkrichtlijnen bevatten vaak ook interne afspraken omtrent de uitvoering van niet (uitdrukkelijk) wettelijk geregelde levenseindebeslissingen, zoals niet-behandelbeslissingen. Door een beleidsmatige aanpak van de uitvoering van levenseindebeslissingen trachten zorginstellingen ook meer patiëntgericht te handelen en een doorgedreven ‘zorg op maat’ aan te bieden. Een tijdig opgestelde planning van de laatste levensfase van de patiënt (de zogenaamde “*advance care planning*”) moet ertoe leiden dat zijn laatste wensen zoveel mogelijk gerespecteerd worden en niet-gewilde handelingen vermeden. Verder geeft schriftelijk levenseindebeleid vaak uiting aan het ethisch instellingsstandpunt omtrent bepaalde levensbeëindigende handelingen. Sommige richtlijnen gaan nog verder en definiëren bijkomende zorgvuldigheidseisen en interne procedures opdat bepaalde vormen van levensbeëindiging kunnen worden uitgevoerd (bijvoorbeeld de palliatieve filter). Tot slot is de ontwikkeling van levenseindebeleid bedoeld om de kwaliteit van het zorgproces te verbeteren, eenvormigheid in medische beslissingen na te streven en kosten zoveel mogelijk te beheersen.

Ondanks de onbetwistbare voordelen van de uitwerking van institutioneel levenseindebeleid, roept de ontwikkeling en toepassing ervan verschillende juridische vragen op. In deze bijdrage worden enkele van deze vragen geanalyseerd vanuit patiëntrechtelijk perspectief.<sup>8</sup> Patiënten beschikken immers over heel wat afdwingbare rechten die invloed kunnen hebben op de ontwikkeling, invulling en toepassing van instellingsbeleid. Zo hebben patiënten het recht op vrije keuze, zelfbeschikking en kwaliteitsvolle dienstenverstrekking<sup>9</sup>, informatie over hun gezondheidstoestand<sup>10</sup>, geïnformeerde toestemming<sup>11</sup>, adequate pijnbestrijding<sup>12</sup>, privacybescherming over hun gezondheidsgegevens<sup>13</sup> en palliatieve zorgen<sup>14</sup>. Zorginstellingen moeten deze principes te allen tijde respecteren. Zoniet begaan zij een inbreuk op de algemene zorgvuldigheidsnorm<sup>15</sup> en/of hun (verblijfs- of verzorgings)overeenkomst met de patiënt<sup>16</sup>. Ziekenhuizen hebben bovendien de wettelijke verplichting om de Wet Patiëntenrechten na te leven en erover te waken dat ook (zelfstandig verbonden) zorgverleners, deze rechten naleven.<sup>17</sup>

---

*Patiëntenrechten*”).

<sup>8</sup> Dit neemt niet weg dat ook heel wat interessante vraagstellingen bestaan omtrent de ter zake geldende rechtspositie van de zorgverleners. Zo is het bijvoorbeeld de vraag in hoeverre het levenseindebeleid van een zorginstelling de professionele autonomie van artsen kan beperken door bijvoorbeeld bijkomende interne euthanasievoorwaarden op te leggen of bepaalde patiëntengroepen van euthanasie uit te sluiten. Gelet op de beperkte omvang van deze bijdrage, worden deze discussiepunten niet (uitgebreid) in deze bijdrage besproken. Voor een bespreking hiervan, zie S. TACK & T. BALTHAZAR, “Legal aspects of written end-of-life care policies in health care institutions”, *Congress Proceedings of the 17<sup>th</sup> World Congress on Medical Law* 2008.

<sup>9</sup> Artikel 5 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>10</sup> Artikel 7 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>11</sup> Artikel 8 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>12</sup> Artikel 11*bis* van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>13</sup> Zie Wet Patiëntenrechten, artikel 458 van het Strafwetboek en artikel 7 van de Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, B.S. 18 maart 1993 (hierna: de “*Wet Verwerking Persoonsgegevens*”).

<sup>14</sup> Artikel 2 van de Wet Palliatieve Zorg.

<sup>15</sup> In dat geval is de buitencontractuele aansprakelijkheid van de instelling in het gedrang (artikel 1382 B.W.).

<sup>16</sup> In dat geval is de contractuele aansprakelijkheid van de instelling in het gedrang (artikel 1134 B.W.).

<sup>17</sup> Overeenkomstig artikel 30 (oud artikel 17*novies*) van de Wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd op 10 juli 2008 (hierna: de “*Ziekenhuiswet*”) moet ieder ziekenhuis “*binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt [naleven] wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens patiënten*” en moet “*ieder ziekenhuis er bovendien over [waken] dat de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen*”.

Doen ziekenhuizen dit niet, dan schenden zij (ook) een wettelijke norm. Omwille van het belang van de naleving van patiëntenrechten bij de ontwikkeling en invulling van instellingsbeleid, worden hierna dan ook een aantal belangrijke juridische vragen onderzocht.

Voorafgaandelijk aan deze juridische analyse, wordt het begrip “*levenseindebeleid in zorginstellingen*” omschreven [onder II.1.] en worden de verschillende verschijningsvormen [onder II.2.] en beleidvoorschriften toegelicht [onder II.3.]. Nadien volgt de eigenlijke juridische analyse waarbij eerst de toelaatbaarheid van dergelijk beleid wordt onderzocht [onder III.1.], alsook de vraag of een zorginstelling kan verplicht worden om een levenseindebeleid te hebben [onder III.2.]. Vervolgens wordt nagegaan of dit beleid, zo er één is, bekend moet gemaakt worden aan (huidige en toekomstige) patiënten [onder III.3.]. Tot slot wordt besproken op welke wijze euthanasieverzoeken op legitieme wijze binnen de instelling kunnen getoetst en geëvalueerd worden [onder III.4.] en aan welke voorwaarden een zorgvuldig therapiebeperkingsbeleid moet voldoen opdat de rechtspositie van patiënten ten volle zou gerespecteerd worden [onder III.5.].

## II. HET BEGRIJF ‘LEVENSEINDEBELEID IN ZORGINSTELLINGEN’

### 1. DEFINITIE

Het “*levenseindebeleid in zorginstellingen*” omvat een verzameling van (mondelinge en/of schriftelijk geformuleerde) standpunten en documenten die bedoeld zijn om het nemen van levenseindebeslissingen binnen de zorginstelling te vereenvoudigen, te stroomlijnen of te sturen. Naast klinische en ethische beleidsregels, kunnen ook praktische voorschriften deel uitmaken van het levenseindebeleid van een zorginstelling.

GASTMANS en LEMIENGRE hanteren in hun studies de term “*schriftelijk ethisch instellingsbeleid*” en definiëren dit als schriftelijke afspraken (zoals procedures, richtlijnen en protocollen) bekrachtigd door het management van de zorginstelling om zorgverleners een richtlijn te bieden voor het geval zij geconfronteerd worden met een klinisch-ethisch probleem dat betrekking heeft op een besluitvormingsproces en/of een gefaseerd plan.<sup>18</sup> Deze omschrijving door GASTMANS en LEMIENGRE omvat echter niet alle vormen van schriftelijk institutioneel levenseindebeleid. Samen met HAVERKATE en VAN DER WAL kan gesteld worden dat naast richtlijnen en protocollen, ook de uitgeschreven, intern geldende visies inzake levensbeëindigend handelen als “*schriftelijk institutioneel levenseindebeleid*” kunnen worden beschouwd.<sup>19</sup>

VAN WIJMEN is van oordeel dat de term “*afspraken binnen de directie*” weinig *to the point* is en beter vervangen wordt door “*een doelgericht door het bevoegd gezag van de instelling schriftelijk vastgelegd samenstel van regels betreffende de wijze waarop in de instelling met levensbeëindiging*

<sup>18</sup> C. GASTMANS, “Geschreven ethisch euthanasiebeleid in katholieke ziekenhuizen en verzorgingshuizen”, in M. ECHTELD, L. DELIENS, B.-D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN (red.), *Palliatieve Zorg. Nederland en Vlaanderen in beeld*, Utrecht, De Tijdstroom, 2008, 139; J. LEMIENGRE et al., “Ethics policies on euthanasia in hospitals - A survey in Flanders (Belgium)”, *l.c.*, 172; J. LEMIENGRE, B. DIERICKX DE CASTERLÉ, Y. DENIER, P. SCHOTSMANS & C. GASTMANS, “Een systematische analyse van het schriftelijke ethische euthanasiebeleid van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen”, *Ethische Perspectieven* 2008, afl. 18, 170.

<sup>19</sup> I. HAVERKATE & G. VAN DER WAL, *Instellingsbeleid inzake medische beslissingen rond het levenseinde in de intramurale gezondheidszorg*, Studie uitgevoerd voor de Vrije Universiteit Amsterdam en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Rijswijk, 1996.

wordt omgegaan”.<sup>20</sup> Schriftelijk levenseindebeleid ontstaat echter niet altijd op initiatief van het Management. Praktijkrichtlijnen inzake levensbeëindigend handelen kunnen ook ontwikkeld worden door een ander instellingsorgaan (zoals de Medische Raad of het Ethisch Comité), een bepaalde dienst (zoals de Dienst Intensieve Zorgen of de Palliatieve Eenheid) of een groep van zorgverstrekkers (zoals de oncologen van het ziekenhuis die samen een richtlijn maken inzake pijnbestrijding bij terminale patiënten). Verder is het mogelijk dat binnen de instelling praktijkrichtlijnen worden gebruikt die ontwikkeld werden door een wetenschappelijke organisatie (bijvoorbeeld de “Richtlijn Pijnbeleid bij Kinderen” van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde<sup>21</sup>), een beroepsvereniging (bijvoorbeeld de “Richtlijn Palliatieve Sedatie” ontwikkeld door de KNMG<sup>22</sup> of een koepelorganisatie waartoe de instelling behoort (zoals bijvoorbeeld de Richtlijn “Zorg voor een menswaardig levenseinde” goedgekeurd door het Verbond der Verzorgingsinstellingen<sup>23</sup>)

## 2. VERSCHIJNINGSVORMEN

Traditioneel maakt de literatuur een onderscheid tussen de volgende vijf “*medische beslissingen omtrent het levenseinde*” (hierna: “*MBL's*”): euthanasie, niet starten of stopzetten van een behandeling, pijnbestrijding met levensverkortend effect, hulp bij zelfdoding en ongevraagde levensbeëindiging.<sup>24</sup> Uit diverse wetenschappelijke studies blijkt dat het levenseindebeleid in zorginstellingen zich parallel ontwikkelt met deze MBL-categorieën. Zo onderscheiden GASTMANS en LEMIENGRE institutioneel beleid inzake euthanasie, niet-behandelbeslissingen, pijn- en symtoombestrijding met mogelijk levensverkortend effect en palliatieve sedatie.<sup>25</sup> VAN WIJMEN onderscheidt nog een vijfde vorm, namelijk het instellingsbeleid inzake hulp bij zelfdoding.<sup>26</sup> Hierna worden deze diverse vormen van levenseindebeleid nader toegelicht.

### A. Instellingsbeleid inzake euthanasie

Sinds 2002 is euthanasie<sup>27</sup> wettelijk geregeld in België en mogen artsen onder strikte voorwaarden<sup>28</sup> euthanasie toepassen zonder hierdoor een misdrijf te begaan. Zoals hoger besproken, zijn veel

<sup>20</sup> F. VAN WIJMEN, “Levensbeëindigend handelen in een institutionele context”, in J. LEGEMAATE en R. DILLMAN (red.), *Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt*, Houten/Antwerpen, Bohn Stafleu Van Loghum, 2003, 64.

<sup>21</sup> Deze Richtlijn kan geraadpleegd worden via: <http://www.vvkindergeneeskunde.be>.

<sup>22</sup> KNMG is de afkorting van Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. De vermelde Richtlijn inzake Palliatieve Sedatie kan geraadpleegd worden via: <http://knmg.artsenet.nl/Dossiers-thematisch/levenseinde/euthanasieenpalliatievesedatie.htm>.

<sup>23</sup> Advies inzake “Zorg voor een menswaardig levenseinde”, goedgekeurd door het Verbond der Verzorgingsinstellingen (thans Zorgnet Vlaanderen) op 26 april 2002, te raadplegen op [www.zorgnetvlaanderen.be](http://www.zorgnetvlaanderen.be).

<sup>24</sup> L. DELIENS, F. MORTIER, J. BILSEN, M. COSYNS, R. VANDER STICHELE, J. VANOVERLOOP & K. INGELS, “End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey”, *The Lancet* 2000, afl. 356, 1806-1811.

<sup>25</sup> J. LEMIENGRE et al., “Ethics policies on euthanasia in hospitals - A survey in Flanders (Belgium)”, *l.c.*, 170-180; J. LEMIENGRE et al., “Ethics policies on euthanasia in nursing homes: A survey in Flanders, Belgium”, *l.c.*, 376-386.

<sup>26</sup> F. VAN WIJMEN, *l.c.*, 75-76.

<sup>27</sup> Overeenkomstig artikel 2 van de Euthanasiewet omvat euthanasie het opzettend levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek.

<sup>28</sup> Opdat een arts legaal euthanasie mag toepassen dient het verzoek uit te gaan van een handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige bewuste patiënt en moet het verzoek schriftelijk, vrijwillig, overwogen en herhaald tot stand zijn gekomen. Daarnaast moet de patiënt zich bevinden in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden en het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Verder heeft de uitvoerende arts belangrijke informatieplichten, moet hij

zorginstellingen vooral sinds de inwerkingtreding van de Euthanasiewet overgegaan tot uitwerking van een euthanasiebeleid. Dergelijk beleid kan gaan van de loutere formulering van het ethisch euthanasiestandpunt van de instelling tot de uitwerking van concrete voorschriften over de wijze waarop euthanasie binnen de instellingsmuren moet worden uitgevoerd. Tegenwoordig beschikken veel instellingen over systematisch ontwikkelde praktijkrichtlijnen of zelfs volledig uitgewerkte protocollen en/of stappenplannen.

Ondanks de massale aanwezigheid van (geschreven) euthanasiebeleid in de Vlaamse zorgsector, bestaan belangrijke verschillen in de wijze waarop het beleid is geformuleerd: zo kan een ‘gedogen beleid’ worden gevoerd waarbij euthanasie is toegelaten voor zover alle wettelijke bepalingen worden gerespecteerd. Daarnaast kan sprake zijn van een ‘veroorlovend beleid’ dat euthanasie toelaat op voorwaarde dat ook bijkomende (maar niet in de Euthanasiewet bepaalde) instellingsvoorwaarden worden nageleefd. Tot slot kan het instellingsbeleid euthanasie integraal verbieden (zero tolerantie).<sup>29</sup>

Het euthanasiebeleid in Belgische zorginstellingen is in veel gevallen strenger dan de Euthanasiewet waarbij aan zorgverstrekkers en patiënten vaak bijkomende (doch niet in de wet bepaalde) voorwaarden worden opgelegd. Deze additionele voorwaarden kunnen van formele aard zijn (vb. de verplichte doorverwijzing bij euthanasieweigering of de interne meldingsplicht van euthanasie aan de ziekenhuisdirectie), maar kunnen ook betrekking hebben op de materiële euthanasievoorwaarden (vb. uitsluiting van bepaalde patiëntengroepen of aandoeningen). Uit onderzoek in 2006 is namelijk gebleken dat de minderheid van de Vlaamse katholieke ziekenhuizen (3%) en verzorgingstehuizen (13%) euthanasie volledig verbiedt<sup>30</sup>. In ongeveer de helft van de Vlaamse katholieke ziekenhuizen (47%) en één derde van de Vlaamse katholieke verzorgingstehuizen (30%) is euthanasie wel mogelijk in de gevallen voorzien in de Euthanasiewet. In de meerderheid van de bevraagde ziekenhuizen (50%) en verzorgingstehuizen (57%) geldt echter een gedeeltelijk euthanasieverbod, namelijk voor wilsonbekame patiënten (in 27% van de ziekenhuizen en 60% van de verzorgingstehuizen) en/of niet-terminaal zieke patiënten (43% van de ziekenhuizen en 64% van de verzorgingstehuizen). De uitsluiting van deze patiëntengroepen wordt doorgaans gerechtvaardigd op grond van de aangevoerde ‘strijdigheid met de christelijke moraal’, het ‘onvoorwaardelijk respect voor het leven en de verantwoordelijkheid voor ernstig zieke mensen’ en ‘de noodzaak om therapeutische mogelijkheden voor niet-terminaal zieke patiënten verder te onderzoeken’. In de meerderheid van de ondervraagde ziekenhuizen (83%) en verzorgingstehuizen (85%) werd ook het doorlopen van de palliatieve filterprocedure als bijkomende voorwaarde voor de uitvoering van euthanasie gesteld. Deze niet door de Euthanasiewet verplichte procedure kan omschreven worden als de voorafgaande consultatie van

---

het verzoek met het verplegend team (en de door de patiënt aangeduide naasten) bespreken en moet hij een arts-consulent voor advies raadplegen. Indien de patiënt niet-terminaal is, moet een tweede arts-consulent worden ingeschakeld en moet een wachtermijn van minimum één maand worden ingebouwd. Uitzonderlijk laat de Euthanasiewet ook euthanasie toe bij onbewuste (bijvoorbeeld permanent vegetatieve) patiënten, doch hiervoor dienen striktere voorwaarden te worden nageleefd. Voor een uitgebreide bespreking van de Euthanasiewet, zie T. VANSWEEVELT, “De euthanasiewet. Toepassingsgebied en krachtlijnen”, *NjW* 2002, afl. 13, 444-456.

<sup>29</sup> Dit onderscheid is gebaseerd op een systematische analyse van het euthanasiebeleid in Nederlandse zorginstellingen (zie F. VAN WIJMEN, *l.c.*, 63).

<sup>30</sup> J. LEMIENGRE et al., “Ethics policies on euthanasia in hospitals - A survey in Flanders (Belgium)”, *l.c.*, 170-180.; J. LEMIENGRE et al., “Ethics policies on euthanasia in nursing homes: A survey in Flanders, Belgium”, *l.c.*, 376-386. Gelet op de grote evolutie die de laatste jaren inzake de levenseindstandpunten van zorginstellingen kon worden vastgesteld, is het de vraag of er vandaag (2009) in België nog zorginstellingen zijn die vasthouden aan een absoluut euthanasieverbod.

een gespecialiseerd palliatief zorgteam nadat een euthanasieverzoek werd geformuleerd en waarbij alle concrete mogelijkheden van palliatieve zorg diepgaand worden onderzocht [zie ook onder III.4.1.].<sup>31</sup>

## B. Instellingsbeleid inzake therapiebeperking (DNR-beleid)

Naast een euthanasiebeleid beschikken ook heel wat zorginstellingen (of bepaalde diensten binnen de zorginstelling) over een therapiebeperkingsbeleid. Therapiebeperking vindt plaats wanneer geen levensreddende handelingen meer mogelijk zijn of iedere voortzetting ervan de levenskwaliteit van de patiënt niet verbetert of zelfs vermindert. In dergelijke gevallen is het aangewezen de therapie te beperken door deze stop te zetten (“*withdrawing*”) of niet meer op te starten (“*withholding*”). Dergelijke beslissingen worden in de praktijk vaak “*niet-behandel*”-beslissingen of “*do not resuscitate*”-beslissingen (hierna: “*DNR-beslissingen*”) genoemd.<sup>32</sup> Door aan een patiënt een DNR-status toe te kennen, weet het behandelend team dat voor de betrokkene geen levensreddende handelingen meer mogelijk zijn en dat enkel nog niet-curatieve zorgen kunnen toegediend worden (bijvoorbeeld pijn- en symptoombestrijding en toediening van vocht en voeding).

De omvang van het aantal DNR-beslissingen in Vlaamse zorginstellingen mag niet onderschat worden. Onderzoek in 2007 heeft aangetoond dat 86 % van de Diensten Acute Geriatrie in Vlaamse ziekenhuizen over een DNR-beleid beschikt en één op vijf patiënten er een DNR-status heeft.<sup>33</sup> In de meerderheid van de gevallen werd een DNR-beslissing genomen op het ogenblik dat de gezondheidstoestand van de patiënt ernstig verminderde (34%) of kritisch (29%) werd. Alvorens de patiënt een DNR-status werd toegekend, consulteerde de betrokken geriater doorgaans de hoofdverpleegkundige (72,2%) en een naaste van de patiënt (61,9%). In de minderheid van de gevallen werd vooraf overleg gepleegd met de huisarts (22,6%) en de patiënt zelf (15,7%). De redenen om tot een DNR-beslissing over te gaan waren meestal de prognose (68,1%) en de fysieke situatie van de patiënt (62,2%). In de minderheid van de gevallen (21,1%) bleek de leeftijd van de patiënt een doorslaggevende factor te zijn. Ook op de Dienst Intensieve Zorgen worden bij veel patiënten niet-behandelbeslissingen genomen, die soms gepaard gaan met maatregelen die actief het overlijden bespoedigen.<sup>34</sup> Zo is gebleken dat 40 tot 50 % van de overlijdens op de Dienst Intensieve Zorgen gebaseerd zijn op een beslissing om de behandeling niet op te starten of stop te zetten.<sup>35</sup> Ook een vergelijking met andere landen van de Europese Unie toont aan dat 50 tot 60 % van de niet-plotselinge overlijdens in België (Vlaanderen), Denemarken, Nederland en Zweden door een individuele DNR-beslissing was vooraf gegaan.<sup>36</sup>

### 1.1. DNR-protocollen

<sup>31</sup> C. GASTMANS, “Geschreven ethisch euthanasiebeleid in katholieke ziekenhuizen en verzorgingshuizen”, *l.c.*, 138.

<sup>32</sup> Voor een overzicht van de historische evolutie van “DNR”-beslissingen, zie het Advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek d.d. 16 april 2007 over geïnformeerde toestemming en “DNR”-codes (hierna: “*Advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek d.d. 16 april 2007*”), te raadplegen via <https://portal.health.fgov.be>.

<sup>33</sup> C. DE GENDT, J. BILSEN, N. VAN DEN NOORTGATE, M. LAMBERT, R. VANDER STICHELE & L. DELIENS, “Prevalence of patients with do-not-resuscitate status on acute geriatrics wards in Flanders, Belgium”, *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2007, afl. 62 (4), 395-399; C. DE GENDT, J. BILSEN, R. VANDER STICHELE, N. VAN DEN NOORTGATE, M. LAMBERT & L. DELIENS, “Nurses’ involvement in ‘do not resuscitate’ decisions on acute elder care ward”, *Journal of Advanced Nursing* 2007, afl. 57 (4), 404.

<sup>34</sup> C. SPRUNG, S. COHEN, P. SJOKVIST et al., “End of Life Practices in European Intensive Care Units”, *Journal of the American Medical Association* 2003, afl. 290, 790-797.

<sup>35</sup> J.-M. BOLES, “End of life in the intensive care unit: from practice to law”, *Intensive Care Medicine* 2006, afl. 32 (7), 955-957.

<sup>36</sup> J. VAN DELDEN, R. LÖFMARK, L. DELIENS, G. BOSSCHARD, M. NORUP, R. CECIONI & A. VAN DER HEIDE, “Do-not-resuscitate decisions in six European countries”, *Critical Care Medicine* 2006, afl. 34 (6), 1686.



Veel zorginstellingen gingen reeds over tot uitwerking van een DNR-beleid via het opstellen van zogenaamde “*DNR-protocollen*”. Deze beleidsdocumenten beschrijven welke gestandaardiseerde procedures het medisch team moet volgen wanneer bij een patiënt geen curatieve ingrepen meer kunnen plaatsvinden en van bepaalde behandelingen kan worden afgezien. DNR-protocollen kunnen ontstaan op dienstenniveau (vb. Intensieve Zorgen, Palliatieve Zorgen, Geriatrie, Neonatologie, Oncologie, Neurologie, enz.), instellingsniveau (vb. het instellingsmanagement of het Ethisch Comité) en instellingsoverschrijdend niveau (vb. in de schoot van een beroepsvereniging of instellingsgroep). In hun meest eenvoudige vorm hebben DNR-protocollen betrekking op afspraken omtrent het al dan niet overgaan tot cardio-pulmonaire resuscitatie in geval van hartstilstand. Meer gedetailleerde en recente DNR-protocollen bevatten ook afspraken in verband met andere (begeleidende) beslissingen die genomen worden naar aanleiding van de DNR-beslissing, zoals:

- het niet overbrengen van de patiënt naar de Dienst Intensieve Zorgen;
- het niet opstarten van de dialyse;
- het niet toedienen of niet opdrijven van bepaalde geneesmiddelen;
- het niet starten van kunstmatige ademhaling;
- het niet starten van kunstmatige voeding;
- het overgaan tot uitsluitend comfortzorgen (al dan niet met toediening van verdovende en/of pijnstillende middelen); en
- de afbouw of stopzetting van kunstmatige ademhaling.

## 1.2. DNR-codebladen

Om DNR-protocollen eenvoudig en praktisch te kunnen toepassen op de werkvloer, worden doorgaans “*DNR-codebladen*” of “*therapiebeperkingsformulieren*” gebruikt. Hierbij wordt gewerkt met codes waarbij elke code staat voor een bepaalde therapiebeperkende beslissing waarvan de toelichting en procedure die bij de code hoort, in het DNR-protocol terug te vinden is. Hoewel zorginstellingen vaak een verschillende terminologie hanteren en de gebruikte codes dikwijls niet dezelfde realiteit dekken, gaat het in wezen steeds om een (doorgaans trapsgewijze) beperking van de therapie. De progressieve beperking kan er bijvoorbeeld als volgt uitzien:

- code 0: geen beperking van therapie;
- code 1: niet reanimeren;
- code 2: therapie niet uitbreiden (met uitdrukkelijke vermelding van de therapieën waarmee niet meer mag gestart worden om een escalatie van therapieën te vermijden);
- code 3: therapie afbouwen (met vermelding van de behandelingen die dienen gestopt te worden).

Door therapiecodering is het voor interne zorgverleners eenvoudiger in te schatten welke niet-curatieve zorgen nog wel of juist niet meer mogen toegediend worden. Door het gebruik van deze codes wordt een eenvormig medisch beleid nagestreefd, zowel in de behandeling rond een bepaalde patiënt (bijvoorbeeld bij de opvolging van de patiënt door de arts van wacht) als tussen patiënten met een gelijkaardige pathologie onderling.

DNR-codebladen kunnen om verschillende redenen worden gebruikt.<sup>37</sup> Ze bevorderen de eenvormigheid in het medisch beleid en zorgen ervoor dat alle dienstdoende zorgverstrekkers op de hoogte zijn van de DNR-beslissing die de verantwoordelijke arts heeft genomen. Bovendien vormen zij het verslag van het intercollegiaal of interdisciplinair team en kunnen zij gebruikt worden om bij discussie medische beslissingen te verantwoorden. DNR-codebladen vormen ook de neerslag van het noodzakelijk voorafgaand overleg tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) omtrent de keuzes in de zorg. Tevens kunnen zij melding maken van het bestaan van een vooraf door de patiënt opgestelde weigeringsverklaring. Therapiebeperkingsformulieren

---

<sup>37</sup> Advies van de Federale Commissie Patiëntenrechten d.d. 15 december 2006.

dragen aldus bij tot een groter respect voor de vooraf door de patiënt uitgedrukte wil en trachten therapeutische verbetering zoveel mogelijk te voorkomen. Therapiebeperkingsformulieren dienen tot slot per patiënt te worden ingevuld en aan het patiëntendossier toegevoegd.<sup>38</sup>

Hoewel hierover nog geen exacte cijfers bestaan, kan vastgesteld worden dat tussen zorginstellingen een enorme variëteit aan DNR-protocollen en -codebladen bestaat. Niet enkel wat betreft het niveau waarop zij ontwikkeld worden (afdelings-, instellings- of supra-institutioneel niveau), maar ook de inhoud en draagwijdte van deze documenten kan sterk variëren.<sup>39</sup> In sommige instellingen zullen bijvoorbeeld drie verschillende codes worden gebruikt, terwijl andere instellingen meer dan drie DNR-codes of verschillende subcategorieën onderscheiden. Deze onderlinge diversiteit tussen instellingen kan leiden tot ernstige communicatieproblemen tussen zorginstellingen (bijvoorbeeld bij transfer van de patiënt naar een rusthuis) of ten aanzien van externe zorgverleners (bijvoorbeeld de huisarts).

### C. Instellingsbeleid inzake pijn- en symptoombestrijding

Onderzoek toont aan dat veel vormen van levensbeëindiging in zorginstellingen gepaard gaan met intensieve pijn- en symptoombestrijding. De meeste overlijdens worden zelfs geïnitieerd via doorgedreven pijn- en symptoombestrijding met levensverkortend effect.<sup>40</sup> Die laatste vorm is echter omstreden omwille van het soms flinterdunne onderscheid met euthanasie. Het verschil ligt immers bij de intentie van de arts: terwijl bij euthanasie het overlijden van de patiënt het hoofddoel is, is dit bij pijnbestrijding met levensverkortend effect slechts het gevolg van deze handeling en is het controleren en verminderen van de pijn de primaire doelstelling.<sup>41</sup> Toch bestaat in de praktijk een schemerzone tussen euthanasie en pijnbestrijding met levensverkortend effect aangezien de intentie van de arts moeilijk controleerbaar is. Onderzoek toont immers aan dat in één vierde van de overlijdens door een medische beslissing de pijnbestrijding werd geïntensifieerd in het besef dat het leven van de patiënt daardoor werd ingekort. De arts besepte of beoogde in deze gevallen de levensbeëindiging samen met de pijnbestrijding.<sup>42</sup>

Met uitzondering van het sinds enkele jaren wettelijk vastgelegde recht op palliatieve zorg<sup>43</sup> en adequate pijnbestrijding<sup>44</sup> bestaat geen allesomvattende wettelijke regeling inzake pijnbestrijding met levensverkortend effect. Niettemin is pijnbestrijding met levensverkortend effect volgens de Belgische rechtspraak, de Orde van Geneesheren en de Federale Controle- en Evaluatiecommissie onder bepaalde voorwaarden aanvaardbaar.<sup>45</sup> Teneinde zorgverleners een handige leidraad te bieden bij het

<sup>38</sup> L. WOSTYN, “Therapiecodering en levensbeëindigend handelen – deontologische en ethische aspecten”, in F. MOEYKENS & W. DISTELMANS (eds.), *De Praktijkjurist XI*, Gent, Story, 2006, 58.

<sup>39</sup> C. DE GENDT, “Do-not-resuscitate policy on acute geriatric wards in Flanders, Belgium”, *I.c.*, 2226.

<sup>40</sup> L. DELIENS et al., “End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey”, *I.c.*, 1806-1811.

<sup>41</sup> T. VANSWEEVELT, “Palliatieve zorg en aansprakelijkheid: enkele rechtsvergelijkende kanttekeningen”, *T. Gez. / Rev. Dr. Santé* 2007-2008, afl. 1, 15.

<sup>42</sup> J. BILSEN et al., “Intensiveren van pijn- en symptoombestrijding bij het levenseinde”, in *Levensbeëindiging in Vlaanderen*, Gent, Academia Press, 2001, 24.

<sup>43</sup> Artikel 2, eerste lid van de Wet Palliatieve Zorg. In deze wet wordt palliatieve zorg omschreven als “het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert”.

<sup>44</sup> Artikel 11bis van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>45</sup> Voor een bespreking van de diverse standpunten inzake de toelaatbaarheid van pijnbestrijding met levensverkortend effect, zie T. VANSWEEVELT, “Palliatieve zorg en aansprakelijkheid: enkele rechtsvergelijkende kanttekeningen”, *I.c.*, 16-19 en E. DELBEKE, “Juridische kwalificatie van pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect: medisch handelen gerechtvaardigd op grond van het wettelijk voorschrift”, *T. Gez. / Rev. Dr. Santé* 2007-2008, afl. 1, 46-54.

nemen van pijnbestrijdingsbeslissingen werken steeds meer zorginstellingen (en/of bepaalde zorgafdelingen) ter zake praktijkrichtlijnen uit. Onderzoek uit 2006 toont aan dat 10% van de Vlaamse katholieke ziekenhuizen<sup>46</sup> en 14% van de Vlaamse katholieke rusthuizen<sup>47</sup> over een pijnbestrijdingsbeleid beschikt. In dergelijk beleid worden vaak klinische criteria en richtlijnen geformuleerd met betrekking tot de toe te dienen geneesmiddelen en dosissen.<sup>48</sup> Hierbij wordt soms een onderscheid gemaakt tussen de bestrijding van acute (vb. plotse doorbraakpijn bij kanker) dan wel chronische pijn (vb. botkanker). Deze richtlijnen kunnen ook verschillende soorten geneesmiddelen voorschrijven naargelang de pijn licht (vb. aspirine en paracetamol), matig (vb. codeïne) of hevig (vb. morfine) is<sup>49</sup>. Soms worden bij zeer hevige pijn ook additionele geneesmiddelen toegediend om angsten bij de patiënt te bestrijden (vb. benzodiazepines).

#### D. Instellingsbeleid inzake palliatieve sedatie

Bij terminale sedatie wordt de patiënt in een toestand van diepe sedatie of coma gebracht, terwijl er geen kunstmatige toediening van vocht en voeding (meer) is.<sup>50</sup> Net zoals pijnbestrijding met levensverkortend effect is ook palliatieve sedatie een omstreden vorm van levensbeëindiging. RIETJENS e.a. stellen dat dit volgens sommigen een verkapte of langzame vorm van euthanasie betreft<sup>51</sup>. Andere auteurs zouden stellen dat beide levenseindebeslissingen volstrekt van elkaar verschillen aangezien bij palliatieve sedatie de oorzaak van het overlijden van de patiënt de onderliggende ziekte is en niet het onthouden van voeding en vocht. Daardoor is de dood van de patiënt niet het gevolg van een medische ingreep, waardoor het geen euthanasie betreft. Verder stellen zij dat terminale sedatie wordt toegepast bij andere medische problemen dan deze waarin voor euthanasie wordt gekozen.

Met uitzondering van het sinds 2002 wettelijk bekrachtigde recht op palliatieve zorgen<sup>52</sup>, bestaat ook voor palliatieve sedatie geen algemeen wettelijk kader. Nochtans beschikken nogal wat zorginstellingen of diensten over een ter zake ontwikkeld beleid. Uit onderzoek in 2006 is gebleken

---

Volgens VANSWEEVELT en DELBEKE is pijnbestrijding met levensverkortend effect op zich gerechtvaardigd aangezien hiervoor een wettelijke grondslag bestaat. Opdat de arts in kwestie geen aansprakelijkheid zou oplopen, dient hij wel over de geïnformeerde toestemming van de patiënt te beschikken en moet zijn beslissing in redelijke verhouding staan tot de pijn van de patiënt en deel uitmaken van een zorgvuldig in het patiëntendossier gedocumenteerd behandelplan.

<sup>46</sup> J. LEMIENGRE et al., "Ethics policies on euthanasia in hospitals - A survey in Flanders (Belgium)", *l.c.*, 170-180.

<sup>47</sup> J. LEMIENGRE et al., "Ethics policies on euthanasia in nursing homes: A survey in Flanders, Belgium", *l.c.*, 376-386.

<sup>48</sup> Voor een overzicht van het medicijngebruik bij pijnbestrijding met levensverkortend effect in verschillende Europese landen, zie J. BILSEN, M. NORUP, L. DELIENS, G. MICCINESI, G. VAN DER WAL, R. LOFMARK, K. FAISST & A. VAN DER HEIDE, "Drugs used to alleviate symptoms with life shortening as a possible side effect: end-of-life care in six European countries", *Journal of Pain Symptom Management* 2006, afl. 31 (2), 111-121.

<sup>49</sup> Deze driedelige opdeling van mogelijke pijngrenzen is gebaseerd op de pijnladder die door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is opgesteld. Voor meer informatie hierover, zie [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en).

<sup>50</sup> J. RIETJENS, J. VAN DELDEN, A. VAN DER HEIDE, A. VRAKING, B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, P. VAN DER MAAS & G. VAN DER WAL, "Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices", *Archives of Internal Medicine* 2006, afl. 166 (7), 749-753; J. RIETJENS, "Terminale sedatie en euthanasie", in M. ECHELDT, L. DELIENS, B.-D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN (red.), *o.c.*, 107-111.

<sup>51</sup> J. RIETJENS, J. VAN DELDEN, A. VAN DER HEIDE, A. VRAKING, B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, P. VAN DER MAAS & G. VAN DER WAL, "Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices", *Archives of Internal Medicine* 2006, afl. 166 (7), 749-753.

<sup>52</sup> Artikel 2, eerste lid van de Wet Palliatieve Zorg.

dat 19% van de Vlaamse katholieke ziekenhuizen<sup>53</sup> en 16% van de Vlaamse katholieke rusthuizen<sup>54</sup> over een beleid inzake palliatieve sedatie beschikt. Dit beleid kan bestaan uit klinische richtlijnen inzake de wijze waarop de medische beslissing dient te worden uitgevoerd (vb. voorschriften inzake de toediening van sederende geneesmiddelen of de onthouding van vocht en voeding), maar kan ook praktisch-organisatorische voorschriften (vb. het verplicht doorlopen van een besluitvormingsprocedure bij wilsonbekwame patiënten of organiseren van een multidisciplinair overleg) en ethische richtlijnen (vb. het levensbeschouwelijk instellingsstandpunt inzake de toepassing van palliatieve sedatie) bevatten.

### **E. Instellingsbeleid inzake hulp bij zelfdoding**

Hulp bij zelfdoding bestaat er in dat een arts op verzoek van de betrokkene hulp verleent bij levensbeëindigend handelen door de betrokkene zelf.<sup>55</sup> In sommige gevallen wensen patiënten immers zelf het tijdstip en de plaats te bepalen waarop zij een einde aan hun leven maken. Soms zijn zij om fysieke redenen niet in staat om zelfmoord te plegen en wensen zij hierbij professioneel geholpen te worden. Door van een arts hiervoor de nodige middelen te verkrijgen, kunnen zij op een meer serene en voor de familie minder brutale wijze hun leven beëindigen. Het is ook mogelijk dat suïcidale patiënten hun arts niet willen belasten met een voor hem zware morele handeling en dus zelf de verantwoordelijkheid hiervoor willen opnemen. In sommige gevallen van ernstig psychisch lijden wordt de betrokken arts zelfs aanbevolen om hulp bij zelfdoding toe te passen in plaats van de gevraagde euthanasie. Derhalve wordt de autonomie van de patiënt nog meer beklemtoond en is de betrokken arts absoluut zeker dat de patiënt wenst te sterven.<sup>56</sup>

Ondanks de grote gelijkenissen met euthanasie (waarbij een arts ook dodelijke geneesmiddelen aan de patiënt verstrekt op diens verzoek), is hulp bij zelfdoding niet expliciet wettelijk geregeld in België.<sup>57</sup> Strikt genomen is dergelijk hulp door een arts dus strafbaar. Niettemin heeft de Orde van Geneesheren in 2003 uitdrukkelijk verklaard dat hulp bij zelfdoding kan gelijkgesteld worden met euthanasie indien aan alle wettelijke voorwaarden voor de uitvoering van euthanasie, is voldaan.<sup>58</sup> Ook de Federale Controle en Evaluatiecommissie die toeziet op legitimiteit van de uitgevoerde euthanasiegevallen in België heeft in haar tweede evaluatierapport uitdrukkelijk gesteld dat hulp bij zelfdoding valt onder de (wettelijke) definitie van euthanasie en dat de uitvoering ervan niet illegaal is indien alle wettelijke (euthanasie)voorwaarden zijn nageleefd.<sup>59</sup> Volgens de Orde van Geneesheren en de Federale Controle

<sup>53</sup> J. LEMIENGRE et al., "Ethics policies on euthanasia in hospitals - A survey in Flanders (Belgium)", *l.c.*, 170-180.

<sup>54</sup> J. LEMIENGRE et al., "Ethics policies on euthanasia in nursing homes: A survey in Flanders, Belgium", *l.c.*, 376-386.

<sup>55</sup> T. VANSWEEVELT, "De euthanasiewet: toepassingsgebied en krachtlijnen", *l.c.*, 446.

<sup>56</sup> In Nederland waar, in tegenstelling tot België, wel een wettelijk kader bestaat voor hulp bij zelfdoding, wordt in geval van psychisch lijden zelfs aanbevolen om enkel hulp bij zelfdoding (in plaats van euthanasie) toe te passen.

<sup>57</sup> Deze keuze van de wetgever is hoofdzakelijk gebaseerd op de politiek-ideologisch geïnspireerde stelling dat een patiënt in geval van hulp bij zelfdoding (meer) aan zijn lot zou worden overgelaten en de interactie met de arts zou beletten. Voor een gedetailleerde bespreking hiervan, zie onder meer N. CLUMECK, Hoorzittingen Senaat, *Parl. St. Senaat*, 2000-2001, DOC 2-244/24, 540; J. GRIFFITHS, H. WEYERS & M. ADAMS, *Euthanasia and Law in Europe*, Oxford, Hart Publishing, 2008, 310-311 en T. VANSWEEVELT, "De euthanasiewet: toepassingsgebied en krachtlijnen", *l.c.*, 446.

<sup>58</sup> Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren *d.d.* 22 maart 2003, *Tijdschrift Nationale Raad* 2003, afl. 100, 5.

<sup>59</sup> Federale Controle en Evaluatiecommissie, *Tweede Verslag aan de Wetgevende Kamers* (2004-2005), te raadplegen via [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be).

en Evaluatiecommissie zullen artsen *de facto* niet vervolgd worden wanneer zij hulp bij zelfdoding bieden nadat aan alle wettelijke euthanasievoorwaarden is voldaan [zie onder II.2.A.].

Niettegenstaande deze juridisch onzekere situatie, gingen reeds een aantal psychiatrische zorginstellingen en centra over tot het opstellen van een intern beleid inzake hulp bij zelfdoding. In tegenstelling tot Nederland waar deze vorm van levensbeëindiging wel wettelijk geregeld is en hierover bijgevolg meer schriftelijk instellingsbeleid bestaat<sup>60</sup>, lijkt die evolutie voor Belgische instellingen (nog) eerder beperkt. Belgische instellingen hebben hierover vaak wel een (mondeling) ethisch standpunt, gaande van een absoluut of gedeeltelijk verbod op hulp bij zelfdoding tot een volledig permissieve houding voor zover alle wettelijke euthanasievoorwaarden worden nageleefd.

Het dient benadrukt dat instellingsbeleid inzake euthanasie niet volledig kan gelijkgeschakeld worden met instellingsbeleid inzake hulp bij zelfdoding. Hoewel strikt genomen kan gesteld worden dat dezelfde zorgvuldigheidscriteria moeten gerespecteerd worden, mag het psychologisch effect van een suïcide op andere patiënten niet onderschat worden. De confrontatie met de inwilliging van een verzoek om hulp bij zelfdoding van één van de medepatiënten door een eigen medebehandelaar, kan het vertrouwen in de behandelmogelijkheden van de behandelaar in kwestie en die van de instelling schaden<sup>61</sup>. Een onverwachte suïcide brengt vaak een grote emotionele schok, ontreddeering en wanhoop bij de andere patiënten teweeg. VAN WIJMEN meent dat omwille van het ‘besmettelijk karakter’ van hulp bij zelfdoding het beleid in extra veiligheidsmaatregelen moet voorzien, zoals het tijdelijk gesloten houden van de afdeling. KORTMANN ziet een andere optie en meent dat hulp bij zelfdoding best niet verleend wordt op de afdeling van de betrokken patiënt. Hij is voorstander van een poliklinische voortzetting van het contact met de betrokkene en de eventuele verstrekking van hulp bij zelfdoding buiten de psychiatrische inrichting.<sup>62</sup> Terecht wijst VAN WIJMEN erop dat het ontslag van een suïcidale patiënt uit de psychiatrische inrichting of ziekenhuisafdeling juist extra gezondheidsrisico's met zich meebrengt en de zorgvuldigheid van een dergelijk beleid in vraag kan worden gesteld.

### 3. SOORTEN BELEIDSVOORSCHRIFTEN

#### A. Klinische voorschriften

Vooreerst kan het levenseindebeleid van een zorginstelling betrekking hebben op de louter klinische aspecten van een levensbeëindigende handeling. In sommige euthanasieprotocollen is bijvoorbeeld bepaald op welke wijze het dodelijk euthanaticum aan de verzoekende patiënt moet worden toegediend. Daarbij worden de verschillende te doorlopen stappen vermeld, alsook de (stof)naam van het toe te dienen middel en de vereiste posologie. Klinische beleidsregels komen ook dikwijls voor in het instellingsbeleid inzake palliatieve sedatie of pijn- en symptoombestrijding waarbij de gepaste dosissen en toedieningsfrequentie van sedativa en/of benzodiazepines worden bepaald. Ook de intern

<sup>60</sup> F. VAN WIJMEN, *l.c.*, 75-76.

<sup>61</sup> *Ibidem*, 76.

<sup>62</sup> F. KORTMANN, “Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie: het ziekenhuisbeleid”, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* (Ned.) 1993, afl. 78, 787-796.

vastgelegde medische criteria om een behandeling te staken of niet in te stellen, kunnen als klinische beleidsregels worden beschouwd.

## B. Procedurele voorschriften

Instellingsbeleid kan ook bestaan uit louter procedurele voorschriften die zorgverleners moeten volgen bij de uitvoering van een levensbeëindigende handeling. Hieronder vallen bijvoorbeeld de verplichting om binnen de instelling de afgesproken DNR-codes en –formulieren te hanteren, het verplicht inwinnen van een *second opinion* alvorens een DNR-beslissing mag genomen worden en de verplichte motivatie van een stopzettingsbeslissing in het dossier. Ook de meldingsplicht van elke uitgevoerde euthanasie bij het Ethisch Comité of het Management, alsook de intern opgelegde verplichting om een euthanasievraag voor te leggen aan het palliatief team<sup>63</sup>, kunnen als interne, praktisch-organisatorische beleidsregels worden beschouwd. Tot slot vallen ook binnen de instelling uitgewerkte procedures en stappenplannen onder deze categorie. Hieronder vallen bijvoorbeeld de stappenplannen inzake de uitvoering van euthanasie of de te volgen procedure in geval van belangenconflicten met de vertegenwoordiger of familieleden van de patiënt.

## C. Ethische voorschriften

Tot slot kunnen zorginstellingen ook ethische voorschriften inzake levensbeëindiging vastleggen. Hieronder vallen bijvoorbeeld het absoluut euthanasieverbod binnen de instelling (de zogenaamde “*zero tolerantiepolitiek*”) of de (meer voorkomende) uitsluiting van bepaalde patiëntengroepen van de uitvoering van euthanasie. Deze bijkomende restricties tegenover de Euthanasiewet komen vaak voor in katholieke zorginstellingen die aangesloten zijn bij het Verbond der Verzorgingsinstellingen (thans “*Zorgnet Vlaanderen*”)<sup>64</sup>. Binnen deze koepelorganisatie wordt immers een strikter euthanasiestandpunt gehanteerd dan bij wet is voorzien. Zo is euthanasie binnen deze instellingsgroep doorgaans slechts toegelaten in geval van wilsbekwame terminaal zieke patiënten<sup>65</sup>, terwijl dit volgens de Euthanasiewet ook mogelijk is voor niet-terminale<sup>66</sup> en wilsonbekwame patiënten<sup>67</sup>.

---

<sup>63</sup> In veel gevallen dekt de invoering van een palliatieve filter in het euthanasiebeleid ook een levensbeschouwelijke (christelijke) lading waarbij het respect voor het leven en de beperkende toepassing van euthanasie centraal staat [zie onder III.4.A.].

<sup>64</sup> Het Verbond der Verzorgingsinstellingen maakt deel uit van Caritas Vlaanderen en tracht als koepelorganisatie de samenwerking tussen katholieke zorginstellingen te bevorderen. Naar aanleiding van de invoering van de Euthanasiewet in 2002 heeft Caritas haar euthanasiestandpunt in een schriftelijk document vastgelegd en ter zake een praktijkrichtlijn uitgewerkt. Op 17 mei 2002, zijnde daags nadat het Parlement de Euthanasiewet had goedgekeurd, werden deze documenten naar alle aangesloten katholieke zorginstellingen doorgestuurd. Het euthanasiestandpunt van Caritas kent onmiskenbaar grote navolging bij de aangesloten zorginstellingen aangezien dit vaak een belangrijke inspiratiebron is bij het ontwikkelen van hun levenseindebeleid.

<sup>65</sup> LEMIENGRE heeft aangetoond dat tussen 2005 en 2006 euthanasie in 16% van de Vlaamse katholieke zorginstellingen verboden was voor wilsonbekwame terminale patiënten, en in 42% van deze instellingen voor niet-terminale patiënten (LEMIENGRE, J., DIERCKX DE CASTERLÉ, B., DENIER, Y., SCHOTSMANS, P., GASTMANS, C., “How do hospitals deal with euthanasia requests in Flanders (Belgium)? A content analysis of policy documents”, *Patient Education and Counseling* 2008, vol. 71, 295).

<sup>66</sup> Artikel 3, § 1 van de Euthanasiewet.

<sup>67</sup> Artikel 4, § 1 van de Euthanasiewet.

De verplichte tussenkomst van het palliatief team bij de bespreking van een euthanasievraag, kan naast een procedurele beleidsregel ook als een ethisch voorschrift worden beschouwd. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat 80% van de Vlaamse katholieke ziekenhuizen en rusthuizen de zogenaamde “*palliatieve filter-procedure*” voorschrijven wanneer binnen de instellingsmuren een euthanasievraag wordt gesteld.<sup>68</sup> Deze procedure heeft tot doel alle palliatieve mogelijkheden voor de patiënt diepgaand te onderzoeken en alle mogelijk oneigenlijke euthanasievragen ‘eruit te filteren’. Deze adviserende tussenkomst van een team van palliatief deskundigen is echter niet door de Euthanasiewet vereist.<sup>69</sup> Het VVI beschouwt de tussenkomst van een palliatieve filter niettemin als een ethische meerwaarde voor de zorg voor de patiënt aan zijn levenseinde.<sup>70</sup> Volgens het VVI heeft de tussenkomst van een dergelijk aanvullend palliatief advies een “*preventieve werking*” ten aanzien van euthanasieverzoeken aangezien onderzoek en ervaring zouden uitwijzen dat bij de overgrote meerderheid van de patiënten het euthanasieverzoek zou verdwijnen nadat ze opgevangen worden via goede palliatieve zorg. Het VVI geeft dan ook een duidelijke “*prioritaire aandacht*” aan de verdere ontwikkeling en uitbouw van een palliatieve zorgcultuur binnen zorginstellingen en roept haar aangesloten leden op in die zin een levenseindebeleid uit te werken. Gelet op het hoge aantal katholieke zorginstellingen die de zogenaamde palliatieve filterprocedure in het schriftelijk levenseindebeleid hebben ingevoerd, heeft het VVI duidelijk een zeer belangrijke invloed op de ontwikkeling van het ethisch levenseindebeleid in de Vlaamse zorgsector. Onder welke voorwaarden deze procedure in overeenstemming is met de rechten van patiënten, wordt verder in deze bijdrage onderzocht [zie onder III.4.1.].

### III. JURIDISCHE ANALYSE

#### 1. MOGEN ZORGINSTELLINGEN HUN EIGEN LEVENSEINDEBELEID BEPALEN?

Bij de juridische analyse van instellingsbeleid inzake levenseinde, dient vooreerst onderzocht of dergelijke beleidsontwikkeling überhaupt wettelijk toegelaten is. Deze principiële vraag kan bijvoorbeeld belangrijk zijn voor patiënten die zouden kiezen voor een instelling waar een levenseindebeleid wordt gevoerd dat niet strookt met hun persoonlijke opvattingen.

Op zich dient vastgesteld dat dit in beginsel niet verboden wordt door enige wetsbepaling. Principieel mogen zorginstellingen dus interne beleidsregels uitvaardigen inzake de wijze waarop binnen de instellingsmuren aan levensbeëindiging wordt gedaan. Daarnaast kan gesteld worden dat de ontwikkeling van levenseindebeleid door een zorginstelling toegelaten is op grond van de gewetensvrijheid<sup>71</sup>, vrijheid van meningsuiting<sup>72</sup> en verenigingsvrijheid<sup>73</sup> van de aangesloten leden. In

<sup>68</sup> LEMIENGRE et al., “How do hospitals deal with euthanasia requests in Flanders (Belgium)? A content analysis of policy documents”, *l.c.*, 140.

<sup>69</sup> Ingevolge artikel 3, § 2, 1° van de Euthanasiewet dient (enkel) de arts die euthanasie uitvoert de patiënt in te lichten “over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg te plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen te bespreken”. Strikt genomen vereist de Euthanasiewet enkel dat de uitvoerende arts de palliatieve mogelijkheden met de patiënt bespreekt. De adviserende tussenkomst van een deskundig palliatief team, is wettelijk niet vereist.

<sup>70</sup> Advies inzake “Zorg voor een menswaardig levenseinde”, goedgekeurd door het VVI op 26 april 2002, te raadplegen op [www.zorgnetvlaanderen.be](http://www.zorgnetvlaanderen.be).

<sup>71</sup> De vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst wordt gewaarborgd door artikel 9 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: het “EVRM”) en artikel 19, 20 en 21 van de Grondwet.

<sup>72</sup> De vrijheid van meningsuiting wordt beschermd door artikel 10 van het EVRM en artikel 19 en 25 van de Grondwet.

<sup>73</sup> De vrijheid van vereniging en vergadering wordt gewaarborgd door artikel 11 van het EVRM en artikel 26 en 27 van de

beginsel is het namelijk toegelaten dat gelijkgezinde personen zich verenigen in een organisatie en vanuit een bepaalde levensbeschouwelijke overtuiging een gemeenschappelijk doel nastreven. De Overheid is verplicht de uitoefening van deze vrijheden mogelijk te maken en mag hieraan slechts uitzonderlijk en onder bepaalde voorwaarden beperkingen stellen<sup>74</sup>. Ook zorginstellingen kunnen zich dus principieel beroepen op deze vrijheden. Het vrij initiatief in de gezondheidszorg en de vrijheid van vereniging die daarmee samenhangt, brengt met zich mee dat zorginstellingen een levensbeschouwelijk kader kunnen vooropstellen waarbinnen de verzorging en behandeling van patiënten dient te gebeuren<sup>75</sup>.

In dit verband zou de vraag kunnen worden gesteld of de financieringswijze van een zorginstelling de verenigingsvrijheid kan beperken. De werkingskosten van de meeste Belgische zorginstellingen worden immers met publieke middelen gefinancierd. De vraag stelt zich derhalve of de verenigingsvrijheid van overheidsgefinancierde instellingen zo ver gaat dat binnen de instellingsmuren zorgen aan patiënten kunnen onthouden worden die de Overheid toelaatbaar acht. Hoewel hierover geen eenduidig antwoord in de wetgeving en rechtsleer kan worden teruggevonden, kan enerzijds verdedigd worden dat de verenigingsvrijheid van een zorginstelling niet kan beperkt worden louter en alleen op grond van de wijze waarop haar werkingskosten worden gespijst. Anderzijds is de verenigingsvrijheid van zorginstellingen ook niet absoluut. Desgevallend zouden op grond van (andere) gerechtvaardigde belangen, zoals de bescherming van de volksgezondheid en het recht op toegang tot de gezondheidszorg, wel beleidsmatige beperkingen kunnen opgelegd worden aan overheidsgefinancierde instellingen. Dit zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn indien (vrijwel) alle zorginstellingen binnen een bepaalde regio een strikt euthanasiebeleid zouden voeren waardoor de keuzevrijheid van patiënten zeer ernstig aan banden wordt gelegd. Indien door het beperkend beleid van deze regionale instellingen de uitvoering van euthanasie *de facto* onmogelijk zou zijn, kan gesteld worden dat voor deze patiënten het recht op toegang tot de gezondheidszorg in het gedrang is en een beperkende tussenkomst door de Overheid geëitmeerd is.

Niettemin is het dus in beginsel toegelaten dat zorginstellingen zich op een bepaalde wijze profileren binnen de zorgsector en bepaalde ethisch-religieuze accenten leggen in hun beleid. Deze levensbeschouwing wordt doorgaans neergeschreven in de opdrachtverklaring van de instellingen of, in voorkomend geval, in de oprichtingsstatuten van de vereniging (vzw) die de zorginstelling uitbaat. Hierin kan bijvoorbeeld bepaald worden dat de instelling “*de christelijke waarden nastreeft*” of bijvoorbeeld “*een pluralistisch levensbeschouwelijk kader vooropstelt*”. Er kan derhalve besloten worden dat het in veel zorginstellingen uitgewerkt levenseindebeleid principieel een legitiem karakter heeft.

## 2. ZIJN ZORGINSTELLINGEN VERPLICHT OM EEN LEVENSEINDEBELEID TE HEBBEN?

Hierboven werd aangetoond dat zorginstellingen in beginsel een levenseindebeleid mogen hebben en ter zake bepaalde levensbeschouwelijke visies mogen formuleren en/of richtlijnen en procedures

---

Grondwet. Hoewel de verenigingsvrijheid als een autonoom recht kan worden beschouwd, heeft dit evenzeer een instrumenteel karakter aangezien één van de doelstelling van de verenigingsvrijheid erin bestaat de vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst, alsook de vrijheid van meningsuiting te beschermen (zie E. BREMS en Y. HAECK, “Vrijheid van vreedzame vergadering en vrijheid van vereniging”, in J. VANDE LANOTTE en Y. HAECK (eds.), *Handboek EVRM. Deel II. Artikelsgewijze commentaar*, (eds.), Antwerpen, Intersentia, 2004, 9).

<sup>74</sup> E. BREMS en Y. HAECK, *o.c.*, 23.

<sup>75</sup> T. VANSWEEVELT, “De euthanasiewet: De ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?”, *T. Gez. / Rev. Dr. Santé* 2003, 269.



opstellen. Hierop voortbouwend, kan de vraag worden gesteld of zorginstellingen ook verplicht zijn om aan dergelijke beleidsontwikkeling te doen?

Strikt genomen bestaat hiertoe geen wettelijke verplichting. Zorginstellingen die tot op heden geen levenseindebeleid hebben, schenden in principe geen reglementaire norm en kunnen hiervoor in beginsel niet gesanctioneerd worden. Niettemin groeit in de literatuur en de praktijk het bewustzijn dat het management van een zorginstelling een verantwoordelijkheid draagt in het vertalen van wettelijke bepalingen naar de concrete organisatie van de zorg, alsook voor de *coaching* en ondersteuning van het zorgpersoneel<sup>76</sup>. Zorgverleners en patiënten worden vandaag immers meer en meer geconfronteerd met gespecialiseerde juridische teksten en wilsverklaringen inzake het levenseinde van patiënten (zoals de Euthanasiewet, de Wet Patiëntenrechten, enzovoort) waarvan de correcte interpretatie en toepassing door niet-juristen niet steeds eenvoudig is.<sup>77</sup> Vanuit dit opzicht kan verdedigd worden dat zorginstellingen die hiermee regelmatig geconfronteerd worden, zich dienen te engageren om complexe regelgeving te ‘vertalen’ naar de werkvloer via het uitwerken van praktijkrichtlijnen en procedures. De ontwikkeling van duidelijke en transparante beleidsdocumenten die aangeven hoe op een (juridisch) correcte manier bepaalde levenseindebeslissingen kunnen genomen worden, kan als een invulling van goed bestuur worden beschouwd.

Daarnaast moet rekening worden gehouden met de algemene verplichtingen en verantwoordelijkheden van het instellingsbestuur. Voor ziekenhuizen is uitdrukkelijk bepaald dat de beheerder het algemeen beleid van het ziekenhuis bepaalt en de eindverantwoordelijkheid draagt voor de organisatie en werking van de ziekenhuisactiviteit.<sup>78</sup> Er kan bijgevolg gesteld worden dat de ontwikkeling van schriftelijk levenseindebeleid waarbij de beheerder duidelijkheid schept over het levensbeschouwelijke standpunt van de instelling en/of hierover richtlijnen of procedures voor het zorgpersoneel en patiënten formuleert, tot haar algemene beleidsverantwoordelijkheid behoort.

### **3. MOETEN ZORGINSTELLINGEN HUN LEVENSEINDEBELEID BEKEND MAKEN?**

Hierboven werd aangetoond dat de ontwikkeling van een duidelijk en transparant levenseindebeleid door een zorginstelling toelaatbaar is en zelfs als een teken van goed bestuur kan worden beschouwd. Niettemin stelt zich de vraag of instellingen (ook) verplicht kunnen worden hun levenseindebeleid vooraf bekend te maken aan (toekomstige) patiënten of bewoners. Een groot deel van de Vlaamse zorginstellingen beperkt bijvoorbeeld de mogelijkheid van euthanasie tot terminale wilsbekwame patiënten, terwijl dit wettelijk ook mogelijk is voor niet-terminale en wilsonbekwame patiënten [zie onder II.2.A.]. Het is goed denkbaar dat patiënten die in bepaalde omstandigheden levensbeëindiging door euthanasie wensen en/of reeds een euthanasieverklaring opstelden, bij de keuze van een rusthuis willen weten of hun euthanasiewens binnen de instelling zal kunnen worden uitgevoerd. Opdat het recht op zelfbeschikking<sup>79</sup> ten volle zou gerespecteerd worden, kan verdedigd worden dat patiënten zich op voorhand voldoende moeten kunnen informeren over het levenseindebeleid van de zorginstelling waar zij zouden voor kiezen. De keerzijde van de verenigingsvrijheid van zorginstellingen om een eigen levenseindebeleid te ontwikkelen, impliceert derhalve de plicht om dit beleid vooraf bekend te maken.

<sup>76</sup> J. LEMIENGRE, B. DIERCKX DE CASTERLÉ, Y. DENIER, P. SCHOTSMANS en C. GASTMANS, “Een systematische inhoudsanalyse van het schriftelijk ethische euthanasiebeleid van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen”, *Ethische Perspectieven* 2008, afl. 18, 170.

<sup>77</sup> J. GRIFFITHS, H. WEYERS en M. ADAMS, *o.c.*, 189-190.

<sup>78</sup> Artikel 16 (oud artikel 11) van de Ziekenhuiswet.

<sup>79</sup> Artikel 5 van de Wet Patiëntenrechten.

Indien patiënten zich vooraf voldoende kunnen informeren over de wijze waarop in de (toekomstige) zorginstelling levenseindezorg wordt aangeboden, kunnen zij een gefundeerde en op vrije wil beruste instellingskeuze maken. Hoewel de instellingskeuze van patiënten vaak ook door andere factoren wordt bepaald (zoals de wachttijden, beperkte regionale spreiding, invloed van verwijzende artsen en/of familie, enzovoort), kan derhalve gesteld worden dat instellingen die hun levenseindebeleid vooraf voldoende duidelijk, transparant en voor iedereen toegankelijk maken, in beginsel niet handelen in strijd met het zelfbeschikkingsrecht van patiënten. Deze bekendmaking zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren via de uitgifte van patiëntenbrochures, een publicatie op de website van de instelling en/of door binnen de instelling een contactpersoon aan te stellen bij wie patiënten met vragen terecht kunnen<sup>80</sup>. Het dient benadrukt dat ook het VVI de interne en externe bekendmaking van instellingsbeleid promoot<sup>81</sup>. In haar advies uit 2002 staat immers dat *“het uitstippelen van een visie omtrent de zorg voor een menswaardig levenseinde niet voldoende (is)”* en het *“belangrijk (is) dat dit beleid binnen en buiten de instelling kenbaar gemaakt wordt, zodat aanstaande patiënten/bewoners en (aanstaande) medewerkers weten wat ze kunnen verwachten”*. Volgens het VVI geschiedt deze bekendmaking best via de formulering van een opdrachtverklaring en de uitgifte van een patiëntenbrochure.

Evident moeten ook reeds opgenomen patiënten of bewoners alle noodzakelijke informatie over het interne levenseindebeleid kunnen vernemen. Zorginstellingen hebben immers een (verzorgings- of verblijf)overeenkomst met de patiënt of de bewoner die ter goeder trouw moet worden uitgevoerd. Niet alleen op grond van hun zelfbeschikkingsrecht, maar ook op grond van hun contractuele verhouding met de instelling hebben patiënten en bewoners dus recht op informatie<sup>82</sup> over het levenseindebeleid dat binnen de instellingsmuren van toepassing is.

In de praktijk lijkt de externe bekendmaking van instellingsbeleid vaak niet het geval te zijn. Waar het instellingsstandpunt inzake levenseinde en/of de intern ontwikkelde praktijkrichtlijnen doorgaans wel toegankelijk zijn voor het zorgpersoneel (bijvoorbeeld via het intranet dat enkel door het zorgpersoneel kan geraadpleegd worden), zijn deze documenten doorgaans niet beschikbaar voor (toekomstige) patiënten of bewoners. Wanneer het instellingsbeleid echter duidelijke beperkingen zou opleggen aan de keuzemogelijkheden inzake levensbeëindiging, terwijl (toekomstige) patiënten of bewoners hierover geen informatie (kunnen) verkrijgen, komt dergelijk beleid op gespannen voet met het recht op zelfbeschikking en informatie. Indien bijvoorbeeld een patiënt in zijn laatste levensfase

---

<sup>80</sup> Het is belangrijk dat binnen de zorginstelling een contactpersoon of –dienst wordt aangeduid waar (toekomstige) patiënten met vragen over hun rechten inzake levenseinde en het instellingsbeleid terecht kunnen. Deze taak kan bijvoorbeeld worden uitgeoefend door een pastoraal werker of de ombudspersoon die vertrouwd is met het juridisch en ethisch kader omtrent de rechten van patiënten aan het levenseinde.

<sup>81</sup> Advies inzake *“Zorg voor een menswaardig levenseinde”*, goedgekeurd door het VVI op 26 april 2002, te raadplegen op [www.zorgnetvlaanderen.be](http://www.zorgnetvlaanderen.be).

<sup>82</sup> Het kan verdedigd worden dat de patiënt recht heeft op informatie over het levenseindebeleid in zijn (huidige of toekomstige) zorginstelling. Volgens artikel 8 van de Wet Patiëntenrechten heeft iedere patiënt immers het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (artikel 8, §1) en dient hij *“voorafgaandelijk en tijdig”* ingelicht te worden (artikel 8, §3) over alle voor hem *“relevant geachte verduidelijkingen”* (artikel 8, §2). Welnu, opdat een patiënt een vrije keuze over zijn leven(seinde) zou kunnen maken, moet hij (eventueel met de hulp van professionals en/of familieleden) zich vooraf kunnen informeren over het ter zake toegepaste ethisch standpunt van de zorginstelling en de praktijkrichtlijnen die hierover zijn opgesteld. Dergelijke informatie dient onmiskenbaar als *“relevant”* te worden geacht opdat een patiënt (later) een geïnformeerde levenseindekeuze zou kunnen maken. Dit recht op informatie geldt in principe rechtstreeks tegenover de verantwoordelijke beroepsbeoefenaar (doorgaans de behandelende arts). Niettemin kan gesteld worden dat opdat beroepsbeoefenaars deze informatie aan patiënten zouden kunnen verschaffen, het instellingsbeleid transparant en voor iedereen raadpleegbaar moet worden gemaakt. Opdat beroepsbeoefenaars patiënten zorgvuldig over hun levenseindemogelijkheden binnen en buiten de instelling zouden kunnen inlichten, dient de instelling haar beleid derhalve bekend te maken.

met een vooraf niet kenbaar gemaakt euthanasiebeleid zou geconfronteerd worden en hem op grond van interne richtlijnen een duidelijke beperking zou worden opgelegd, lijkt de aansprakelijkheid van de zorginstelling niet uitgesloten. Naast het feit dat de betrokken zorgverleners aansprakelijk kunnen worden gesteld wanneer zij hun eventuele euthanasieweigering niet tijdig kenbaar maken<sup>83</sup>, dringt ook de verantwoordelijkheid van de instelling zich op wanneer patiënten op geen enkele manier kennis kunnen nemen van het intern gevoerde (strikte) euthanasiebeleid. Deze aansprakelijkheid van de zorginstelling zou dan niet voortvloeien uit het feit dat de betrokken patiënt binnen de instelling geen euthanasie kan krijgen (want niemand kan hiertoe worden verplicht<sup>84</sup>), maar wel uit de eventuele schade die hij oploopt door vooraf niet te zijn ingelicht over het strikte euthanasiebeleid. Deze schade zou bijvoorbeeld kunnen bestaan in de verlenging van de lijdensduur doordat de patiënt uiteindelijk op een andere, meer langzame en/of pijnlijke manier dient te sterven en de psychologische ongemakken die gepaard gaan met de overplaatsing naar een andere instelling of de thuissituatie waar de gewenste euthanasie wel kan plaatsvinden.

#### **4. ONDER WELKE VOORWAARDEN MOGEN EUTHANASIEVERZOEKEN BINNEN DE INSTELLING WORDEN ONDERZOCHT?**

Hierboven werd aangetoond dat zorginstellingen in beginsel een eigen levenseindebeleid mogen hebben en hierbij bepaalde praktische of levensbeschouwelijke accenten kunnen leggen [zie onder III.1]. In toepassing hiervan voorzien veel instellingen in niet-wettelijk voorziene bijkomende procedures om euthanasieverzoeken van patiënten diepgaand te onderzoeken en evalueren. *De facto* kunnen in dit verband de volgende twee procedures onderscheiden worden:

- het voorafgaand onderzoek van de euthanasievraag in het licht van de palliatieve filterprocedure [zie onder III.4.A.]; en
- de beoordeling achteraf door een niet (rechtstreeks) bij de zorg betrokken orgaan, zoals de Hoofdgeneesheer, het Ethisch Comité of het Management [zie onder III.4.B.].

##### **A. A priori-toetsing: de palliatieve filterprocedure**

Vooreerst kan het instellingsbeleid voorschrijven dat een door de patiënt geformuleerde euthanasievraag moet besproken worden in het kader van de zogenaamde “*palliatieve filterprocedure*”. Hierbij wordt het euthanasieverzoek niet alleen door de uitvoerende arts en de arts-consulent onderzocht (hetgeen wettelijk is vereist), maar wordt hierover ook bijkomend advies gevraagd aan een afzonderlijk team van palliatief deskundigen. De toepassing van deze additionele (niet door de wet voorziene) procedure komt voornamelijk voor in katholieke zorginstellingen en is bedoeld om zoveel mogelijk eventueel ‘oneigenlijke’ euthanasieverzoeken te detecteren [zie onder II.2.A.].

Het is echter de vraag of patiënten verplicht kunnen worden deze bijkomende procedure te ondergaan en of zij zich kunnen verzetten tegen de toepassing ervan. Het is immers niet ondenkbaar dat een goed geïnformeerde patiënt wiens wil om euthanasie manifest vaststaat, zich uitdrukkelijk zou verzetten

<sup>83</sup> Artikel 14, vierde lid van de Euthanasiewet.

<sup>84</sup> Zie artikel 14, tweede en derde lid van de Euthanasiewet.

tegen het inwinnen van een bijkomend advies van het palliatief support team, zeker wanneer dit zijn lijdensduur zou verlengen. Opdat zijn recht op zelfbeschikking<sup>85</sup> maar ook op privacybescherming<sup>86</sup> ten volle zouden gerespecteerd worden, kan geargumenteed worden dat de adviserende tussenkomst van het palliatief team niet tegen zijn wil kan geschieden.

Hiertoe kan ook besloten worden wanneer de toepassing van de palliatieve filterprocedure geanalyseerd wordt vanuit het recht op geïnformeerde toestemming en weigering<sup>87</sup>. Ingevolge artikel 8, §1 van de Wet Patiëntenrechten kan iedere tussenkomst van een beroepsbeoefenaar slechts geschieden mits toestemming van de patiënt. Bovendien heeft een patiënt op grond van artikel 8, §4 van deze Wet te allen tijde het recht om voorgestelde tussenkomsten door beroepsbeoefenaars te weigeren of zijn toestemming hiervoor in te trekken. De tussenkomst van één of meerdere palliatief deskundigen in het kader van de palliatieve filterprocedure kan dus ook op grond van deze principes niet geschieden tegen de wil van de patiënt. Het verdient dan ook aanbeveling om bij de uitwerking van instellingsbeleid rekening te houden met het eventueel verzet van de patiënt tegen de adviserende tussenkomst van het palliatief team.

Houdt het verzet van de patiënt tegen het advies van het palliatief team in dat de gevraagde euthanasie per definitie moet worden toegepast? Absoluut niet. Zoals hoger gesteld, kan geen enkele beroepsbeoefenaar verplicht worden om euthanasie uit te voeren of hieraan mee te werken.<sup>88</sup> Indien de arts aan wie het euthanasieverzoek is gericht, dit enkel wil uitvoeren na hierover bijkomend palliatief advies te hebben ingewonnen (bijvoorbeeld omdat hij zich dan meer moreel, juridisch en/of medisch gesteund voelt), dan is dat zijn volste recht. Echter, wanneer de patiënt in kwestie niet kan overtuigd worden van de meerwaarde van het bijkomend palliatief advies, kan dit niet tegen zijn wil geschieden.

Anderzijds, wanneer een instellingsarts in eer en geweten oordeelt dat een patiënt in aanmerking komt voor euthanasie en hiertoe alle wettelijke voorwaarden zijn voldaan, moet de gevraagde euthanasie binnen de instelling toch kunnen plaatsvinden, zelfs al geldt er binnen de instelling een beperkend euthanasiebeleid, wordt de palliatieve filterprocedure hierdoor niet gevolgd of heeft het palliatief team een negatief advies uitgebracht. Het kan immers verdedigd worden dat euthanasie een medische handeling<sup>89</sup> is die behoort tot de professionele autonomie<sup>90</sup> van artsen. Hierdoor mogen instellingen

---

<sup>85</sup> Artikel 5 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>86</sup> Artikel 12 van de Euthanasiewet *in*cto artikel 458 van het Strafwetboek en artikel 7 van de Wet Verwerking Persoonsgegevens.

<sup>87</sup> Ingevolge van de Wet Patiëntenrechten kan iedere tussenkomst van een beroepsbeoefenaar slechts geschieden mits toestemming van de patiënt (artikel 8, §1) en heeft hij te allen tijde het recht om deze tussenkomsten te weigeren (artikel 8, § 4). De tussenkomst van één of meerdere palliatief deskundigen in het kader van de palliatieve filterprocedure kan derhalve niet geschieden tegen de wil van de patiënt.

<sup>88</sup> Artikel 14, tweede en derde lid van de Euthanasiewet.

<sup>89</sup> Ondanks de heersende discussie in de rechtsleer, kan samen met Meester F. Dewallens en Prof. Dr. Mr. Vansweevelt verdedigd worden dat euthanasie een medische handeling is die valt binnen het toepassingsgebied van de professionele autonomie van artsen. De vermelde auteurs verdedigen deze stelling op basis van de volgende argumenten: (1) enkel artsen zijn wettelijk bevoegd om euthanasiewet uit te voeren, (2) palliatieve zorg is (ook) een medische handeling, (3) het doel van de Euthanasiewet is de legalisering van euthanasie en (4) euthanasie wordt beschouwd als een aspect dat valt onder het beroepsgeheim van artsen. Voor een gedetailleerde bespreking, zie T. VANSWEEVELT, "De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?", *l.c.*, 269-272; F. DEWALLENS en T. VANSWEEVELT, "Ziekenhuizen kunnen euthanasie niet verbieden", *De Standaard* 11 oktober

aan artsen geen reglementaire, contractuele of statutaire beperkingen opleggen bij de uitvoering hun geneeskundige opdracht. Sancties die op grond een dergelijke beperking zouden worden opgelegd (bijvoorbeeld ontslag), dienen als onwettig te worden beschouwd. Op grond van de professionele autonomie van artsen kan derhalve besloten worden dat het instellingsbeleid de uitvoering van euthanasie door een arts die aan alle wettelijke euthanasievoorwaarden voldoet, niet kan verhinderen of verbieden. Bovendien draagt (dragen) niet de instelling, maar enkel de arts (en eventueel de andere betrokken zorgverleners) de strafrechtelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van euthanasie. Het positief of negatief advies van het tussengekomen palliatief team heeft geen invloed op deze principiële strafbaarstelling aangezien dit advies niet wettelijk verplicht is. Hoewel de ethische meerwaarde van de palliatieve filterprocedure in het levenseindebeleid niet mag ontkend worden, kunnen artsen en patiënten niet verplicht worden om het advies van het palliatief team in te roepen en/of te volgen. In dit kader dient benadrukt dat ook de Commissie Ethiek van het VVI in 2002 bekrachtigd heeft dat indien de vraag om levensbeëindiging door de patiënt blijft aanhouden, de Commissie *“in deze gevallen de gewetensvrijheid van de arts en van de leden van het hulpverlenend team om tot euthanasie over te gaan [respecteert], ervan uitgaande dat de arts vertrekt van de keuze voor het meest menselijk mogelijke”*.<sup>91</sup>

Nochtans zullen patiënten die om euthanasie vragen, maar wiens verzoek omwille van het intern euthanasiebeleid wordt afgewezen, vaak doorverwezen worden naar een andere arts of instelling, of geadviseerd worden om de euthanasie thuis te laten plaatsvinden. Dergelijke doorverwijzing vormt op zich geen schending van het zelfbeschikkingsrecht van patiënten, maar kan gebeurlijk wel betwist worden op grond van het recht op kwaliteitsvolle zorgenverstrekking. Onderzoek heeft immers aangetoond dat patiënten in hun laatste levensfase nog vaak van instelling naar instelling getransfereerd worden. Zo blijkt uit de Senti-Melc studie van VAN DEN BLOCK e.a. dat in de maand vóór het overlijden 51% van de onderzochte stervenden minstens één keer getransfereerd werd, terwijl in de laatste levensweek zelfs nog 21% van hen verhuisd werd.<sup>92</sup> De meest frequente types transfers in de laatste levensfase betreffen deze van thuis naar het ziekenhuis (42%), gevolgd door een transfer van het ziekenhuis naar thuis (15%). Ook transfers van het rusthuis naar het ziekenhuis (12%) en omgekeerd (8%) kwamen dikwijls voor. De verhuis van het ziekenhuis naar de palliatieve eenheid kwam (slechts) voor in de minderheid (5%) van de gevallen. Gelet op de aanzienlijke emotionele en psychische ongemakken die zulke transfers in de laatste levensfase met zich meebrengen, kan in sommige van deze gevallen de kwaliteit van zorg ernstig in vraag worden gesteld.

## **B. A posteriori-toetsing door niet bij de zorg betrokken instellingsorganen**

---

2002.

<sup>90</sup> De professionele autonomie van artsen vindt grondslag in artikel 11 van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen (B.S. 14 november 1967) (hierna: het “KB nr. 78”) en artikel 36 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer. Voor ziekenhuisartsen is dit tevens bepaald in artikel 140 (oud artikel 130) van de Ziekenhuiswet.

<sup>91</sup> Advies inzake “Zorg voor een menswaardig levenseinde”, goedgekeurd door het Verbond der Verzorgingsinstellingen (thans Zorgnet Vlaanderen) op 26 april 2002, te raadplegen op [www.zorgnetvlaanderen.be](http://www.zorgnetvlaanderen.be). Voor een bespreking, zie P. SCHOTSMANS, “Wat na de legalisering van euthanasie?”, *Acta Hospitalia* 2002, afl. 2, 60-64.

<sup>92</sup> L. VAN DEN BLOCK, N. BOSSUYT, V. VAN CASTEREN & L. DELIENS, *Het sterfbed in België. Resultaten van de Senti-Melc studie 2005-2006*, Brussel, Academic and Scientific Publishers, 2007, 42-43.

In sommige instellingen bepaalt het euthanasiebeleid dat elke uitgevoerde euthanasie naderhand moet worden gemeld aan het Ethisch Comité, de Ziekenhuisdirectie of de Hoofdgeneesheer. Deze mededeling wordt normalerwijze gevraagd om de wettelijkheid van de uitgevoerde euthanasiecasussen te kunnen toetsen en/of om de kwaliteit van de verstrekte zorg te evalueren. In sommige instellingen dient deze melding echter om ‘euthanasiestatistieken’ bij te houden, zoals het aantal jaarlijks uitgevoerde euthanasiehandelingen, de omstandigheden en onderliggende pathologieën van de ‘euthanasiepatiënten’ en de namen van artsen die de euthanasie hebben uitgevoerd.

Opdat dergelijke meldingsprocedure legitiem zou zijn, dienen echter een aantal wettelijke vereisten te zijn voldaan. Vooreerst is hiervoor het voorafgaandelijk akkoord van de patiënt vereist. Het is immers niet ondenkbaar dat patiënten ernstige bezwaren kunnen hebben tegen de bespreking van hun ‘casus’ door andere, niet bij zijn zorg betrokken instellingsorganen. Ingevolge de regeling inzake het beroepsgeheim<sup>93</sup> en de privacybescherming van gezondheidsgegevens<sup>94</sup>, is dergelijke doorgifte van gevoelige informatie slechts toegelaten mits het uitdrukkelijk schriftelijk akkoord van de patiënt. Verder kan verdedigd worden dat omwille van het potentieel gevaar voor privacyschending de gevraagde informatie steeds anoniem moet meegedeeld. Tot slot is de doorgifte van gevoelige gezondheidsinformatie (zoals de pathologie en omstandigheden van de uitgevoerde euthanasie) slechts verantwoord in het kader van een legitiem doeleinde<sup>95</sup>: zo kan verdedigd worden dat de mededeling van ‘euthanasiecasussen’ aan de Hoofdgeneesheer verantwoord is wanneer op grond hiervan de zorgkwaliteit getoetst wordt en interne aanbevelingen worden opgesteld. Echter, wanneer euthanasiecasussen aan de Directie moeten gemeld worden louter om bijvoorbeeld lijsten van de interne ‘euthanasie-artsen’ bij te houden, kan de legitimiteit van dergelijk doel ernstig in vraag worden gesteld. Het verdient dan ook aanbeveling om bij de uitwerking van een dergelijke interne meldingsplicht te motiveren waarom de mededeling *in casu* gerechtvaardigd is.

## **5. AAN WELKE VOORWAARDEN MOET EEN ZORGVULDIG THERAPIEBEPERKINGSBELEID VOLDOEN?**

Tot slot wordt hieronder besproken aan welke voorwaarden het instellingsbeleid inzake therapiebeperving (DNR-beleid) moet voldoen opdat dit de rechtspositie van patiënten ten volle zou respecteren. De volgende zorgvuldigheidsprincipes kunnen in dit verband naar voor worden geschoven:

- de noodzaak van voorafgaandelijk multidisciplinair overleg [zie onder III.5.A.];
- de verplichting tot motivatie en registratie in het dossier [zie onder III.5.B.]; en
- het respect voor het recht op informatie en geïnformeerde toestemming [zie onder III.5.C.].

### **A. Voorafgaandelijk multidisciplinair overleg**

<sup>93</sup> Artikel 12 van de Euthanasiewet bepaalt expliciet dat de regeling inzake het beroepsgeheim (artikel 458 van het Strafwetboek) van toepassing is op eenieder die zijn medewerking verleent aan de toepassing van de Euthanasiewet.

<sup>94</sup> Artikel 7, §2, a) van de Wet Verwerking Persoonsgegevens.

<sup>95</sup> Artikel 4 van de Wet Verwerking Persoonsgegevens.

In tegenstelling tot euthanasie, bestaat geen specifiek wetgevend kader inzake de voorwaarden voor het nemen van een beslissing tot staken of niet opstarten van een behandeling.<sup>96</sup> Volgens de Orde van Geneesheren kan dergelijke beslissing genomen worden “*als het wetenschappelijk vaststaat dat er geen hoop meer is op een redelijke verbetering*” en van therapeutische verbeterheid kan gesproken worden.<sup>97</sup> De Federale Commissie Patiëntenrechten voegt hieraan toe dat een DNR-beslissing bij voorkeur wordt genomen na een grondige intercollegiale en interdisciplinaire bespreking en in overleg met de patiënt of zijn vertegenwoordiger.<sup>98</sup> Eens op grond van dit overleg bepaalde keuzes zijn gemaakt, is het aangewezen dat alle leden van het behandelend team deze afspraken naleven.

## B. Registratie en motivatie in het dossier

Teneinde eenvormigheid in het medisch beleid na te streven, kunnen binnen de zorginstelling of op dienstniveau afspraken worden gemaakt omtrent de criteria voor een DNR-beslissing. Deze criteria kunnen worden vastgelegd in zogenaamde “*DNR-protocollen*” en op grond van deze protocollen kunnen DNR-beslissingen op hun beurt vertaald worden naar “*DNR-codes*” [zie onder II.2.B.]. De Orde van Geneesheren stelt dat het bestaan van DNR-protocollen er niet toe mag leiden dat de vermelding van de beslissing tot het stoppen of niet opstarten van een behandeling zich louter beperkt tot een verwijzing naar het interne DNR-protocol of een onderdeel ervan. In het medisch dossier moet duidelijk vermeld staan op grond van welke vaststellingen het medisch team tot een bepaalde beslissing gekomen is, zoals hieruit ook moet blijken dat deze vaststellingen nog steeds actueel zijn. Tevens is het aangewezen in het dossier te vermelden op welke wijze en door wie toestemming gegeven werd voor de betreffende DNR-beslissing.<sup>99</sup> Daarnaast dient de DNR-beslissing regelmatig geëvalueerd te worden in functie van de evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt.<sup>100</sup>

Volgens de Orde is het ook aangewezen dat de arts die het DNR-behandelbeleid in het dossier uitschreef, hierover overleg pleegt met alle dienstdoende artsen en de artsen die hem gedurende zijn eventuele afwezigheid vervangen. Zo moet vermeden worden dat zij de DNR-beslissing niet zouden naleven tijdens hun (tijdelijke) verantwoordelijkheid over de patiënt en hiermee strijdige beslissingen zouden nemen (bijvoorbeeld overgaan tot een volstrekt zinloze reanimatiepoging).<sup>101</sup>

Tot slot heeft het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek enkele specifieke zorgvuldigheidseisen voor het therapiebeperkingsformulier bepaald.<sup>102</sup> Zo dient dit document de behandelende arts te identificeren, de datum en het uur van de DNR-beslissing te preciseren, en de mate waarin de patiënt, familie en huisarts geïnformeerd zijn, te vermelden. Het standaardformulier moet ook in die zin zijn opgesteld

<sup>96</sup> Voor een bespreking van het algemeen juridisch kader inzake DNR-beslissingen, zie S. TACK en T. BALTHAZAR, *Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties*, in *Cahiers Antwerpen Brussel Gent*, Gent, Larcier, 2007, afl. 5-6, 58-59.

<sup>97</sup> Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren d.d. 22 maart 2003, *Tijdschrift Nationale Raad* 2003, afl. 100, 5.

<sup>98</sup> Advies van de Federale Commissie Patiëntenrechten d.d. 15 december 2006.

<sup>99</sup> Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren d.d. 27 september 2003, *Tijdschrift Nationale Raad* 2003, afl. 102, 2.

<sup>100</sup> Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren d.d. 25 september 1999, *Tijdschrift Nationale Raad* 1999, afl. 87, 16.

<sup>101</sup> Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren d.d. 22 maart 2003, *Tijdschrift Nationale Raad* 2003, afl. 100, 5.

<sup>102</sup> Advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek d.d. 16 april 2007, 10.

dat de genomen DNR-maatregel onmiddellijk kan herzien en aangepast worden (bijvoorbeeld door hiervoor voldoende schrijfruimte te laten of een afzonderlijk vakje te voorzien voor eventuele zorgaanpassingen). Tot slot moeten de DNR-codes die op het standaardformulier worden ingevuld in samenspraak met het behandelingsteam zijn vastgelegd, courant in de sector in gebruik zijn en de medische gezondheidszorglogica volgen.

### **C. Respect voor het recht op informatie en geïnformeerde toestemming**

Tot slot is het de vraag of patiënten moeten ingelicht worden wanneer op grond van het intern DNR-beleid een beslissing tot staken of niet instellen van een behandeling is genomen. Uit onderzoek in 2007 is namelijk gebleken dat patiënten vaak niet ingelicht worden over hun DNR-status, en dat zij nog veel minder betrokken worden bij de besluitvorming hierover.<sup>103</sup> Zo is wetenschappelijk aangetoond dat slechts 15,7% van de geriateren in de Acute Geriatriediensten van Vlaamse ziekenhuizen vooraf met patiënten over hun DNR-status overlegd hadden.<sup>104</sup> In de meerderheid van de gevallen had de behandelende arts wel vooraf overleg gepleegd met de (hoofd)verpleegkundige(n) (72,2%) en de familieleden van de patiënt (61,9%). In de minderheid van de gevallen werd een collega-specialist geraadpleegd (36%) en werd de huisarts van de beslissing in kennis gesteld (22,6%). Uit hetzelfde onderzoek is gebleken dat patiënten op de afdelingen Acute Geriatrie in Vlaamse ziekenhuizen doorgaans pas een DNR-status kregen op het ogenblik dat de gezondheid van de patiënt drastisch verminderde of kritiek werd, ook al werd reeds vroeger de diagnose van een terminale aandoening gesteld. Gelet op deze empirische vaststellingen is het zinvol hierna de volgende vragen te onderzoeken<sup>105</sup>:

- Moet een patiënt steeds geïnformeerd worden over het medisch uitzichtloos karakter van zijn gezondheidssituatie [zie onder III.5.C.1.1.]?
- Zo ja, moet hij hierbij geïnformeerd worden over het bestaan van interne DNR-afspraken en de toekenning van zijn DNR-status [zie onder III.5.C.1.2.]? en
- Moet een patiënt ook zijn toestemming geven opdat de DNR-beslissing kan worden uitgevoerd [zie onder III.5.C.1.3.]?

#### **1.1. Moet de patiënt voorafgaandelijk geïnformeerd worden over het medisch uitzichtloos karakter van zijn gezondheidssituatie?**

<sup>103</sup> Deze onderzoeksresultaten stroken niet met de bevindingen van het RCBE geformuleerd in haar Advies *d.d.* 16 april 2007. Naar aanleiding van dit advies heeft het RCBE een beperkt aantal getuigen gehoord uit de Diensten Intensieve Zorgen, Intensieve Neonatologie en Palliatieve Zorgen, alsook uit geriatrische RVT's. Hieruit is gebleken dat niet-behandelbeslissingen indien mogelijk vrijwel steeds met de patiënt worden besproken, zometert met zijn naasten, en dat het steeds de bedoeling is dat een onderling akkoord wordt bereikt. In bijna alle gevallen zouden door de communicatieve vaardigheden van het verzorgingsteam en een aanzienlijke tijdsinvestering, meningsverschillen met de patiënt of zijn naasten kunnen opgelost worden. Enkel wanneer de patiënt door zijn houding zou aangeven dat hij liever niet wenst geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand en de niet-behandelbeslissing of wanneer er geen gesprekspartner beschikbaar is, zou de DNR-code toegepast worden zonder het uitdrukkelijk akkoord van de patiënt.

<sup>104</sup> C. DE GENDT et al., "Prevalence of patients with do-not-resuscitate status on acute geriatric wards in Flanders", *l.c.*, 396.

<sup>105</sup> Voor een uitgebreide bespreking van deze vragen, zie S. TACK en T. BALTHAZAR, *o.c.*, 62-73.



Deze vraag moet principieel bevestigend beantwoord worden. Zowel de Wet Patiëntenrechten<sup>106</sup> als de Code van Geneeskundige Plichtenleer<sup>107</sup> voorzien in de verplichting van artsen om patiënten vooraf in te lichten over alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in hun gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. Patiënten hebben dus recht op informatie over hun gezondheidssituatie, ook al is deze noodlottig. Bij de verstrekking van deze (vaak bijzonder zwaarwegende) informatie moet wel rekening worden gehouden met de klinische toestand van de patiënt, zijn draagkracht, zijn filosofische en godsdienstige overtuiging<sup>108</sup> en de mate waarin hij wenst geïnformeerd te worden.<sup>109</sup>

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (RCBE) benadrukt dat bij de informatieverstrekking vaak teveel aandacht wordt besteed aan de kansen op verbetering op korte termijn, maar dat te weinig aandacht gaat naar de resterende levensverwachting op langere termijn.<sup>110</sup> Zo wordt valse hoop gewekt en hebben de patiënt en zijn familie een onrealistisch beeld over wat kan verwacht worden. Volgens het RCBE zouden (huis)artsen meer initiatief moeten (durven) nemen om ten gepaste tijde, maar toch zo vroeg mogelijk en vóór de levensbedreigende toestand zich voordoet, met de patiënt de verschillende keuzes inzake terminale zorg te bespreken. Via het opstellen van een voorafgaande niet-behandelverklaring op het ogenblik dat de patiënt nog wilsbekwaam is, kunnen heel wat latere ethische problemen voor de familie en de verantwoordelijke beroepsbeoefenaars worden vermeden.<sup>111</sup>

Slechts uitzonderlijk kan van de informatieverplichting over de gezondheidstoestand worden afgeweken, namelijk indien de mededeling een *“klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen en mits de beroepsbeoefenaar hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd”*.<sup>112</sup> Indien de gezondheidssituatie van de patiënt medisch uitzichtloos is, maar de mededeling van de details over de dodelijke aandoening en de gevolgen ervan de patiënt te veel van streek zou maken met ernstige gezondheidsschade tot gevolg, kan de beroepsbeoefenaar deze informatie uitzonderlijk niet of eerder beperkt medelen. De beslissing om deze zogenaamde *“therapeutische exceptie”* in te roepen, moet in het patiëntendossier gemotiveerd worden. Bovendien moet alle achtergehouden informatie aan de eventueel aangeduide vertrouwenspersoon verstrekt worden.<sup>113</sup> Van zodra de patiënt in staat is om de noodlottige informatie over zijn gezondheidstoestand te verwerken, is de beroepsbeoefenaar opnieuw verplicht hem alle noodzakelijke informatie mee te delen.<sup>114</sup> Uiteraard betekent dit niet dat alle informatie in één keer over het hoofd van de patiënt moet worden uitgestort, noch dat hierbij slechts halve waarheden of verdraaide informatie mogen worden megedeeld.

De patiënt heeft ook het recht om af te zien van zijn recht op gezondheidsinformatie (dit is het zogenaamde *“recht op niet weten”*). Indien hij de noodlottige prognose niet wil horen of hiervan niet alle details wenst te vernemen, moet de beroepsbeoefenaar dit respecteren.<sup>115</sup> De patiënt moet hierom uitdrukkelijk verzoeken, doch dit kan zowel schriftelijk als mondeling. In het eerste geval wordt het verzoek toegevoegd aan het patiëntendossier, in het tweede geval wordt het erin opgetekend.<sup>116</sup> Indien het niet medelen van deze informatie evenwel een klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt of derden zou opleveren en de beroepsbeoefenaar voorafgaandelijk een collega en

<sup>106</sup> Artikel 7 § 1 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>107</sup> Artikel 33 en 95 van de Code. Zie ook het Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren d.d. 22 maart 2003, *Tijdschrift Nationale Raad* 2003, afl. 100, 5.

<sup>108</sup> Artikel 33, eerste lid van de Code. Zie ook het Wetsontwerp betreffende de Rechten van de Patiënt, M.v.T., *Parl. St. Kamer* 2001-02, DOC 1642/001, 23.

<sup>109</sup> Zie ook artikel 7 § 3, eerste lid van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>110</sup> Advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek d.d. 16 april 2007.

<sup>111</sup> Voor een bespreking van het juridisch kader inzake negatieve wilsverklaringen en *advance care planning*, zie S. TACK en T. BALTHAZAR, o.c., 47-54.

<sup>112</sup> Artikel 7 § 4 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>113</sup> Artikel 7 § 4, tweede lid van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>114</sup> Artikel 7 § 4, derde lid van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>115</sup> Artikel 7 § 3, eerste lid van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>116</sup> Artikel 7 § 3, tweede lid van de Wet Patiëntenrechten.

desgevallend de vertrouwenspersoon heeft gehoord, herleeft de verplichting van de beroepsbeoefenaar om de verzwegen informatie toch mee te delen aan de patiënt.<sup>117</sup> Indien een patiënt bijvoorbeeld aan een levensbedreigende besmettelijke ziekte zou lijden (vb. longtuberculose in een terminaal stadium), moet hij hiervan ingelicht worden om de fysieke integriteit van derden te beschermen.

## 1.2. Moet de patiënt voorafgaandelijk geïnformeerd worden over de DNR-beslissing en het intern afgesproken DNR-beleid?

Verder stelt zich de vraag of de patiënt moet ingelicht worden over het intern bestaande DNR-beleid en de DNR-status die hem is of zal worden toegekend (vb. de stopzetting van verdere chemotherapie en het opdrijven van de morfine). Deze vraag raakt de discussie over de toepassing van het recht op geïnformeerde toestemming op DNR-beslissingen. Indien wordt aangenomen dat dit recht hierop van toepassing is, dan heeft de betrokken beroepsbeoefenaar ook de plicht om de patiënt vooraf te informeren over de DNR-beslissing.<sup>118</sup> Deze beslissing tot staken of niet instellen van een behandeling impliceert immers (ook) een tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, waardoor zou kunnen gesteld worden dat het recht op geïnformeerde toestemming hierop van toepassing is. Ook de Code van Geneeskundige Plichtenleer stelt dat de behandelende arts de patiënt niet alleen tijdig moet informeren over het naderende levenseinde, maar ook over “*de bijstand die hem daarbij kan worden verleend*”, “*de initiatieven [die de patiënt] kan nemen*” en zijn “*recht op palliatieve zorg*”.<sup>119</sup> Volgens de Orde is het essentieel dat de arts de patiënt tijdig en duidelijk inlicht over de aard van de medische bijstand die hij bereid is bij het naderende levenseinde te verlenen zodat de patiënt over de nodige tijd beschikt om desgevallend een *second opinion* in te winnen.<sup>120</sup>

Volgens bepaalde auteurs is de informatieverplichting van een beroepsbeoefenaar over de toekenning van een DNR-status echter niet gebaseerd op het recht op bescherming van de fysieke integriteit. Zij stellen dat vermits juist een einde wordt gemaakt aan een zinloos geworden inbreuk op de fysieke integriteit van de patiënt en derhalve geen actieve (therapeutische) tussenkomst meer plaatsvindt, de informatieverplichting niet gekoppeld is aan een toestemming voor een interventie die toch niet plaatsvindt.<sup>121</sup> Deze informatieplicht geldt volgens hen wel op grond van de medische behandelingsovereenkomst die de beroepsbeoefenaar ten aanzien van de patiënt ter goeder trouw moet uitvoeren.

In elk geval kan besloten worden dat de patiënt niet alleen over zijn noodlottige prognose moet geïnformeerd worden, maar ook over de resterende niet-curatieve mogelijkheden en de niet-behandelbeslissing die desgevallend zou genomen worden. Indien deze beslissing gesteund is op het DNR-beleid van de instelling, dient de patiënt niet noodzakelijk ingelicht te worden over alle technische en organisatorische aspecten die hiermee gepaard gaan (zoals het gebruik van DNR-formulieren en –codes<sup>122</sup>). Het is voldoende dat de patiënt ingelicht wordt over de concrete gevolgen van een DNR-beslissing voor zijn gezondheidssituatie.

<sup>117</sup> Artikel 7 § 3, eerste lid van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>118</sup> Artikel 8 § 1 van de Wet Patiëntenrechten. Opdat een patiënt een geldige toestemming voor de tussenkomst van een beroepsbeoefenaar zou geven, moet hij voorafgaandelijk geïnformeerd zijn over alle relevante aspecten van deze tussenkomst (zoals de risico's en gevolgen).

<sup>119</sup> Artikel 95 van de Code.

<sup>120</sup> Artikel 95 *in fine* van de Code.

<sup>121</sup> H. NYS & E. STRUBBE, “Medisch handelen en nalaten rond het levenseinde bij een wilsbekwame patiënt”, *Panopticon* 2000, 429.

<sup>122</sup> In tegenstelling tot de hoger besproken palliatieve filterprocedure en de interne melding van euthanasiecasussen [zie onder III.4.B.], kunnen patiënten zich evenwel niet verzetten tegen het intern gebruik van therapiebeperkingsformulieren en DNR-codes. Het gebruik en de toepassing ervan betreffen immers louter praktische voorschriften die de kwaliteit en continuïteit van zorgen ten goede komen en eenvormigheid in het medisch beleid nastreven. Het kan immers verdedigd worden dat indien een patiënt zich laat opnemen in een zorginstelling of er als bewoner permanent verblijft, hij door het aangaan van deze (verzorgings- of verblijfs)overeenkomst impliciet akkoord gaat met de praktisch-organisatorische voorschriften die intern worden opgelegd.

Kan de beroepsbeoefenaar de therapeutische exceptie invoeren om af te zien van zijn informatieverplichting over de DNR-beslissing? De Wet Patiëntenrechten voorziet hierover geen uitdrukkelijke regeling.<sup>123</sup> Volgens de Orde van Geneesheren heeft de patiënt te allen tijde recht op de noodzakelijke informatie om in een bepaalde (actieve) ingreep of behandeling te kunnen toestemmen en kan de therapeutische exceptie hiertegen niet worden ingeroepen.<sup>124</sup> Geldt dit ook voor niet-behandelbeslissingen? Artikel 95, eerste lid van de Code brengt hierin mogelijk verheldering. In deze bepaling staat immers dat de behandelaar bij zijn informatieverschaffing over de “bijstand”-mogelijkheden rekening kan houden met “*de klinische toestand van de patiënt, diens draagkracht, filosofische en godsdienstige overtuiging evenals met de mate waarin [de patiënt] wenst geïnformeerd te worden*”. Op grond van deze bepaling kan een arts die geconfronteerd wordt met een sterk geëmotioneerde, verwarde of niet helder van geest zijnde patiënt die de mededeling van de DNR-beslissing niet zou kunnen verwerken, uitzonderlijk afzien van zijn informatieplicht. De beroepsbeoefenaar pleegt hierover best overleg met een collega en motiveert zijn beslissing in het dossier. Van zodra de patiënt hiertoe in staat is, herleeft de plicht van de arts om de patiënt over de niet-behandelbeslissing in te lichten. Hoewel de Orde dus expliciet stelt dat de “*therapeutische exceptie*” niet van toepassing is op het recht op geïnformeerde toestemming, laat artikel 95 van de Code toch toe om de patiënt uitzonderlijk niet (of beperkt) te informeren over de niet-behandelbeslissing.

### 1.3. Moet een patiënt toestemming geven alvorens een DNR-beslissing kan worden uitgevoerd?

#### a. Relevantie van de vraag

In de praktijk heerst veel (rechts)onzekerheid over de vraag of patiënten al dan niet voorafgaandelijk moeten instemmen met de beperking of stopzetting van hun behandeling. Deze vraag is belangrijk omdat patiënten hierover niet zelden geen beslissing kunnen of willen nemen. Ook wanneer de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt gevraagd wordt over het leven van de patiënt te beslissen (vb. om de kunstmatige beademing al dan niet stop te zetten), voelt hij dit soms aan als een té grote verantwoordelijkheid die hij niet wil of kan dragen. Ook in acute situaties, bijvoorbeeld wanneer een patiënt een zwaar verkeersaccident heeft gekregen en zijn laatste levensdagen op Intensieve Zorgen doorbrengt, gebeurt het dat de patiënt of zijn vertegenwoordiger door het dramatisch gebeuren moreel onvoldoende in staat zijn om binnen een korte tijdspanne (alleen) te beslissen over leven en dood. In elk van deze situaties stelt zich de vraag of het (moreel en juridisch) verantwoord is om de niet-behandelbeslissing exclusief bij de patiënt of zijn vertegenwoordiger te leggen.

Daarnaast beïnvloeden ook praktische overwegingen de vraag of een DNR-beslissing afhankelijk is van de *informed consent* van de patiënt (of zijn vertegenwoordiger). In dringende situaties, zoals bij spoedgevallen of op de Dienst Intensieve Zorgen, moet vaak bijzonder snel worden opgetreden. Het wachten op de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger kan het lijden dan soms nodeloos rekken. Tot slot is ook een belangrijk juridisch argument in het spel: beroepsbeoefenaars kunnen immers nooit verplicht worden om medisch zinloze handelingen te stellen, zelfs al zou de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) therapeutische hardnekkigheid eisen.

Vanuit deze morele, praktische en juridische bezwaren rijst dan ook de vraag in hoeverre de geïnformeerde toestemming van de patiënt noodzakelijk is om een niet-behandelbeslissing uit te

<sup>123</sup> In de Wet Patiëntenrechten vormt de “*therapeutische exceptie*” enkel een uitzondering op de informatieplicht over de gezondheidstoestand van de patiënt (artikel 7 § 4 Wet Patiëntenrechten). Deze mogelijkheid is niet voorzien bij de informatieverplichting over de voorgestelde tussenkomst (artikel 8 § 1 Wet Patiëntenrechten).

<sup>124</sup> Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren *d.d.* 16 oktober 2004, *Tijdschrift Nationale Raad* 2005, afl. 107, 3.

voeren. Met andere woorden, begaat de beroepsbeoefenaar een fout indien hij de behandeling stopt of niet instelt zonder de toestemming van de patiënt?

### **b. Standpunt van de wetgever**

De wet voorziet niet in een uitdrukkelijk antwoord op de vraag of het nemen van een DNR-beslissing afhankelijk is van de toestemming van de patiënt (of zijn vertegenwoordiger). De Wet Patiëntenrechten eist wel zijn geïnformeerde toestemming voor elke (actieve) tussenkomst door een beroepsbeoefenaar<sup>125</sup>, maar zwijgt over de situatie waarin de medische beslissing bestaat in een stopzetting of beperking van de behandeling. De Memorie van Toelichting bij het Wetsontwerp van de Wet Patiëntenrechten geeft meer verduidelijking en stelt dat de geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist is voor elke beslissing tot stopzetting van een behandeling, tenzij “*die behandeling geen enkele zin meer heeft*”.<sup>126</sup> Volgens de Memorie van Toelichting kan dus zonder toestemming van de patiënt een niet-behandelbeslissing worden genomen wanneer de behandeling geen enkele therapeutische meerwaarde zou hebben.

### **c. Standpunt van de Orde van Geneesheren**

De Orde van Geneesheren heeft een geheel andere visie en stelt dat een arts voor DNR-beslissingen wél de geïnformeerde toestemming van de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) moet vragen.<sup>127</sup> Dit standpunt werd recent (in meer algemene bewoordingen) opgenomen in de Code die bepaalt dat “*de arts voor elke tussenkomst bij het naderende levenseinde de toestemming van de patiënt [moet] bekomen*” en “*erover dient te waken dat deze met kennis van zaken, vrij en onafhankelijk wordt gegeven*”.<sup>128</sup> De Orde wijst echter op een mogelijk probleem wanneer de vertegenwoordiger niet akkoord gaat met het voorstel van de behandelende arts of team om de therapie te beperken en de uitvoering eist van een medisch volstrekt zinloze behandeling. Volgens de Orde kan in dergelijk geval de wettelijke conflictenregeling<sup>129</sup> worden toegepast. Bij aanhoudende discussie kan de beroepsbeoefenaar immers na multidisciplinair overleg afwijken van de mening van de vertegenwoordiger “*in het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden*”.<sup>130</sup> Heeft de patiënt een vertegenwoordiger benoemd, dan kan de beroepsbeoefenaar slechts van de beslissing van deze persoon afwijken indien deze laatste zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt (die bijvoorbeeld blijkt uit een video, een briefje of een wilsverklaring ondertekend door de patiënt bij opname in een rusthuis). Is dit niet het geval, dan kan de behandelende arts na multidisciplinair overleg en in het belang van de patiënt uitzonderlijk toch een niet-behandelbeslissing nemen. Deze beslissing moet in het patiëntendossier gemotiveerd worden.<sup>131</sup> Teneinde zoveel mogelijk conflicten tussen het zorgpersoneel en de patiënt (en zijn naasten) te vermijden, is goede communicatie tussen alle betrokken partijen cruciaal. Het verdient daarom sterke aanbeveling om de patiënt en (mits diens akkoord) zijn naasten zoveel mogelijk bij het besluitvormingsproces te betrekken.

### **d. Standpunt van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek**

<sup>125</sup> Artikel 8, §1 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>126</sup> Wetsontwerp betreffende de Rechten van de Patiënt, M.v.T., *Parl. St.* Kamer 2001-2002, DOC 1642/001, 24.

<sup>127</sup> Advies Nationale Raad van de Orde van Geneesheren *d.d.* 22 maart 2003, *Tijdschrift Nationale Raad* 2003, afl. 100, 5.

<sup>128</sup> Artikel 96, eerste lid van de Code.

<sup>129</sup> Zie artikel 15, §2 van de Wet Patiëntenrechten. Voor een gedetailleerde bespreking van de vertegenwoordigingsregeling in geval van wilsonbekwame patiënten, zie S. TACK en T. BALTHAZAR, *o.c.*, 19-24.

<sup>130</sup> Artikel 15 § 2 van de Wet Patiëntenrechten.

<sup>131</sup> Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren *d.d.* 27 september 2003, *Tijdschrift Nationale Raad* 2003, afl. 102, 2.

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (RCBE) benadrukt dat het respect voor de wil van de patiënt (of van zijn naasten) centraal staat en dat dit autonomiebeginsel door de recente wetgeving in de plaats is gekomen van de unilaterale beslissing van de arts.<sup>132</sup> Toch leert de praktijk dat de behandelende arts in realiteit zelden daadwerkelijke informatie zal geven over een alternatieve behandeling die hij medisch nutteloos acht. Dit zou bij de patiënt en de familie alleen maar valse hoop doen ontstaan. Het RCBE benadrukt dan ook het belang van een tijdig overleg met de patiënt zodat het zorgteam zoveel mogelijk rekening kan houden met zijn wensen en deze kan vastleggen in wilsverklaringen. Bij de uitvoering ervan dringt een gesprek met de door de patiënt aangeduide vertrouwenspersoon en desgevallend de huisarts zich op. Werden geen voorafgaande wilsverklaringen opgesteld, dan kan de therapiebeperkende beslissing pas genomen worden na intensief en geregeld overleg van het zorgteam met de (nog bewuste) patiënt en zijn naasten.

Hoewel gepleit wordt voor een participatiemodel waarbij de naasten en de verschillende leden van het zorgteam intensief bij de beslissing betrokken worden, draagt enkel de behandelende arts de juridische eindverantwoordelijkheid voor de beslissing. Door maximale betrokkenheid, communicatie en overleg tussen de leden van het zorgteam, de patiënt en zijn naasten, ontstaat volgens het RCBE doorgaans een consensus over de DNR-beslissing. In geval van blijvend conflict tussen de behandelende arts en de patiënt en/of zijn naasten, is het inwinnen van het advies van een andere arts aangewezen. Indien deze arts een verschillende mening heeft ten opzichte van de vaste behandelaar, kan eventueel de overplaatsing naar een andere dienst overwogen worden. Blijft het conflict bestaan en is geen overplaatsing mogelijk, dan mag de vaste behandelaar volgens het RCBE de behandeling stopzetten, ook zonder het uitdrukkelijk akkoord van de patiënt of zijn naasten.

#### e. Standpunt in de rechtsleer

In tegenstelling tot de Orde, menen sommige rechtsgeleerden dat de geïnformeerde toestemming van de patiënt niet vereist is om tot een niet-behandelbeslissing over te gaan. Aangezien een beroepsbeoefenaar omwille van zijn therapeutische vrijheid<sup>133</sup> nooit gedwongen kan worden een zinloze behandeling uit te voeren, kan volgens hen de stopzetting ervan ook niet afhankelijk zijn van de toestemming van de patiënt. *De facto* wordt een niet-behandelbeslissing dan toch uitgevoerd, ook zonder de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt (of diens vertegenwoordiger).<sup>134</sup> Een ander argument vloeit voort uit de verplichting van zorgverleners om medisch overbodige of zinloze handelingen zoveel mogelijk te beperken. In het kader van de Ziekteverzekering moeten beroepsbeoefenaars er zich immers van onthouden “*overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte (ziekte)verzekering*”.<sup>135</sup> Aangezien de therapeutische vrijheid van beroepsbeoefenaars begrensd is door de globale middelen die de gemeenschap ter beschikking stelt en artsen niet gedwongen kunnen worden tot het stellen van medisch zinloze handelingen (en hiervoor zelfs gesanctioneerd kunnen worden<sup>136</sup>), kunnen patiënten (of hun vertegenwoordigers) geen medisch zinloze handelingen eisen.

<sup>132</sup> Advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek d.d. 16 april 2007.

<sup>133</sup> De therapeutische vrijheid van beroepsbeoefenaars van gezondheidszorg vindt grondslag in artikel 73 § 1 van de Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 27 augustus 1994) (hierna: de “ZIV-wet”), artikel 35*duodecies*, tweede lid van het KB nr. 78 en artikel 130 § 1, tweede lid van de Ziekenhuiswet

<sup>134</sup> W. DIJKHOFFZ, “Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming”, *T. Gez./ Rev. Dr. Santé* 2003-04, afl. 21, 119.

<sup>135</sup> Artikel 73 §§ 2 en 3 van de ZIV-wet. Voor artsen geldt ook een deontologische verplichting om therapeutische verbetering zoveel mogelijk te voorkomen (artikel 97 van de Code).

<sup>136</sup> Zo kan het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het R.I.Z.I.V aan zorgverleners administratieve sancties opleggen in geval van misbruik van hun therapeutische vrijheid. Aangezien artsen niet alleen een wettelijke, maar ook een deontologische verplichting hebben om medisch zinloze handelingen zoveel mogelijk te beperken (artikel 36, a en b Code), kunnen zij ook tuchtrechtelijk door de Provinciale Raad van de Orde van Geneesheren gesanctioneerd worden (art. 11, tweede lid van het KB nr. 78). Voor een gedetailleerde bespreking van deze

In de praktijk heerst echter discussie over welke handelingen als “zinloos” kunnen worden beschouwd. Bepaalde auteurs maken een onderscheid tussen “medisch kansloze” en “disproportionele” behandelingen.<sup>137</sup> “Medisch kansloze handelingen” zijn niet werkzame of niet effectieve behandelingen die op zichzelf wel op grond van zinnig redeneren kunnen overwogen worden, maar in de concrete situatie niet met enige kans van slagen tot het beoogde doel kunnen leiden.<sup>138</sup> Deze handelingen berusten op een zuiver medisch oordeel dat enkel toekomt aan de arts die, in overleg met het behandelend team, als deskundige ter zake optreedt. Zo is het bijvoorbeeld de vraag of het aanhoudend dialyseren van een 85-jarige patiënt met terminale nierinsufficiëntie medisch zinvol is wanneer hij ingevolgt talrijke metastasen onhoudbare pijnen ondervindt, binnen zeer afzienbare tijd zal overlijden en hij door de dialyse slechts kunstmatig in leven wordt gehouden. In deze situatie is de stopzetting van niet werkzame handelingen volgens sommige auteurs niet afhankelijk van de toestemming van de patiënt aangezien hij van de behandelende arts niet kan eisen om een dergelijke behandeling verder te zetten.<sup>139</sup> Andere auteurs gaan nog een stap verder en stellen dat de arts in die situatie zelfs niet gerechtigd is om de behandeling voort te zetten aangezien het verder dialyseren in zijn geheel geen positieve gevolgen kan hebben.<sup>140</sup> Uiteraard moet de patiënt in dat geval voorafgaandelijk geïnformeerd worden over zijn gezondheidsstatus, het voornemen van het behandelend team om de behandeling stop te zetten en de concrete gevolgen die dit met zich kan meebrengen.

Daarentegen betreft een “disproportionele behandeling” een behandeling die in aard, omvang en doel in onvoldoende relatie staat tot wat voor de patiënt een zinvol (resterend) leven is.<sup>141</sup> Over de betrokkenheid van de patiënt bij dergelijke beslissingen, bestaat minder duidelijkheid. De beslissing tot staken of niet instellen van een behandeling is dan niet alleen gebaseerd op objectieve medische criteria, maar ook op waardeoordelen, waaronder de sociale, familiale en culturele context van de patiënt.<sup>142</sup> Zo kan bijvoorbeeld de resterende levenskwaliteit van een 35-jarige terminale patiënt met helse pijnen ingevolgt uitgezaaide metastasen in vraag worden gesteld. Is het (ethisch en juridisch) verantwoord om bij deze patiënt een zeer intensieve en lichamelijk bijna ondraaglijke chemotherapie te blijven verder zetten als de kans op genezing nihil is en zijn leven met slechts enkele weken kan verlengd worden? In dergelijk geval kan de “zinnigheid” van het voortzetten van de behandeling niet alleen door het behandelend team worden bepaald, maar zal dit (mede) beoordeeld moeten worden door de betrokkene zelf en zijn persoonlijke invulling van het begrip ‘levenskwaliteit’. Indien voor hem de mentale en lichamelijk loodzware gevolgen van de voortzetting van de chemotherapie opwegen tegen het voordeel van een levensverlenging met enkele dagen of weken (bijvoorbeeld omdat hij waardig afscheid wil nemen van familie en vrienden), kan de behandelende arts niet eenzijdig tot de “zinloosheid” van de behandeling beslissen. Pas indien de patiënt er bewust voor kiest om de lijdensweg van een nieuwe chemokuur niet opnieuw te ondergaan, maar bijvoorbeeld wenst te starten met palliatieve zorgen, kan in dit geval de niet-behandelbeslissing worden uitgevoerd.

De meeste auteurs lijken het er dan ook over eens dat de patiënt moet kunnen participeren in de besluitvorming over de zin van een disproportionele behandeling.<sup>143</sup> Het gaat immers om wat hij zelf

---

sanctiemechanismen, zie H. NYS, *Geneeskunde, Recht en Medisch Handelen*, in *Algemene Praktische Rechtsverzameling*, Mechelen, Kluwer, 590-593.

<sup>137</sup> H. NYS & E. STRUBBE, *l.c.*, 426-429; S. GEVERS, “Patient involvement with non-treatment decisions”, *European Journal of Health Law* 1997, 145; J. VAN DELDEN, P. VAN DER MAAS, L. PIJNENBORG & C. LOOMAN, “Deciding not to resuscitate in Dutch hospitals”, *Journal of Medical Ethics* 1993, 203-204;

<sup>138</sup> G. BLIJHAM & J. VAN DELDEN, “Richtlijnen voor het nemen van niet-reanimeerbesluiten”, *Medisch Contact* 1996, 1066.

<sup>139</sup> H. NYS & E. STRUBBE, *l.c.*, 428.

<sup>140</sup> S. GEVERS, *l.c.*, 153.

<sup>141</sup> J. VAN DELDEN, *l.c.*, 97.

<sup>142</sup> G. DE CORTE, W. DIJKHOFFZ, M. VAN DER BORGHT, B. VAN DEN EYNDEN, *Leven naar het einde. Een handleiding voor de praktijk*, Leuven, Lannoo, 2006, 62.

<sup>143</sup> L. BERGKAMP en K. BROUWER, “Nalaten levensverlengend medisch handelen in Amerika en Nederland”, *Medisch Contact* 1992, 468.

als een (resterend) zinvol leven beschouwt. Het oordeel over de proportionaliteit van een medische behandeling is niet volledig indien geen rekening wordt gehouden met de wens van de patiënt. De beslissing tot beperking, stopzetting of niet opstarten van de disproportionele behandeling moet in overleg met de arts en het behandelend team gebeuren, maar steeds is het akkoord van de patiënt hiervoor vereist. Indien de patiënt niet akkoord gaat met de beperking van een disproportionele handeling, kan de beroepsbeoefenaar zijn DNR-beslissing niet eenzijdig opleggen.

#### **1.4. Conclusie**

Het leidt geen twijfel dat de patiënt principieel moet geïnformeerd worden over zijn noodlottige prognose en over het voornemen van de behandelaar om een niet-behandelbeslissing uit te voeren. Indien deze beslissing voortvloeit uit het DNR-beleid van de instelling kan dit aan de patiënt worden uitgelegd, zonder te vervallen in al te technische details. Slechts indien zeer uitzonderlijk de mededeling van de DNR-beslissing gezondheidsschade voor de patiënt zou doen ontstaan, mag de arts deze gegevens geheel of gedeeltelijk, maar slechts zo lang als nodig, voor de patiënt verzwijgen. In alle omstandigheden dient een goede communicatie met de patiënt en (zo hij hiermee akkoord is) zijn naasten te worden nagestreefd.

Voor de uitvoering van een niet-behandelbeslissing gebiedt enkel de Orde de voorafgaande toestemming door de patiënt. De Wet Patiëntenrechten legt geen expliciete toestemmingsvereiste op en ook op basis van andere wettelijke voorschriften kan geargumenteed worden dat het nemen van een niet-behandelbeslissing hiervan niet afhankelijk is. Volgens het RCBE is wel een maximaal voorafgaandelijk overleg tussen de leden van het zorgteam, de patiënt en zijn familie vereist en moet zoveel mogelijk getracht worden een consensus te bereiken. Pas als het conflict blijft aanhouden, het advies van een andere arts werd ingewonnen en geen overplaatsing naar een andere dienst mogelijk is, kan de behandelaar beslissen de behandeling stop te zetten zonder het uitdrukkelijk akkoord van de patiënt (of zijn vertegenwoordiger). Echter, in geval van disproportionele handelingen die (mede) gesteund zijn op de individuele waardeoordelen van de patiënt, kan de niet-behandelbeslissing niet tegen de wil van de patiënt worden genomen.

#### **IV. BESLUIT**

In deze bijdrage werd een patiëntrechtelijke analyse uitgevoerd van het sterk in ontwikkeling zijnde levenseindebeleid in zorginstellingen. Hierbij werd vastgesteld dat zorginstellingen op grond van de vrijheid van vereniging, geweten en meningsuiting van de aangesloten leden, in beginsel het recht hebben om een eigen levenseindebeleid te bepalen en zich op een bepaalde wijze in de zorgsector te profileren. De uitwerking van een transparant beleid dat het instellingsstandpunt op eenvoudige wijze vertaalt en verduidelijkt voor (huidige en toekomstige) patiënten, kan zelfs als een invulling van deugdelijk bestuur worden beschouwd.

In deze bijdrage werd ook aangetoond dat de vrijheid van zorginstellingen om een levenseindebeleid te ontwikkelen, niet onbegrensd is. Op grond van hun recht op informatie en keuzevrijheid moeten patiënten te allen tijde kunnen kennis nemen van en toelichting krijgen over het instellingsbeleid, zeker wanneer dit bijkomende beperkingen ten opzichte van de bestaande wetgeving zou bepalen. Ook de voorafgaande bespreking van euthanasieverzoeken binnen het palliatief team en de bespreking naderhand door niet bij de zorg betrokken instellingsorganen, is slechts legitiem mits in achtneming van enkele wettelijke principes. Zo kan deze bespreking op grond van het recht op zelfbeschikking en

privacybescherming niet plaatsvinden tegen de wil van de patiënt. Bovendien moet steeds een legitiem doel voorhanden zijn opdat dergelijke gevoelige informatie intern mag worden doorgegeven. Oneigenlijk gebruik van (niet door de wet voorziene) procedures is uit den boze.

Tot slot dienen ook bij de uitwerking en toepassing van een DNR-beleid een aantal zorgvuldigheidseisen te worden gerespecteerd. Zo is voorafgaandelijk multidisciplinair overleg noodzakelijk en moet de beslissing nauwkeurig in het dossier worden gemotiveerd. Het gebruik van goed en duidelijk opgestelde DNR-protocollen en –codebladen is aangeraden. Tevens moet de patiënt vooraf en tijdig geïnformeerd worden over zijn noodlottige prognose en het voornemen van de behandelaar om een niet-behandelbeslissing uit te voeren. Hoewel de Orde ook de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt voor de niet-behandelbeslissing gebiedt, blijkt die verplichting niet uit de Wet Patiëntenrechten. Volgens het RCBE is de toestemming van de patiënt voor een medisch volstrekt zinloze handeling niet vereist op voorwaarde dat een aantal essentiële zorgvuldigheidscriteria worden nageleefd. Wanneer het echter om disproportionele handelingen gaat die (mede) gesteund zijn op de individuele waardeoordelen van de patiënt, kan de niet-behandelbeslissing niet tegen de wil van de patiënt worden genomen.



## Symposium 27 september 2008

### “Hot topics in de deontologie”

#### **Collocatie**

Dokter Paul Beke

#### Taak van de arts in de procedure van collocatie.

De topic “Collocatie” is er gekomen na een aantal vragen van collega’s omtrent de te volgen procedure van collocatie, van vrijheidsberoving.

Elke arts weet wat collocatie is, doch één maal er plots mede geconfronteerd, heeft men meestal niet meer de tijd om te zien wat er als opgeroepen arts te doen staat en blijft het veelal een vreemde procedure waarbij men toch belangrijke en ingrijpende verantwoordelijkheid draagt, gezien het om een vrijheidsberoving gaat, wat toch slechts zou mogen gebeuren in uitzonderlijke omstandigheden. Elke arts die reeds werd geconfronteerd met de ondankbare realiteit van een vrijheidsberoving bij één van zijn patiënten, bij een patiënt tijdens de wachtdienst, al of niet op vraag van een andere collega, zal toegeven dat hij hierbij angst en onzekerheid ervaart.

Vandaar dat een korte opfrissing van de procedure hier wellicht op zijn plaats is .

Collocatie is een zeldzaamheid in de dagelijkse praktijk van een huisarts. Gemiddeld zal hij op een periode van 30 jaar praktijk zelden meer dan 5 collocaties hebben moeten doen. Een psychiater van zijn kant zal vermoedelijk veel frequenter met dit fenomeen te maken hebben.

Heel veel artsen zullen ook nooit met een vrijheidsberoving te maken hebben.

Spontaan rijzen er steeds een aantal vragen op wanneer men vrijheidsberoving van naderbij wil bekijken. Vragen over de wettelijke procedure, de deontologie daaromtrent en de medisch ethische vragen .De opstelling van het “Omstandig Geneeskundig Verslag”(OGV) stelt de arts voor een zware verantwoordelijkheid, hetzelfde voor de voorgestelde gewone of spoedprocedure.

Tijdens de vroeger in voege zijnde wetgeving op de behandeling van krankzinnigen, dus tot 1990, lag de uiteindelijke beslissing tot gedwongen opname in werkelijkheid bij de burgemeester van de gemeente, die zich meestal schikte naar de arts die de verwijzing opstelde. Zelf ben ik voor 1990 een aantal keren met gedwongen opname geconfronteerd geweest en iets minder sinds de Nieuwe Wet Persoon Geesteszieke van 26 juni 1990,

waarbij een totaal andere weg dient afgelegd, via de procureur en de vrederechter, om tot een beslissing tot opname te komen en via de gewone of de spoedprocedure.

Niet alleen de wetgever heeft zijn steentje bijgedragen tot een betere procedure, ook de Nationale Raad van de orde formuleerde in een advies van 18 augustus 2001 de houding die een arts dient aan te nemen in geval hij opgeroepen wordt om een collocatie te doen en een "omstandig medisch verslag" op te stellen.

#### Enkele cijfers ter illustratie

Bij een bevraging in 1990 door de toenmalige Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) onder leiding van Prof. Delepeleire en Prof. F. Buntinx kwamen een aantal illustrerende cijfers boven.

Een huisarts zou gemiddeld om de 9 jaar geconfronteerd worden met collocatie; in 75 % van de gevallen kende de huisarts de patiënt of de familie reeds langer goed; in slechts 10% van de gevallen werd de procedure opgestart door de wachtarts; in 92 % diende er een dringende spoedopname te gebeuren; bij 18 % was er een of andere vorm van psychotische toestand die aan de basis lag, terwijl er in 51 % sprake was van ernstige agressie hetzij op zichzelf, hetzij ten opzichte van anderen, gepaard gaande met een ernstige psychische deteriorisatie in 80% van de gevallen was geen overleg mogelijk met de patiënt, dus enkel met de familie; de meeste procedures starten van thuis uit; de aanvrager was in 31% de huisarts zelf en in 40 % de familie; in 10 % van de gevallen werd achteraf een vervolging ingesteld jegens de betrokken huisarts, waardoor vele huisartsen angst hadden voor represailles achteraf.

Uit deze gegevens bleek dat de arts die actief bij een collocatie betrokken was, heel kwetsbaar was en dat de arts-patiëntrelatie die vooral een vertrouwensrelatie arts-patiënt is bijna steeds hopeloos en definitief werd onderuitgehaald.

#### Welke zijn nu de belangrijkste noties die een arts zeker dient te weten bij een confrontatie met gedwongen opname ?

De arts dient eerst en vooral een duidelijk onderscheid te kennen en te maken tussen de gewone niet dringende procedure via de Vrederechter en de spoedprocedure via de Procureur des Konings en vervolgens de vrederechter die uiteindelijk steeds de beslissing neemt.

Deze inschatting is van fundamenteel belang voor de patiënt zelf en voor de rechterlijke beslissing die zal volgen. Het is daarom zeer belangrijk dat het "Omstandig Geneeskundig Verslag" goed gedocumenteerd wordt ingevuld met objectieve door de invullende arts vastgestelde feiten, waaruit duidelijk blijkt dat er een reëel gevaar bestaat voor de integriteit van de patiënt zelf, doch ook van zijn omgeving. De arts moet de patiënt altijd gezien en onderzocht hebben. Hij moet de patiënt geobserveerd hebben en zelf het gevaar hebben kunnen vaststellen. Het onderzoek hoeft niet noodzakelijk de dag van de opstelling zelf te gebeuren, doch er mogen nooit meer als 15 dagen zijn voorbijgegaan tussen het onderzoek en de opstelling van het OGV. Dit geeft het voordeel dat een arts bij de niet-dringende procedure nog rustig overleg kan plegen met een ter zake ervaren collega.

Het verslag moet "omstandig" zijn. Dit wil zeggen dat het gerust buiten de marge van het geijkte formulier mag geschreven worden of in een toegevoegd document, waarin duidelijk

de ziekte-toestand en de vastgestelde geobserveerde feiten worden weergegeven, evenals de noodzaak tot opname.

Het verslag moet “geneeskundig” zijn, geen attest maar een “Verslag” Geneeskundig betekent medisch. Alleen een arts kan, mag en moet het verslag in eer en geweten opstellen. Een verslag van de bevindingen in de drie klassieke invalshoeken van de geneeskunde, namelijk de psychische, de fysieke en de sociale bevindingen en hun gevaren voor de gezondheid van de betrokkene.

Essentiële voorwaarde is dat het om een “geesteszieke” moet gaan. Enkel de vermelding “toxicomanie” of “alcoholisme” is niet voldoende. De wet laat niettemin een vrij ruime interpretatie toe van het begrip geesteszieke. Het is aan de arts om de ziekte-toestand zo nauwkeurig mogelijk te omschrijven. Dikwijls doen zich uiteraard mengvormen voor van toxicomanie of alcoholisme en een onderliggende geesteszieke.

#### De omstandigheden.

De omstandigheden moeten dusdanig zijn dat er voor de patiënt geen andere geschiktere behandeling meer kan worden voorgesteld, dat hij zijn eigen gezondheid, integriteit en veiligheid ernstig in gevaar brengt of dreigt te brengen, en /of hij een ernstige bedreiging betekent voor het leven, de veiligheid en de integriteit van een ander. Een bedreiging van het leven, doch ook een psychologische bedreiging kan heel zwaar doorwegen.

#### De belanghebbende:

We weten reeds dat de belanghebbende eender wie kan zijn. Naast de familie, de buurt of zelfs de zieke zelf, kan ook de huisarts bv. een verzoekschrift indienen tot collocatie. In dit geval kan en mag hij zeker niet zelf het “OGV” opstellen.

#### De opsteller:

De opsteller van het OGV mag geen bloed- of aanverwant zijn van de zieke, noch van de verzoeker. Hij mag ook niet de arts zijn die op enigerlei wijze verbonden is aan de psychiatrische dienst waar de zieke verblijft of verbleven heeft. Dus niet de arts van de psychiatrische dienst, van de PAAZ, noch de arts van beschut of beschermd wonen als de zieke er verblijft.

De opsteller mag wel de behandelende arts zijn in een ziekenhuis, of de huisarts in alle andere omstandigheden. De vraag of de behandelaar wel best zelf het OGV opstelt is een andere vraag en daar komen we nog op terug.

#### Belangrijke vraag i.v.m. het Omstandig Medisch Verslag: Is de opstelling van het OGV een schending van het beroepsgeheim?

Dit verslag, dat heel belangrijke medische gegevens bevat, wordt immers overhandigd, al of niet, meestal niet, in een gesloten omslag, aan een niet-arts verzoeker, dikwijls een lid van de lokale politie die zich met de zaak inhoudt, die het dan op zijn beurt aan de parketmagistraat met name de Vrederechter of de Procureur des Konings doorgeeft.

Het antwoord is duidelijk negatief. Er is geen schending van het beroepsgeheim in deze, vermits deze medische act behoort tot de wettelijke en deontologische uitzonderingen en beschreven is in artikel 58 G van de Code van Geneeskundige plichtenleer, dat stelt dat: “

Binnen uitdrukkelijk vastgelegde perken, gelden wettelijke uitzonderingen voor de hierna opgesomde gevallen:” Het afleveren van geneeskundige verslagen en verklaringen in uitvoering van wettelijke voorschriften inzake de bescherming van de persoon van de geesteszieke...”.Het gaat dus om een wettelijke uitzondering en er is aldus geen sprake van een schending van het beroepsgeheim volgens artikel 458 van het strafwetboek.

Is de arts, huisarts of behandelaar verplicht om het OGV op te stellen als men er hem om verzoekt?

De wet bevat geen enkele verplichting in hoofde van de arts. Het advies van de Nationale Raad van 18 augustus 2001 stelt duidelijk: “ de behandelaars zijn het best geplaatst om op straffe van niet-ontvankelijkheid van de vordering, het vereiste OGV op te stellen dat aan de wettelijke vereisten voldoet...”

Als algemene deontologische regel geldt dat elke arts bij het opstellen van een verklaring objectief moet zijn, d.w.z. professioneel en intellectueel onafhankelijk, zonder emotionele betrokkenheid, vooringenomenheid en partijdigheid.

Van ethisch oogpunt uit dient te worden uitgegaan dat het belang van de patiënt de eerste betrachting van elke arts dient te zijn.

Indien dus een arts al of niet behandelaar op grond van objectieve criteria tot het besluit komt dat een patiënt geestesziek is en zijn gezondheid en veiligheid ernstig in gevaar brengt en /of een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven en integriteit, en dit bij gebreke aan enige andere geschikte behandeling, dan dient hij zijn verantwoordelijkheid te nemen. Hij zal, eventueel na overleg met een ter zake ervaringsdeskundige collega, nagaan of het treffen van beschermingsmaatregelen tot een oplossing van de problematiek kan leiden en zal , zo ja, uitzoeken welke procedure , de gewone of de spoedprocedure, aangewezen is en op welke wijze deze best wordt gevoerd.

In deze is het onder meer belangrijk uit te maken of de behandelaar zelf het OGV zal opstellen.

Niettegenstaande behandelaars, zoals eerder gezegd , het best geplaatst zijn voor het uitschrijven van dit verslag, kunnen zij goede redenen hebben om daarvan af te zien. Dit ontslaat hun echter niet van hun plicht om ervoor te zorgen dat de vereiste geneeskundige verklaring desgevallend afgeleverd wordt. Zij, de behandelaars; kunnen immers niet om persoonlijke redenen het belang van de patiënt en de belangen van de gemeenschap veronachtzamen. Zo kunnen zij een beroep doen op derden voor de beoordeling van de situatie en het eventueel opstellen van het OGV.

In de praktijk is het niet altijd evident noch mogelijk om een collega te vinden die de mogelijkheid heeft en geboden wordt om de patiënt te onderzoeken, daar deze, de patiënt, in de praktijk heel dikwijls geneigd is zich aan elk onderzoek door derden te onttrekken.

Belangrijke optie zou kunnen zijn dat, in deze is toch de heel specifiek arts-patiënt relatie, de behandelaar, voor zover als mogelijk en verantwoord, de eventualiteit van een gedwongen opname met de patiënt bespreekt. Hij zou hem kunnen meedelen dat hij zich moreel verplicht voelt om een OGV op te stellen, dat dan als bijlage van een verzoekschrift aan de vrederechter zal overgemaakt worden, die dan, na de patiënt te hebben gehoord, zal beslissen over de voorgestelde gedwongen opname. De Behandelaar zou, zo hij dit haalbaar

vindt, eventueel aan de patiënt kunnen voorstellen een second opinion van een andere arts in te winnen zodat aan een buitenstaander arts het al dan niet opstellen van het OGV overgelaten wordt.

Behandelaars dienen bij het opstellen van het OGV de nodige bedachtzaamheid, zorgvuldigheid en vooruitziendheid aan de dag te leggen.

Het is immers niet gunstig voor de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt wanneer een met de medewerking van de behandelaar ingediend verzoekschrift wordt afgewezen.

Vooreerst moet de indicatie voor gedwongen observatie van uit medisch oogpunt op een onbetwistbare wijze vast staan, en op onweerlegbare vaststellingen berusten, die in het OGV moeten worden weergegeven.

Vervolgens dienen de wettelijke vereisten van het OGV strikt nageleefd te worden. In dit verband moet worden vermeld dat de steller van het verslag onder meer minstens moet duidelijk aantonen dat het om een geesteszieke gaat.

Ten slotte dient hij rekening te houden met de rechtspraak. Zo wordt bv. de draagwijdte van “enigerlei wijze verbonden zijn aan de dienst waar de ziek zich bevindt...” blijkbaar door niet alle vrederechters op dezelfde manier geïnterpreteerd. Evenzo zijn er vredegerechten waar men het ongepast vindt dat behandelaars het OGV opstellen.

Men kan dergelijke uiteenlopende interpretaties van een wettekst betreuren, maar dit fenomeen doet zich nu eenmaal voor. De behandelaar dient in elk geval te zoeken naar een pragmatische oplossing die de belangen van de patiënt en zijn omgeving maximaal dient. Zo beschikt hij, zolang er geen hoogdringendheid is, over enig tijd, die hem toelaat nog een opname op vrijwillige basis te realiseren, of een second opinion in te winnen.

Wat, indien de opsteller van het OGV een eventuele afwijzing door de Vrederechter onterecht of ongepast vindt.

Dan kan in dat geval de indiener van het verzoekschrift, op grond van artikel 30 van de wet, als betrokken partij, hoger beroep aantekenen tegen het vonnis van de vrederechter. Het is dan de rechtbank van eerste aanleg die drie maanden de tijd heeft voor het wijzen van een definitief vonnis.

Besluit:

U ziet, dat het niet evident is dat een behandelaar, huisarts of specialist, het OGV opstelt, niettegenstaande hij dit wettelijk kan en mag.

Zo zal het duidelijk zijn dat een huisarts vaak zeer terughoudend is om dit te doen, dat hij vaak ook met grote twijfel zit of hij nu de gewone procedure dan wel de spoedprocedure moet voorstaan. Immers bij een patiënt die je reeds jaren goed kent, ben je als huisarts zeer sterk emotioneel betrokken in deze vervelende situaties en houdt je er veelal een grote twijfel en een diep menselijk trauma aan over, hoewel je zeer goed beseft en weet dat er in het belang van uw patiënt geen andere keuze was.

Een vrijheidsberoving voorstellen als therapie vergt heel veel moed, heel veel doorzetting. Dat doe je niet zo maar. Toch moet het soms dringend en snel gaan, want er kunnen mensenlevens van afhangen., daarenboven gebeurt het meestal op de meest ongelegen en onmogelijke ogenblikken van de praktijkvoering.

#### Initiatief van Procureur Rubens:

Hasselt in samenwerking met de Provinciale Raad van de Orde der geneesheren van Limburg een procedure ontwikkeld om in de toekomst zo veel mogelijk, ten minstens voor de huisartsen, de collocatieprocedure te laten toepassen en dus ook het OGV te laten invullen door gerechtsdeskundige collocatieartsen uit een naburige regio en niet uit de eigen kring of stad.

Alle Limburgse huisartsen werden recent aangeschreven met de mogelijkheid zich kandidaat te stellen voor deze functie. Limburg heeft nu als eerste provincie een aantal collocatieartsen-huisartsen die desgevallend deze belangrijke en netelige taak op zich kunnen en zullen nemen en hierdoor de behandelende artsen kunnen ontlasten of bijstaan.

Tot slot nog een klein voorbeeld ter illustratie van de voorzichtigheid en terughoudendheid bij het instellen van de collocatieprocedure:

“Een patiënt was heel agressief na een relatieprobleem thuis, dronk heel wat alcohol en was nadien gewelddadig en verward. Hij werd opgenomen op vraag van de familie via spoed. De Psychiater vond hem zo agressief en verward dat hij een collocatie procedure startte. Toen patiënt hier weet van kreeg vluchtte hij het ziekenhuis uit en was nergens meer te vinden.

Twee dagen nadien werd hij opgepakt door de politie die een huisarts opvorderde om de collocatieprocedure te laten uitvoeren. De patiënt was op dat ogenblik heel rustig en redelijk en niet meer verward en deed rustig zijn verhaal van wat er was gebeurd. De opgevorderde huisarts besloot dat geen collocatieprocedure diende opgestart te worden en patiënt kon terug naar huis. Hij zou verder worden gevolgd voor zijn relatieprobleem door zijn huisarts.

Dit maar om er op te wijzen dat men toch heel voorzichtig moet zijn vooraleer tot actie over te gaan”.

## Symposium 27 september 2008

### “Hot topics in de deontologie”

#### Arts en Geheim

Dr. Jur. Denis Holsters

Het te dezen besproken (medisch) beroepsgeheim is een meer en meer complex en evoluerend item en voorwerp van groeiende bezorgdheid.

Het komt inleidend nuttig voor enige termen nader te bepalen:

- **arts of geneesheer** is wie door universitaire studie het (wettelijk) artsdiploma heeft behaald en daardoor bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen. De hoedanigheid van **arts** is een diplomaverworvenheid die niet gekoppeld is aan de daadwerkelijke uitoefening van de geneeskunde en die niet verloren wordt door het verbod of de onmogelijkheid door welke oorzaak ook om de geneeskunde uit te oefenen;

- **beroep**, zoals artsen- of doktersberoep, wordt in het van Dale Groot Woordenboek van de Nederlandse taal omschreven <sup>144</sup> als *maatschappelijke werkring waarvoor men de vereiste bekwaamheid en/of bevoegdheid heeft verkregen* <sup>145</sup>. Waar een arts die bvb door niet-inschrijving op de Lijst of weglating of schrapping van de Lijst van de Orde onwettig de geneeskunde uitoefent derhalve zijn beroep uitoefent, kan de vraag rijzen of iemand die geen arts is maar toch de geneeskunde uitoefent al dan niet zijn beroep uitoefent <sup>146</sup>, wat m.i. in het kader van de bescherming van het hierna besproken beroepsgeheim als dusdanig dient te worden aangenomen, gezien indien dit niet het geval zou zijn de betrokken niet-arts aan de strafrechtelijke betuigeling van schending van het beroepsgeheim zou ontsnappen en aldus een gunstiger strafrechtelijk statuut zou hebben dan een arts die in het hem betref-

<sup>144</sup> van Dale, Groot Woordenboek van de Nederlands Taal, Van Dale Lexicografie, Utrecht/Antwerpen, veertiende, herziene uitgave, p. 369;

<sup>145</sup> zie ook de omschrijving van *beroepsbeoefenaar* in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, art. 2, 3°, en het artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

<sup>146</sup> vgl. artikel 1 van het Wetboek van Koophandel: *...en daarvan, hoofdzakelijk of aanvullend, hun gewoon beroep maken;*

fende wettelijk kader de geneeskunde uitoefent.

**Medisch** wordt door van Dale <sup>147</sup> omschreven als *betrekking hebbend op, behorend tot, in verband staande met de geneeskunde*. Strikt geïnterpreteerd is medisch geheim dan enger dan beroepsgeheim en daarin begrepen <sup>148</sup>. Naar gebruikelijke interpretatie in brede zin is medisch geheim gelijklopend met het beroepsgeheim - niet alleen medisch - van de arts en andere beroepsmatige zorgverstrekkers, wat kan verwoord worden door **medisch beroepsgeheim**. Deze interpretatie wordt verder aan gehouden <sup>149 150</sup>.

Wat de door de Nationale Raad van de Orde van geneesheren opgestelde Code van Geneeskundige Plichtenleer betreft is in het algemeen acht te slaan op het hoofdstuk V, artikelen 55 t.e.m. 70 (*Beroepsgeheim van de geneesheer*) van de titel II (*De geneesheer ten dienste van de patiënt*). Daar waar nuttig zal in de verdere tekst of in ter verduidelijking toegevoegde voetnoten meer in het bijzonder naar te raadplegen bepalingen van de Code worden verwezen.

De uitermate talrijke adviezen van de Nationale Raad die rechtstreeks of onrechtstreeks het medisch beroepsgeheim betreffen, vereisen door hun aantal en uiteenlopend karakter, een op grond van het voor de huidige uiteenzetting functioneel nut gebaseerde brede selectie (de geciteerde adviezen worden vermeld met verwijzing naar de publicatie in het Tijdschrift van de Nationale Raad en zijn eveneens consulteerbaar op <http://www.ordomedic.be>).

Onderscheid is te maken tussen **beroepsgeheim** en **discretieplicht**, ook **zwijgplicht** genoemd, die beide een engagement van vertrouwelijkheid inhouden.

De verplichting tot beroepsgeheim berust inzonderheid op de noodzaak om iedereen in de mogelijkheid te stellen de verzorging te krijgen die uit hoofde van zijn toestand, ongeacht de oorzaak ervan, vereist is en om iedereen die, zelfs louter krachtens een uitdrukkelijke wettelijke bepaling tot vaststelling van zijn geestestoestand, aan het vertrouwen van de geneesheer onderworpen is en hem dus ook vertrouwelijke mededelingen kan doen over feiten die geheim moeten blijven, volledige veiligheid te waarborgen <sup>151 152 153 154</sup>.

<sup>147</sup> voetnoot 1, p. 2106

<sup>148</sup> voor een onderscheid tussen *medisch geheim* en *beroepsgeheim* zie Dr. R. Haché, *Beroepsgeheim vanuit medisch-ethisch perspectief: tussen privacy en vertrouwelijkheid*, in *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector, Een confrontatie tussen recht en praktijk*, R. Stockman (ed.), Intersentia Rechtswetenschappen, Antwerpen-Groningen, 1998, pp. 54 e.v.;

<sup>149</sup> vgl. o.m. J. Constant, *Manuel de Droit Pénal, cinquième édition*, Imp. des Invalides, Liège, 1953, T. II, Titre VIII, p. 302: *...et quant à tout ce qu'il surprend au cours de son intervention*;

<sup>150</sup> Zie, wat de historiek en de grondslagen van het medisch beroepsgeheim betreft: *Het medisch beroepsgeheim*, in *Het beroepsgeheim van magistraat, bankier en geneesheer*, Werkdocument van het XXVe Vlaams Interuniversitair Rechtscongres op 8 en 9 maart 1973, UGA Heule, 1973, p. 45 e.v., en *De openbare orde en het medisch geheim*, bijdrage van Dr. J. Farber in het Tijdschrift nr. 35 van de Nationale Raad, pp.29-30; ook Geert Verrijken: *Beroepsgeheim in de kering?*, *Artsenkrant*, 6 maart 1998, p. 8; Prof. F. Van Neste s.j., *Grondslagen van het medisch beroepsgeheim*, in *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector* - zie voetnoot 4 - pp.13-21;

<sup>151</sup> Cass. 30 oktober 1978, Arr. Cass. 1978-79, p. 235; conclusie advocaat-generaal Dubrulle voor arrest Cass. 19 januari 2001, Arr. Cass. 2001,nr. 40;

<sup>152</sup> Cass. 16 december 1992, Arr. Cass. 1991-92, nr. 801: *Het beroepsgeheim waartoe de beoefenaren van de geneeskunde*



In dit verband luidt het artikel 458 van het Strafwetboek<sup>155</sup>: *Geneesheren*<sup>156</sup>, *heelkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank*<sup>157</sup>. Het plegen van dit misdrijf vereist een algemeen opzet, d.i. het willens en wetens bekend maken van gegevens, zonder welk opzet het misdrijf niet wordt gepleegd, wat niet uitsluit dat een bvb. onvoorzichtige, ondoordachte, bekendmaking wel deontologisch laakbaar/beteugelbaar kan zijn.

Het in dit artikel vastgelegde verbod geldt niet voor feiten waarvan de patiënt het slachtoffer is geweest<sup>158</sup>.

De zinsnede *“die hun zijn toevertrouwd”* is onafhankelijk van het feit dat het om een ook door anderen, zelfs publiek gekend, gegeven gaat, terwijl anderzijds de vraag rijst naar gegevens die niet aan de arts zijn *toevertrouwd* maar die hij/zij weet door eigen vaststelling, zoals bvb. een arts die vaststelt dat een aandoening die een patiënt wijt aan verkeerd voedselgebruik in feite het gevolg is van toediening van vergift, feit waaraan de patiënt behoudens als slachtoffer vreemd is.

De Code van geneeskundige plichtenleer<sup>159 160 161</sup> is daaromtrent duidelijk, waar het artikel 56 be-

*krachtens art. 458 Sw. gehouden zijn berust op de noodzaak om de volledige veiligheid te waarborgen van degenen die hen in vertrouwen moeten nemen en om een ieder in de mogelijkheid te stellen de verzorging te krijgen die uit hoofde van zijn toestand, ongeacht de oorzaak ervan, vereist is; derhalve wordt het beroepsgeheim niet geschonden door een beoefenaar van de geneeskunde die een misdrijf, gepleegd door een persoon die door hem niet is ontvangen als consultant of als patiënt, ter kennis brengt van het gerecht;*

<sup>153</sup> zie ook de artikelen 13, §3, 16 en 17 (publiciteit), 22, §2 (het geneeskundig kabinet), het Hoofdstuk III van Titel II (het medisch dossier), de artikelen 105 en 106 (Preventieve geneeskunde), het artikel 135 (bij een lijkschouwing gedane vaststellingen) een 159, §5 (de professionele samenwerking tussen geneesheren) van de Code van Geneeskundige Plichtenleer; wat administratieve taken betreft: advies Nationale Raad van 29 oktober 1999: *De eerbiediging van het geheim van de medische dossiers*, Tijdschrift nr. 86, p. 20;

<sup>154</sup> wat het *Beroepsgeheim van gevangenisartsen* betreft: advies Nationale Raad van 22 september 2007, Tijdschrift nr. 118, pp. 5-6; zie ook advies Nationale Raad van 28 juni 2008: *Gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen*, Tijdschrift nr. 121;

<sup>155</sup> algemene basis van het beroepsgeheim in de gezondheidszorg, met daarnaast een aantal specifieke bepalingen die voor sommige personen of voor bepaalde situaties nog eens uitdrukkelijk het beroepsgeheim bevestigen;

<sup>156</sup> voor de helpers van de geneesheer: artikel 70 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>157</sup> in dit verband: Benoît Allemeersch, *Het toepassingsgebied van art. 458 Strafwetboek. Over het succes van het beroepsgeheim en het geheim van dat succes*, Rechtskundig Weekblad 2003-2004, 6 september 2003, pp. 1-19;

<sup>158</sup> Cass. 9 februari 1988, Arr. Cass. 1987-88, nr. 346;

<sup>159</sup> Alhoewel de bepalingen van de Code niet door koninklijk besluit werden bekrachtigd (zie art. 15, §1, tweede lid, KB nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der geneesheren) en aldus geen wettelijke draagkracht hebben en niet als dusdanig kunnen worden toegepast, zijn naar vaste rechtspraak en rechtsleer de in de Code vervatte bepalingen regels van de Plichtenleer die voor de geneesheren als richtlijnen en leidraad dienen en door hen in acht moeten worden genomen; zie ook: Etienne De Groot, *De Orde van Geneesheren, een voorstel tot hervorming*, met vermelde rechtspraak en rechtsleer, VUBPRESS, 1998, pp. 122-132; Marc Nolleaux, *La responsabilité médicale dans les aléas des soins de santé*, in “Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé, le droit médical en mouvement”, sous la direction de Geneviève Schamps, Centre de droit médical et biomédical, Bruylant, Bruxelles, LGDJ, Paris, 2008, p. 536;

<sup>160</sup> het CPME (Comité Permanent des Médecins Européens) tracht een Europese Code voor medische plichtenleer op te

paalt: “Het beroepsgeheim van de geneesheer omvat zowel al wat de patiënt hem heeft gezegd of toevertrouwd, als wat de geneesheer weet of heeft ontdekt ten gevolge van onderzoeken of van door hem gedane of aangevraagde navorsingen” en het artikel 57: “Het beroepsgeheim omvat alles wat de arts heeft gezien, gehoord, vernomen, vastgesteld, ontdekt of opgevangen tijdens of bij gelegenheid van de uitoefening van zijn beroep”<sup>162 163 164 165 166</sup>, wat buiten weten van de patiënt kan zijn<sup>167</sup>.

Dit houdt in feite mede in dat voor anderen **discretieplicht** of **ambtsgeheim**, zijnde gegevens waarvan men kennis krijgt eerder door dan in de uitoefening van een beroep, zoals bvb. gegevens ter kennis van niet-medisch (administratief) personeel tewerkgesteld in een ziekenhuis<sup>168</sup> of door de wachtdienst<sup>169</sup>, personeel van een opvangcentrum voor asielzoekers<sup>170</sup>, administratieve medewerkers van de Administratieve gezondheidsdienst<sup>171</sup> of voor personen tewerkgesteld binnen het onderwijs<sup>172</sup>, in de regel niet onder de toepassing valt van de weliswaar niet beperkende opsomming<sup>173</sup> in het artikel 458 van het Strafwetboek.

De arts die wordt opgeroepen om in rechte (mondeling of schriftelijk) te getuigen dient gevolg te geven aan de oproep en de eed van getuige af te leggen,<sup>174</sup> waarna hij in eer en geweten en onafhankelijk van de houding en een eventueel verzoek van de als beklagde of burgerlijke partij

stellen, vertrekkend van de syllabus inzake medische ethiek opgesteld door de UNESCO. De opgestelde code zal dan worden overgelegd aan de decanen van de faculteiten van geneeskunde met aanbeveling de medische ethiek in het leerprogramma voor studenten in de geneeskunde op te nemen;

<sup>161</sup> lees ook: Dr. Liégeois, A., *Het beroepsgeheim en informatieverstrekking: een ethische reflectie*, in *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector* - zie voetnoot 4 -, pp. 103-113;

<sup>162</sup> zie in dit verband Cass. 16 december 1992, Arr. Cass. 1991-92, nr. 801, wat het door een arts ter kennis brengen aan het gerecht betreft van een misdrijf gepleegd door een persoon die door hem niet is ontvangen als consultant of als patiënt;

<sup>163</sup> Cass. 3 april 1985, Arr. Cass. 1984-85, nr. 472: Wanneer de geneesheer op verzoek van de bevoegde overheid een bloedproef verricht, maar hij zich daardoor alleen niet schuldig aan het bekendmaken van geheimen die hem bij de uitoefening van zijn beroep zouden zijn toevertrouwd;

<sup>164</sup> zie wat de plichten inzake het beroepsgeheim van de geneesheer als adviseur, controleur, deskundige of ambtenaar betreft Titel III, Hoofdstuk IV, Deel IV, artt. 128-130, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>165</sup> voor medisch-wetenschappelijke activiteit: advies Nationale Raad 17 februari 1996, Tijdschrift nr. 72, p. 40;

<sup>166</sup> “Openbaarheid van bestuur en beroepsgeheim”: advies Nationale Raad 16 maart 1996, Tijdschrift nr. 72, p. 43;

<sup>167</sup> zie ook het advies Nationale Raad van 26 juni 2004, Tijdschrift nr. 105, p. 4: *Beroepsgeheim in centra voor asielzoekers*;

<sup>168</sup> advies Nationale Raad van 19 maart 2005, Tijdschrift nr. 108, p. 4;

<sup>169</sup> advies Nationale Raad van 1 oktober 2005, Tijdschrift nr. 110, p. 8;

<sup>170</sup> zie advies Nationale Raad van 26 juni 2004, Tijdschrift nr. 105, p. 4;

<sup>171</sup> advies Nationale Raad van 14 januari 2006, Tijdschrift nr. 112, p.3;

<sup>172</sup> voor de geneesheer van het medisch schooltoezicht: artikel 59, eerste lid, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer; voor PMS-MST-Centra voor leerlingenbegeleiding: advies Nationale Raad 19 april 1997, Tijdschrift nr. 78, p. 20; zie ook advies Nationale Raad van 16 september 2000: *Centra voor leerlingenbegeleiding - Multidisciplinair leerlingendossier*, Tijdschrift nr. 90, p. 15; advies id. 16 december 2000: *Multidisciplinair dossier in de Centra voor Leerlingenbegeleiding*, Tijdschrift nr. 91, p. 8; advies id. van 14 december 2002, Tijdschrift nr. 99, p. 8: *Opvragen van gegevens door de arts van het CLB aan de behandelende arts van een leerling*; advies id. 21 oktober 2006, Tijdschrift nr. 114, p. 8: *Het beheer van medische dossiers in de Centra voor Leerlingenbegeleiding*;

<sup>173</sup> bepaling met algemene draagwijdte, van toepassing op alle personen die in hoofde van hun beroep of staat tot een verplicht vertrouwen zijn gehouden.

<sup>174</sup> getuigenis voor de (onderzoeks)rechter; geen spreekrecht tegenover politionele instanties; zie ook advies Nationale Raad 14 mei 1983, Tijdschrift nr. 31, p. 39; Prof. Dr. Jur. H. Nys, *Getuigenis in rechte en medisch beroepsgeheim*, Tijdschrift nr. 36, pp. 57-60;

betrokken patiënt die hem het geheim heeft toevertrouwd, om toch te getuigen<sup>175</sup>, met inachtneming van o.m. het belang van de patiënt, zal oordelen over een getuigenis of het inroepen van het beroepsgeheim<sup>176 177 178</sup>, wat dan eerder een recht dan een plicht tot geheimhouding is<sup>179</sup>, waarbij de rechter oordeelt of, in acht genomen de gegevens van de zaak, de (arts)getuige, door het stilzwijgen te bewaren, het beroepsgeheim niet afwendt van zijn doel<sup>180 181</sup> en wat de arts niet vrijstelt van tuchtrechtelijke beoordeling en gevolg wanneer hij bij zijn getuigenis een deontologische fout zou hebben begaan.

In dit verband is vast te stellen dat het artikel 458 van het Strafwetboek geen toepassing vindt als degene die tot het bewaren van een beroepsgeheim is gehouden, zich in rechte moet verdedigen<sup>182</sup>. Het algemeen beginsel van het recht op verdediging heeft dan voorrang op de geheimhoudingsplicht. De rechter kan, zonder het artikel 458 Sw te schenden, beslissen dat een geneesheer, die wegens een misdrijf bij de uitoefening van zijn beroep wordt vervolgd, geen onbeperkt beroepsgeheim kan doen gelden om zichzelf aan de vervolgingen te onttrekken<sup>183</sup>.

Het bij wet van 28 november 2000<sup>184</sup> in het Strafwetboek ingevoegde artikel 458bis<sup>185</sup> brengt, als een wettelijk (breed-)vastgelegde rechtvaardigingsgrond van noodtoestand, een nieuwe afwijking van het beroepsgeheim, waar het de in brede zin door het medisch beroepsgeheim gehouden personen machtigt, niet verplicht, onder welomschreven voorwaarden bepaalde op minderjarigen gepleegde misdrijven (mishandeling, aanranding, verwaarlozing) ter kennis te brengen van de procureur des Konings, waarbij de arts voor ogen dient te houden dat hij steeds, in het licht van het strafbaar gestelde schuldig verzuim, de gepaste maatregelen moet nemen voor het behoeden van de integriteit van het kind.<sup>186 187 188 189 190</sup> Deze nieuwe bepaling dient samen te worden gelezen met

<sup>175</sup> Cass. 23 september 1986, Arr. Cass. 1986-87, nr. 43;

<sup>176</sup> onderstreept door het artikel 63 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>177</sup> Véronique Colard, *Mag een dokter getuigen voor de rechtbank?*, Artsenkrant 30 januari 2001, Gezondheidsrecht, p. 26;

<sup>178</sup> zie ook: Herman Nys, *De medewerking van artsen bij het opsporen van misdrijven*, de Huisarts, 26 november 1997; in zelfde context (medewerking aan de gerechtelijke instanties) ook: advies Nationale Raad van 14 juli 2007, Tijdschrift nr. 117, pp. 10-11: *Conventies (samenwerkingsovereenkomsten) inzake de opschorting, het uitstel en de probatie*;

<sup>179</sup> zie noot 7 (Geert Verrijken);

<sup>180</sup> Cass. 23 september 1986, Arr. Cass. 1986-87, nr. 43;

<sup>181</sup> zie Raf Verstraeten, *Handboek Strafvordering*, MAKLU Uitgevers, Antwerpen-Apeldoorn, 1993, nrs. 466 e.v. en 1388;

<sup>182</sup> Cass. 5 februari 1985, Arr. Cass. 1984-85, nr. 332.

<sup>183</sup> Id.

<sup>184</sup> art. 33 van de wet van 28 november 2000, B.S. 17 maart 2001

<sup>185</sup> zie in dit verband het advies van de Nationale Raad van 14 december 1991, Tijdschrift nr. 55, p. 32, en het op 16 november 2002 gewijzigde artikel 61 van Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>186</sup> artikel 61, §1, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer; vgl. met artikel 61, §2, wat de mishandeling van een door ziekte, handicap of leeftijd weerloze patiënt betreft;

<sup>187</sup> zie daaromtrent: Véronique Gérard, *Nouvelle dérogation au secret professionnel*, Le Journal du Médecin, Droit, 18 décembre 2001;

<sup>188</sup> Isabelle Van der Straete en prof. dr. Johan Put, *Het spanningsveld tussen beroepsgeheim en kindermishandeling: wetgevende initiatieven in België en Nederland*, Tijdschrift voor gezondheidsrecht 2001-2002, pp. 70-84;

<sup>189</sup> zie ook: advies Nationale Raad 14 december 1991, Tijdschrift nr. 55, p. 32;

het door de artikelen 422bis t.e.m. 422quater van het Strafwetboek strafbaar gestelde schuldig verzuim (cf. infra, p. 10, en de in de voetnoot 44 vermelde bijdrage van Véronique Colard).

Voorals indien het kind onmondig is, waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijd, het verstandelijk peil, de emotionele toestand en de psycho-sociale rijpheid van het kind, of wanneer het kind onder sterke druk staat van de ouders, heeft de arts de plicht alles in het werk te stellen om de belangen van het kind veilig te stellen <sup>191</sup>.

De **gerechtsdeskundige** <sup>192</sup> is niet gebonden door het artikel 458 Strafwetboek <sup>193</sup>. Als hulp van het gerecht bestaat zijn taak in het mededelen van zijn binnen het kader van de hem gegeven opdracht vastgestelde diagnoses, die niet op basis van een verplicht vertrouwen tussen hem en de patiënt zijn tot stand gekomen <sup>194 195 196 197</sup>. De gerechtsdeskundige kan de door het beroepsgeheim gebonden behandelende arts niet rechtstreeks verzoeken medische gegevens mede te delen. De voor de expertise noodzakelijke documenten dienen door de patiënt bij zijn behandelende arts te worden opgevraagd <sup>198 199 200</sup>.

Door het enkele feit dat een geneesheer op vordering van de bevoegde overheid een bloedproef uitvoert, ook al is het op zijn patiënt, maakt hij zich niet schuldig aan bekendmaking van geheimen die hem uit hoofde van zijn beroep zijn toevertrouwd <sup>201</sup>. Hij mag daarbij evenwel geen klinisch

<sup>190</sup> in zelfde context nuttig te raadplegen: Verdrag van 20 november 1989 inzake de rechten van het kind opgemaakt te New-York, B.S. 17 januari 1992;

<sup>191</sup> zie ook het artikel 30 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>192</sup> zie algemeen: Titel III, Hoofdstuk IV, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer: *De geneesheer als adviseur, controleur, deskundige of ambtenaar*, en inzonderheid het Deel IV: Zijn plichten inzake het beroepsgeheim;

<sup>193</sup> zie inzonderheid de artikelen 123, tweede lid, 124 en 125, §5, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer (geneesheer-gerechtigd deskundige);

<sup>194</sup> zie. R. Screvens, *Beroepsgeheim en expertise*, Tijdschrift Nat. Raad nr. 34, pp. 5 e.v., inz. nrs. 6 e.v.; Nys, H., *Geneeskunde, Recht en Medisch Handelen*, A.P.R., E. Story-Scientia, 2005, nrs. 1229-1231 (ook wat gevangenisartsen betreft);

<sup>195</sup> zie ook: B. De Smet, *Deskundigenonderzoek in strafzaken*, A.P.R., E. Story-Scientia, Kluwer, Antwerpen, 2001, inzonderheid nrs. 485-490;

<sup>196</sup> zie ook het artikel 62, b, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>197</sup> in zelfde verband: advies Nationale Raad van 3 maart 2003, Tijdschrift nr. 100, p. 19: *Tegensprekelijk geneeskundig deskundigenonderzoek. Aanwezigheid van andere personen dan de partijen*;

<sup>198</sup> advies Nationale Raad 22 augustus 1992, Tijdschrift nr. 58, pp. 15- 16;

<sup>199</sup> zie in dit verband ook het advies van de Nationale Raad van 17 februari 1996, Tijdschrift nr. 72, p.32-33;

<sup>200</sup> naar luid van het artikel 121, §2, van de Code van geneeskundige plichtenleer is de functie van arts-deskundige onverenigbaar met die van behandelende arts met betrekking tot dezelfde persoon; dit fundamenteel deontologisch principe wordt ook vastgelegd in het artikel 96, §3, van de wet (Dupont) van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, B.S. 1 februari 2005; dit houdt geen verbod in van communicatie tussen de behandelaar en de expert (zie ook noot 46);

<sup>201</sup> Cass. 25 april 1989, Arr. Cass. 1988-89, nr. 483, met noten; zie ook Nys, H., *Geneeskunde, Recht en Medisch handelen*, A.P.R., E. Story-Scientia, 2005, nrs. 1300-1301; Marc Sterkens, *De geneesheer die wordt gevorderd een bloedproef te verrichten*, noot bij Cassatiearrest 29 oktober 2003, *Rechtskundig Weekblad* 2006-07, pp. 1151-1152; artikel 131 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer; ; advies Nationale Raad 19 februari 1994, Tijdschrift nr. 64, p. 31; advies 21 juni 2008, Tijdschrift nr. 121; het conflict tussen de gerechtelijke opdracht en de curatieve opdracht van de arts doordat deze zich, vooral tijdens de bevolkingswachtdienst, volledig ter beschikking moet kunnen stellen van de patiënt, was recent voorwerp van onderzoek door de Nationale Raad; een oplossing wordt nagestreefd in overleg met de parketoverheden; advies Nationale Raad 19 februari 1994, Tijdschrift nr. 64, p. 31; advies 21 juni 2008, Tijdschrift nr. 121;

formulier opstellen<sup>202</sup>.

De **controlearts**<sup>203</sup> “gaat na of de werknemer werkelijk arbeidsongeschikt is, verifieert de waarschijnlijkste duur van de arbeidsongeschiktheid en, in voorkomend geval, de andere medische gegevens voor zover die noodzakelijk zijn voor de toepassing van de bepalingen van (de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten); alle andere vaststellingen blijven onder het beroepsgeheim”.

De **adviseur geneesheer van een ziekenfonds** is een eindpunt van medische informatiestroom<sup>204</sup>. Het is hem verboden aan de administratieve overheid van zijn verzekeringsinstelling de overwegingen van geneeskundige aard die de door hem genomen beslissingen motiveren, mede te delen.

Het voormelde **recht tot** geheimhouding bestaat *naar luid van de Code van Geneeskundige Plichtenleer* niet in tuchtzaken<sup>205</sup>, waar het artikel 69 in zijn eerste alinea aan de beschuldigde arts en in zijn tweede alinea aan de arts die verzocht wordt getuigenis af te leggen voor de raad van de Orde medewerkings- en spreekplicht oplegt, behoudens wat vertrouwelijke mededelingen van de patiënt betreft, wat, voor de arts als beschuldigde en zelfs als getuige zelfincriminatie kan inhouden en aldus in het licht van het artikel 6.1 van het Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden<sup>206</sup> in vraag kan worden gesteld.

Het beginsel van het **gedeelde medisch beroepsgeheim**<sup>207</sup> situeert zich binnen het beroepsgeheim zelf gezien dit het beroepsgeheim niet aantast maar enkel een uitwisseling, uiteraard mits instemming van de patiënt, van noodzakelijke informatie betreft naar en tussen degenen, artsen en andere beroepsbeoefenaars, die in multidisciplinaire context aan een medische behandeling deelnemen<sup>208 209 210 211</sup>. Bijzondere voorzichtigheid is geboden bij het overmaken van medische gegevens of berichten per fax of langs elektronische weg, waarbij alle nodige voorzorgen dienen te worden genomen voor het bewaren van het medisch geheim.

<sup>202</sup> zie de artikelen 121, §4, en 131 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>203</sup> zie art. 31 van de wet van 3 juli 1978, inz. §§ 3 en 4, betreffende de arbeidsovereenkomsten;

<sup>204</sup> advies Nationale Raad 15 mei 1993, Tijdschrift nr. 61, p. 26;

<sup>205</sup> zie ook Cass. 29 mei 1986, Arr. Cass. 1985-86, nr. 60: krachtens de plichtenleer van het beroep verschuldigde eerlijkheid en loyaliteit;

<sup>206</sup> Verdrag van 4 november 1950 tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, ondertekend te Rome, B.S. 19 augustus 1955, err. B.S. 29 juni 1961;

<sup>207</sup> zie daaromtrent: Isabelle an der Straete en prof. dr. Johan Put., Het gedeeld beroepsgeheim en het gezamenlijk beroepsgeheim - halve smart of dubbel leed?, Rechtskundig Weekblad 2004-2005, 11 september 2004, pp.41-59;

<sup>208</sup> wat de arbeidsgeneesheer betreft: artikel 59, tweede lid, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>209</sup> zie o.m. het artikel 105 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer: *Binnen de in artikels 55 tot 70 vastgestelde grenzen van het beroepsgeheim moet de geneesheer, in het belang van zijn patiënten, actief samenwerken met zijn collega's die aan preventieve geneeskunde doen en hun medewerkers*; en het artikel 51 wat de medewerking van een anesthesist bij een heelkundige ingreep betreft; ook de artikelen 108 en 109 inzake Preventieve geneeskunde en de artikelen 142 en 147 wat *gespecialiseerde onderzoeken of een bijzondere therapie ..(consult)* betreft; zie ook het advies van de Nationale Raad van 16 september 1995, Tijdschrift nr. 70, p. 20, in verband met het medisch dossier;

<sup>210</sup> zie, wat de wetsdokter betreft: advies Nationale Raad van 14 mei 1983, Tijdschrift nr. 31, p. 37;

<sup>211</sup> zie ook: Dr. J. Bacquelaine, *Medisch geheim en de maatschappij*, Tijdschrift Nationale Raad nr. 26, p.5;

Zoals vastgesteld door dokter Wostyn, voorzitter van de provinciale raad van West-Vlaanderen van de Orde der geneesheren<sup>212 213</sup>, behoort het medisch geheim tot de grondslagen van de medische ethiek.

Het beroepsgeheim, waarvan de geneesheer door de dood van zijn patiënt niet wordt ontheven<sup>214</sup>, is evenwel niet, zelfs minder en minder, **absoluut**.<sup>215</sup>

Het medisch beroepsgeheim bestaat uiteraard niet t.o.v. de patiënt zelf. Daarbij is te wijzen op het artikel 33 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer, dat bepaalt dat de arts tijdig aan de patiënt de diagnose en de, zelfs erge of noodlottige, prognose mededeelt, bij welke informatie van de patiënt de arts evenwel rekening dient te houden met diens draagkracht en met de mate waarin hij geïnformeerd wenst te worden<sup>216 217</sup>.

De Nationale Raad van de Orde der geneesheren heeft de grenzen van het medisch beroepsgeheim vastgelegd in de artikelen 55 t.e.m. 70 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer.

Naast wettelijke verplichtingen, zoals de verplichte medewerking aan de uitvoering van maatregelen die worden getroffen om de quarantaine ziekten of besmettelijke aandoeningen te bestrijden<sup>218</sup>, en deontologisch (Code) voorziene uitzonderingen<sup>219</sup> is belangrijk te verwijzen naar een advies van de

---

<sup>212</sup> Dr. L. Wostyn, *Enkele beschouwingen in verband met het medisch beroepsgeheim*, in Overhandigen medische gegevens, periodiek blad van de Provinciale Raad van West-Vlaanderen van de orde der geneesheren, jaargang 35, nr. 4, p.1;

<sup>213</sup> zie ook: Beroepsgeheim, Prof. Dr. W. Michielsen, voorzitter Provinciale Raad Oost-Vlaanderen / thans ondervoorzitter van de Nationale Raad, De Huisarts, 9 februari 2006, p. 22;

<sup>214</sup> art. 65 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer; het beroepsgeheim is een recht verbonden aan de persoon en kan aldus niet worden overgedragen; advies Nationale Raad van 19 juni 2004, Tijdschrift nr. 105, p. 2: *Het beroepsgeheim na (het) overlijden (van de patiënt)*; zie wat het beroepsgeheim en het (indirect) inzagerecht door naaste verwanten van een medisch dossier - onderdeel van het patiëntendossier - na het overlijden van de patiënt betreft het artikel 9 §4 van de Patiëntenrechtenwet - voetnoot 2 - en wat meer bepaald Beroepsgeheim en *testamentaire betwistingen* (inzage van het medisch dossier na overlijden van de patiënt met het oog op de betwisting van een testament) betreft ook de adviezen van de Nationale Raad van 19 juni 2004, Tijdschrift NR nr. 105, pp. 2-4, en (wijziging) van 1 september 2007, Tijdschrift NR nr. 118, pp. 3-4, alsook het advies van 26 juli 2003, Tijdschrift nr. 101, 6-9, en van 25 november 2006 (inzage van het medisch dossier van een overledene door de raadgevende arts van een verzekeringsmaatschappij), Tijdschrift nr. 115, p.3; de wijziging op 1september 2007 van het advies van 19 juni 2004 over het "uitdrukkelijk verzet" tegen de inzage heeft geen invloed op het tijdstip waarop het verzet in overweging dient te worden genomen: het recht op privacy blijft gelden na het overlijden van de betrokkene; wanneer een persoon bij leven niet wenste dat zijn naaste verwanten over de aard van zijn aandoening geïnformeerd werden door de behandelaar, dient dit als een uitdrukkelijk verzet tegen inzage te worden beschouwd; dit verzet blijft gelden na het overlijden behoudens indien de patiënt heeft ingestemd met de opheffing na zijn dood van zijn desbetreffend verzet;

<sup>215</sup> Cass. 19 januari 2001, Arr. Cass. 2001, nr. 40: *Het medisch beroepsgeheim is niet absoluut, het heeft tot doel de patiënt te beschermen, zodat het niet tot gevolg mag hebben dat de bescherming voortvloeiend uit artikel 901 van het Burgerlijk Wetboek (Om een schenking onder de levenden te kunnen doen of een testament te kunnen maken, moet men gezond van geest zijn: bescherming van de geesteszieke tegen zijn eigen handelingen) aan de geesteszieke wordt ontnomen en dat deze niet wordt beschermd tegen zijn eigen daden;*

<sup>216</sup> zie ook het artikel 95 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer wat het naderende levenseinde betreft;

<sup>217</sup> De Nationale Raad is van oordeel dat in geval van (vermoede) medische fout de geneesheer dit vrij met de patiënt of zijn nabestaanden moet kunnen bespreken, wat thans in verzekeringscontext wordt uitgesloten – o.m. Marc Nolleaux - zie voetnoot 16 - p.549;

<sup>218</sup> o.m. art. 37, §1, 1°, b (gew. art. 8 wet 6 april 1995, B.S. 16 juni 1995) van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen;

<sup>219</sup> zie, wat *Vragen van de politie (aan ziekenhuisdiensten) - Beroepsgeheim* betreft: advies Nationale Raad van 19 maart 2005, met referenties, Tijdschrift nr. 108, p. 4;

Nationale Raad van 25 mei 2002<sup>220</sup>, waarin wordt onderstreept dat het beroepsgeheim geen absoluut karakter heeft en dat in bepaalde uitzonderlijke omstandigheden andere waarden op het beroepsgeheim kunnen primeren, waarbij essentieel is dat een door een arts ingeroepen rechtvaardigingsgrond van noodtoestand, zijnde<sup>221</sup> *een situatie waarin het overtreden van strafrechtsbepalingen en het schenden van strafrechtelijk beschermde rechtsgoederen en rechtsbelangen het enige middel is om andere - belangrijker - rechtsgoederen of rechtsbelangen te vrijwaren*, met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid zal geaccepteerd worden door de tuchtrechter, de strafrechter en de gemeenschap, met toevoeging dat een rechtvaardigingsgrond aldus een grote kans zal maken aanvaard te worden wanneer de diagnose op niet te weerleggen wijze vaststaat en aangetoond wordt dat derden een reëel en ernstig gevaar lopen gezien de aard van de aandoening en de gedragingen van de zieke en waarbij het essentieel is dat ook collega's van de behandelaar op grond van hun ervaring en specifieke kennis van de voorliggende problematiek eveneens van oordeel zijn dat de ingeroepen noodtoestand een afwijking van de regels van het beroepsgeheim rechtvaardigt en waarbij te overwegen is of het doorbreken van het beroepsgeheim geen nadelig effect zal hebben op de verdere behandeling van de patiënt noch op de behandelingsmogelijkheden van patiënten die aan dezelfde of een aanverwante aandoening lijden daar de mededeling aan derden hun vertrouwen in de geneeskunde kan schaden<sup>222</sup>. Hierbij kan worden verwezen naar verschillende adviezen van de Nationale Raad, waaronder deze van 16 oktober 1993<sup>223</sup>, 16 december 2000<sup>224</sup>, 25 mei 2002<sup>225</sup> en 3 februari 2007<sup>226</sup> omtrent de al dan niet toelaatbare mededeling aan een partner van een HIV-seropositieve patiënt van de bij deze laatste vastgestelde overdraagbare infectie, waarbij naar zekerheid derden een ernstig en reëel gevaar lopen. De betrokken arts zal daaromtrent zorgvuldig in eer en geweten oordelen, meer bepaald of er voldoende ernstige redenen voorhanden zijn die opwegen tegen het vertrouwensbeginsel dat grondslag is van de geheimhouding.

Daarbij zullen ook de artikelen 422bis t.e.m. 422quater in acht dienen te worden genomen, houdende strafbaarstelling van verzuim hulp te bieden aan iemand die in groot gevaar verkeert. Aldus ontstaat een dubbele, het beroepsgeheim eroderende, beperking, enerzijds door de uitdeining van de uitzonderingen, anderzijds door een verschuiving van finaliteit, vooral door de evolutie van de

---

<sup>220</sup> Tijdschrift van de Nationale Raad nr. 97, p. 4; zie ook o.m. de adviezen van 14 januari 2006, Tijdschrift nr. 112, p. 3, omtrent de *HIV-positieve moeder*, en van 3 februari 2007, Tijdschrift nr. 116, p. 3, *Beroepsgeheim en aids - Mededeling aan partner*;

<sup>221</sup> Lieven Dupont en Raf Verstraeten, Handboek Belgisch Strafrecht, Acco Leuven/Amersfoort, 1990, nr. 381;

<sup>222</sup> zie inzonderheid Cass. 13 mei 1987, Arr. Cass. 1986-87, nr. 535;

<sup>223</sup> Tijdschrift NR. nr. 63, pp. 25-28; zie ook het artikel 33 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>224</sup> Tijdschrift NR. nr. 91, p. 5;

<sup>225</sup> Tijdschrift NR. nr. 97, p. 4;;

<sup>226</sup> Tijdschrift NR. nr. 116, p. 3

sociale wetgeving, van absoluut naar functioneel, naar een meer pragmatische opvatting, waarbij rechtsleer stelt dat het beroepsgeheim geen doel op zichzelf is en moet evolueren met de noden van de tijd <sup>227</sup>;

Zoals reeds vermeld (p. 3) geldt et verbod door het beroepsgeheim gedekte feiten bekend te maken die aanleiding kunnen geven tot strafvervolging niet voor feiten waarvan de patiënt het slachtoffer is geweest <sup>228</sup>, wat geen (afdwingbare) spreekplicht maar een spreekrecht inhoudt.

Is het beroepsgeheim van **openbare orde**? <sup>229 230</sup> Het artikel 55 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer vermeldt de verplichting tot beroepsgeheim *in alle omstandigheden* en naar luid van het artikel 64 volstaat de verklaring van een zieke waarbij hij de geneesheer van zijn zwijgplicht ontheft *niet* om de geneesheer van zijn verplichting te ontslaan.

**Van openbare orde ja**, in de zin dat principieel aan het beroepsgeheim door bijzondere overeenkomsten geen afbreuk mag worden gedaan, wat, zoals herinnerd door de artikelen 64 en 65 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer maar soms genuanceerd <sup>231</sup>, inhoudt dat een patiënt of de erfgenamen van een overleden patiënt, door welk overlijden de geneesheer niet van zijn beroepsgeheim wordt ontheven <sup>232</sup>, de arts niet van het beroepsgeheim ten opzichte van derden kan ontslaan <sup>233</sup>;

**neen**, door afstand van de vroeger aangehouden betekenis dat het beroepsgeheim een strikt maatschappelijke draagwijdte en oogmerk van algemeen belang heeft, meer bepaald van algemene waarborging van geheim, wat insluit dat ook de patiënt zelf tot het hem betreffende beroepsgeheim is gehouden, welke stelling zoals ook verder zal blijken door de stijgende socialisering van de geneeskunde en ter verdediging van belangen van de patiënt niet wordt aangehouden.

Er is aldus een verschuiving, mede door een veranderend maatschappelijk klimaat met meerdere gezondheidsactoren rond één patiënt en een toenemende mobiliteit, een terugkeer van de collectieve naar de oorspronkelijke liberale opvatting, van *maatschappij-gericht* beroepsgeheim naar beroepsgeheim *in het belang van de patiënt, als "zaak van de zieke"*, van een paternalistische benadering naar een meer ontvoogdende houding, waarover verder nog sprake.

---

<sup>227</sup> Troch, K., Het medisch beroepsgeheim en zijn impact op de levensverzekering, Rechtskundig Weekblad 1993-1994, 1301;

<sup>228</sup> Cass. 9 februari 1988, Arr. Cass. 1987-88, nr. 346, met dienstige verwijzingen in noot 1;

<sup>229</sup> artikel 55 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>230</sup> zie: Dr. J. Farber, *De openbare orde en het medisch geheim*, Tijdschrift nr. 35, pp. 29-30;

<sup>231</sup> zie ook dr. R. Haché (voetnoot 5), p. 56: De toestemming van de patiënt brengt *niet noodzakelijkerwijze* een opheffing van het medisch beroepsgeheim met zich mee;

<sup>232</sup> artikel 65 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>233</sup> zie o.m. Cass. 30 oktober 1978, Arr. Cass. 1978-79, p. 235;



De wet van 8 december 1992<sup>234</sup>, waarover verder, tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens regelt de uitvoer van gezondheidsgegevens, mits inachtneming van strenge voorwaarden: zorgvuldigheid, finaliteit, proportionaliteit, dienend en niet overmatig karakter, recht op toegang en correctie, verwerking onder toezicht van een beroepsbeoefenaar en in de regel met de toestemming van de patiënt.

In die context is te verwijzen naar de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt<sup>235 236</sup>, zijnde (art. 2, 1°) *de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek*. Naar luid van het artikel 7, §§ 1 en 2, van de wet heeft de patiënt tegenover de beroepsbeoefenaar recht (quid de **plichten** van de patiënt?<sup>237</sup>), eventueel via een door hem aangewezen *vertrouwenspersoon*<sup>238 239 240</sup>, op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan, desgevraagd met schriftelijke bevestiging (art. 7, §2, tweede lid). Naar luid van het artikel 9, §2, van de wet heeft de patiënt<sup>241</sup> recht op inzage in en - persoonlijk en vertrouwelijk - afschrift van het hem betreffend patiëntendossier<sup>242</sup>. Hierbij is te verwijzen naar het artikel 33 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer dat bepaalt dat dit eveneens geldt voor een erge en zelfs voor een noodlottige prognose, evenwel rekening houdend met de draagkracht van de patiënt en de mate waarin hij wenst geïnformeerd te worden (ook: art. 7, §§ 3 en 4, van de wet Patiëntenrechten).

De uitoefening van het ouderlijk gezag en het vermoeden van ouderlijke aansprakelijkheid

---

<sup>234</sup> B.S. 18 maart 1993;

<sup>235</sup> B.S. 26 september 2002, err. B.S. 20 december 2002, van toepassing op zorgverstrekkers die vallen onder het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen; zie K.B. 1 april 2003, B.S. 13 mei 2003 (gewijzigd door koninklijke besluiten van 12 januari 2006, B.S. 8 februari 2006, en van 27 januari 2008, B.S. 20 februari 2008) tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale commissie “Rechten van de patiënt”, met ombudsdienst, ingesteld door het Hoofdstuk V, art. 16, van de wet Patiëntenrechten bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu; zie nuttig de jaarverslagen van deze ombudsdienst, [www.patientrights.be](http://www.patientrights.be) - Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt (Lees meer) – Jaarverslagen,, o.m. (jaarverslag 2007, pp. 69-71 en 76) wat het probleem betreft van het beroepsgeheim van de arts bij deelneming aan een bemiddeling op klacht van een persoon die niet de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt is (art. 14 wet Patiëntenrechten, zoals gewijzigd bij art. 60 wet 13 december 2006, B.S. 22 december 2006, houdende diverse bepalingen betreffende de gezondheid);

<sup>236</sup> zie de adviezen van de Nationale Raad van 23 januari 1999, Tijdschrift nr. 83, pp. 19-22, en van 16 februari 2002 (+ conceptnota, zie hierna), Tijdschrift nr. 95, pp. 3-7, *aangaande het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt*; van 17 februari 2001, Tijdschrift nr. 91, pp. 3-5, *aangaande de conceptnota Rechten van de patiënt* uitgaande van het kabinet van de minister van Volksgezondheid,, en wat de wet zelf betreft het advies van 26 juli 2003, Tijdschrift nr. 101, pp. 6-9; alsook advies van 22 april 2006, Tijdschrift nr. 113, pp. 3-5: *Ombudsfunctie - Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt*;

<sup>237</sup> zie: Annick De Meyere, *Meer plichten voor de patiënt, meer rechten voor de arts*, in De Huisarts, 19 juni 2008, p. 10;

<sup>238</sup> zie het hoofdstuk IV, artt. 12-15, van de wet Patiëntenrechten wat betreft de *vertegenwoordiging van de minderjarige patiënt* (zie ook o.m. het artikel 96, derde lid, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer), de meerderjarige patiënt die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring en de meerderjarige persoon die anderszins niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen; ook het artikel 62, a, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>239</sup> Lieven Ascoop, (onderscheid tussen) *De vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger van de patiënt*, Hippocrates, PR Oost-Vlaanderen, nr. 56, juni 2008, pp. 36-37;

<sup>240</sup> Marc Nollevaux, zie bijdrage voetnoot 16, p. 544: On ne peut songer à un médecin qui douterait de *la qualité d'une personne de confiance* pour lui confier une information confidentielle à propos du malade ou du soigné.

<sup>241</sup> zie art. 9, §4, wat het inzagerecht na overlijden van de patiënt betreft;

<sup>242</sup> zie nader wat de modaliteiten van die inzage betreft het betreffende artikel 9 van de wet;

rechtvaardigen een zekere inmenging in het privé-leven van de minderjarige, waarbij de ouderdom, het begripsvermogen en de mondigheid van de minderjarige een belangrijk gegeven zullen vormen. Zoals door o.m. dr. Goetinck onderstreept<sup>243</sup> hebben een door meerdere nieuwe wetten “*hertekend wettelijk kader*” artsen en patiënten tot nieuwe gedragsregels en afspraken gedwongen.

Uitgaande van de veld winnende trend dat het wezen en doel van het beroepsgeheim de bescherming van de patiënt en zijn belangen betreft, is er geen beroepsgeheim ter sprake wanneer dit belang niet wordt geraakt.

Hierbij is te verwijzen naar de mening van de Nationale Raad<sup>244</sup> dat het verstrekken *zonder toestemming van de patiënt over dezes gezondheidstoestand* strijdig is met het artikel 10, §2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, waarin wordt bepaald dat “*geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht (op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer) 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*”.

Bijzondere voorzichtigheid is ter zake aangewezen gezien in de regel de vaststelling van de delicate grens tussen aanwezigheid en afwezigheid van patiëntenbelang, voor welke afweging de arts in vele gevallen niet over alle dienstige gegevens beschikt, bijzonder subtiel zal zijn, wat meebrengt dat bij de geringste twijfel eerder voor eerbiediging van het beroepsgeheim is te kiezen.

Van primordiaal belang is daarbij het waarborgen van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt wat voor de patiënt de zekerheid en volledige veiligheid moet waarborgen dat hij zich in volledige privacybescherming tot een arts kan wenden en de nodige verzorging kan krijgen<sup>245 246 247</sup>.

Ook de meer en meer toegepaste gegevensverzameling in een elektronisch dossier vereist bijzondere voorzorgen en bescherming, vooral dan in instellingen zoals ziekenhuizen met eigen verhoudingen en regels, waar meerdere personen, al dan niet medische beroepsbeoefenaars, toegang hebben tot medische gegevens.

Wat de wettelijke op het maatschappelijk belang gesteunde en deontologische uitzonderingen op het medisch beroepsgeheim betreft kan omvattend verwezen worden naar het Hoofdstuk V van Titel II, Beroepsgeheim van de geneesheer, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer, waarbij het artikel 58, laatst gewijzigd op 22 december 2007, eensdeels, inleidend vaststelt dat *binnen uitdrukkelijk vastgelegde perken **wettelijke** uitzonderingen gelden voor de erop volgend opgesomde*

<sup>243</sup> Michel Goetinck, Van de Redactie - Achterhoedegevechten of positief denken, Q/ratio, jaargang 39, nr. 2, p. 3;

<sup>244</sup> advies van 26 juni 2004, Tijdschrift nr. 105, p. 4;

<sup>245</sup> ook: Cour d’appel de Paris, 27 mei 1997, in de zaak van de erfgenamen van François Mitterrand tegen dezes persoonlijke geneesheer, geciteerd door Edouard Jakhian in *La Cour Européenne des droits de l’homme et le secret médical ou l’impossible équilibre*, in Mélanges en hommage à Louis Edmond Pettiti, Bruylant, Bruxelles, 1998, p.474 + noot 22;

<sup>246</sup> zie ook het artikel 3, tweede lid, van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>247</sup> ook: Code van Geneeskundige Plichtenleer, Titel II, De geneesheer ten dienste van de patiënt, Hoofdstukken I (Geneesheer-patiëntverhouding), VII (Problemen in verband met de voortplanting), VIII (Experimenten op mensen) en IX (Het naderende levenseinde);

gevallen, waarbij de geneesheer in eer en geweten moet oordelen of hij door het beroepsgeheim toch niet wordt verplicht bepaalde gegevens niet mede te delen, anderzijds, onder a t.e.m. j, de wettelijke uitzonderingen opsomt<sup>248</sup> binnen “uitdrukkelijk vastgelegde perken”<sup>249</sup>, waarbij meermaals<sup>250</sup> wordt gewezen op de verplichting van eerbiediging van het beroepsgeheim door degene die de medegedeelde gegevens ontvangt.

Hierbij is ook te verwijzen naar het artikel 67 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer, dat bepaalt de geneesheer het recht maar niet de plicht heeft aan een patiënt, die hem erom verzoekt, een getuigschrift betreffende zijn gezondheidstoestand te overhandigen. Wanneer een patiënt om een getuigschrift verzoekt met het oog op sociale voordelen, mag de geneesheer hem dit, uiteraard gewetensvol en in alle objectiviteit opgesteld<sup>251</sup>, getuigschrift afleveren maar moet hij het voorzichtig en discreet, met beperking tot de voor het voor het verkrijgen van het sociaal voordeel relevante en daartoe voldoende gegevens, opstellen. Hij mag dit getuigschrift, met de goedkeuring van zijn patiënt, of diens nabestaanden, zo nodig ook rechtstreeks aan de aan de met naam genoemde en op de Lijst van de Orde ingeschreven adviserende arts van de instelling waarvan de toekenning van bedoelde sociale voordelen afhangt, overmaken.

Het recht op eerbiediging van de privé-levenssfeer is een fundamenteel recht dat in onze democratische maatschappij gewaarborgd is<sup>252</sup>. Tot de gevoelige gegevens van de privé-levenssfeer behoren voornamelijk de elementen die betrekking hebben op de lichamelijke of mentale gezondheidstoestand van het individu. Die gegevens zijn principieel gedekt door het medisch geheim.

Het medisch dossier, waarvan de “eigendom” voorwerp is van heel wat betwistingen, kan niet voor iedereen toegankelijk zijn gezien het zeer individueel en patiëntgebonden karakter ervan.

Bijzondere aandacht gaat hierbij naar de zgn. Privacywet<sup>253</sup>, meer bepaald het artikel 7, §1 (zie de artikelen 3 en 3bis omtrent de toepasselijkheid van de wet), dat als regel de verwerking van

---

<sup>248</sup> zie ook art. 28 van de wet van 15 januari 1990, B.S. 22 februari 1990, err. B.S. 2 oktober 1990, houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid;

<sup>249</sup> zie ook het artikel 62, aanhef: *Binnen de perken van volstreekte noodzaak...*;

<sup>250</sup> o.m. de artikelen 58, a en b, in fine, en 60, tweede lid;

<sup>251</sup> zie ook het artikel 102 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>252</sup> zie ook het artikel 8 van het Verdrag van 4 november 1950 tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, ondertekend te Rome; zie advies Nationale Raad van 18 januari 1997, Tijdschrift nr. 75, p. 32, wat *Aangifte van het bestand* betreft; Oosterlinck, K., *Het belang van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens*, in *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector. Een confrontatie tussen recht en praktijk*, Intersentia Rechtswetenschappen, Antwerpen-Groningen, 1998, pp. 85-102;

<sup>253</sup> Wet van 8 december 1992, B.S. 18 maart 1993, tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (zie het artikel 1 wat “begripsomschrijvingen, beginselen en werkingsfeer” betreft); ook o.m. het koninklijk besluit van 13 februari 2001, B.S. 13 maart 2001, ter uitvoering van deze wet, inzonderheid de artikelen 25 t.e.m. 27;

persoonsgegevens die de gezondheid betreffen verbiedt<sup>254</sup>. De in limitatief opgesomde gevallen toegelaten verwerking van medische persoonsgegevens (art. 7, §2), die moeten worden ingezameld bij de betrokkene (art. 7, §5), mag, behoudens schriftelijke toestemming van de betrokkene of wanneer de verwerking noodzakelijk is voor het voorkomen van een dringend gevaar of voor de beteugeling van een bepaalde strafrechtelijke inbreuk, enkel gebeuren onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg (art. 7, §4), met principieel verbod van mededeling van deze gegevens aan derden (verplichting tot geheimhouding).

De Privacywet geeft een beperkende omschrijving van de beoogde “medische persoonsgegevens” (art. 1) en betreft wat persoonsgegevens omtrent de gezondheid aangaat, qua medisch team het geheel van de personen die wat de medische behandeling van een betrokkene betreft onder het functioneel gezag vallen van de geneesheer.

Doordat de Nationale Raad frequent werd geconfronteerd met het probleem van **de beheersing van medische informatiestromen binnen de verzekeringssector**<sup>255</sup>, inzonderheid wat de toepassing betreft van het artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst<sup>256</sup>, en meer bepaald doordat rechtstreeks of onrechtstreeks aan (behandelende) geneesheren vragenlijsten zijn toegezonden, o.m. wat voor de uitvoering van een levensverzekering het geneeskundig getuigschrift overlijden aangaat en getuigschriften voor kandidaat-verzekerden (medisch consult voorafgaand aan het sluiten van een overeenkomst<sup>257</sup>), reisannulatieverzekeringen en hospitalisatieverzekeringen, met vragen die ten opzichte van de medische deontologie probleem stellend zijn, en gezien rechtstreekse contacten met betrokken verzekeringsmaatschappijen niet tot een bevredigend resultaat konden leiden, werd besloten een werkgroep op te richten met het oog op o.m. de opstelling met de verzekeringsmaatschappijen van een algemeen geldend en deontologisch aanvaardbaar formulier.

Naar luid van het eerste lid van het artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de Landverzekeringsovereenkomst<sup>258</sup> “kan” de door de verzekerde gekozen arts de verzekerde die erom verzoekt de

<sup>254</sup> zie ook de artikelen 10 en 15 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;

<sup>255</sup> zie onder vele: H. Claassens, *Onrechtmatige bedingen en praktijken in het verzekeringswezen*, Leerstoel Verzekeringen Prof. Dr . S. Baron Fredericq 2002-2003; Van Schoubroeck, C., Thiery, Y., *Discriminatie en verzekering*, Rechtskundig Weekblad 2006-07, pp. 263-286; H. Nys, H. Cousy, T. Lemmens, C. Van Schoubroeck (eds.), *Medische keuring bij private verzekeringen juridisch ‘doorgelicht’*, Contactforum Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen en Kunsten, 22 maart 2007; advies Nationale raad van 20 november 1999: *Toepassing van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst*, Tijdschrift nr. 87, p.26; advies id. 16 december 2000: *Behandelend arts en het sluiten van een landverzekeringsovereenkomst*, Tijdschrift nr. 91, p. 8;

<sup>256</sup> B.S. 20 augustus 1992, art. 95 vervangen bij art. 19 wet 22 augustus 2002, B.S. 26 september 2002, err. B.S. 20 december 2002; advies Nationale raad van 16 november 1996, Tijdschrift nr. 74, p. 25;

<sup>257</sup> zie advies Nationale Raad 16 februari 2002, Tijdschrift nr. 95, p. 3, over het voorontwerp van wet betreffende de rechten van de patiënt.; ook advies van 16 juli 2005, Tijdschrift nr. 110, p. 4: Geneeskundige verklaringen voor (kandidaat)verzekerden;

<sup>258</sup> zie voetnoot 113;

geneeskundige verklaringen afleveren die voor het afsluiten of de uitvoering van de overeenkomst nodig zijn. "Deze verklaringen beperken zich tot de beschrijving van de huidige gezondheidstoestand".

De behandelend geneesheer moet een medisch keuringsonderzoek weigeren wanneer zijn patiënt zich als kandidaat-verzekerde bij hem aanbiedt. De patiënt dient daartoe een ander geneesheer aan te zoeken, die dan geen behandelend geneesheer, maar eerder een geneesheer-deskundige is die aldus t.o.v. van de verzoeker niet in een arts-patiënt-relatie staat.

Het is daarbij wenselijk dat de geneesheer die het onderzoek doet de verklaring aan de kandidaat-verzekerde bezorgt met aanbeveling die verklaring alleen te bezorgen aan een met naam genoemde adviserend geneesheer van de verzekeringsmaatschappij.

Naar luid van het artikel 95, vierde lid, Landverzekeringsovereenkomst (zie voetnoot 113) geeft de arts van de verzekerde, mits de verzekeraar aantoot de voorafgaande toestemming van de overleden verzekerde te bezitten, aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak<sup>259</sup>, terwijl het voor de verzekeraar niet alleen om de onmiddellijke, maar ook om de oorspronkelijke doodsoorzaak gaat<sup>260</sup>.

Ter oplossing van de zich met de verzekeringsmaatschappijen voordoende moeilijkheden waren er inleidend besprekingen met o.m. de Ombudsdienst Verzekeringen, onafhankelijke overkoepelend werkende organisatie, bemiddelaar tussen verzekeringsmaatschappijen en klanten.

Betrachting is een overeenkomst te bereiken met Assuralia, die weliswaar niet alle verzekeringsmaatschappijen groepeerd, maar wel voor de verzekeringssector voldoende vertegenwoordigend en gezaghebbend is om tot een bevredigende en noodzakelijk algemene compromisoplossing te komen, waarbij evenwel wetgevende initiatieven nodig zullen zijn en waarbij zowel het medisch beroepsgeheim als de belangen van de patiënten in acht dienen te worden genomen.

De daartoe genomen contacten en gevoerde besprekingen konden nog niet worden afgerond.

Ook het recent wet geworden<sup>261</sup> **eHealth-informatiesysteem** heeft tot heel wat, alhoewel niet ten volle eensgezinde<sup>262</sup>, bezorgdheid geleid<sup>263</sup>.

Het wetsontwerp e-Health, in feite de opvolger van be-Health<sup>264 265</sup>, niet verplicht systeem van

<sup>259</sup> zie de artikelen 68 en 132 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer wat de uitvoering van een levensverzekeringsovereenkomst betreft;

<sup>260</sup> artikel 68 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer;

<sup>261</sup> Kamer van Volksvertegenwoordiger 9 juli 2008, Senaat 18 juli 2008;

<sup>262</sup> zie: ASGB *distantieert zich van 'eHealth heisa'*, Artsenkrant, 1 augustus 2008, en *Eenheidsfront rond eHealth versus het ASGB*, De Huisarts, 7 augustus 2008, p. 10;

<sup>263</sup> Tijdens het (mini)debat in de Senaat zegde mevrouw de minister Onkelinx, op vraag van de senator Louis Ide (N-VA) toe met de dokters rond de tafel te zullen zitten voor de uitvoeringsbesluiten; zie ook: F. Robben, o.m. administrateurgeneraal van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, *Uw medisch dossier ligt niet te grabbel*, D Standaard, 9-10 augustus 2008; op 4 september II. had de jaarlijkse debatavond te Oostende van de Vereniging voor Medische Ethiek vzw. als thema: "E-Health in een ethisch en deontologisch perspectief";

<sup>264</sup> zie advies Nationale Raad 26 november 2005, Tijdschrift nr. 111, p. 5, betreffende het BeHealthproject;

<sup>265</sup> er wordt daarbij niet stilgestaan bij gelijklopende gemeenschaps- (voor de Vlaamse gemeenschap, advies Nationale Raad

gegevensbank voor het op een gestandaardiseerde manier uitwisselen van gegevens van patiënten, werd, ingevolge enig bestaand wantrouwen, uit het ontwerp van programmawet (wetsontwerp houdende diverse bepalingen<sup>266</sup>) gelicht.

Het e-Health-platform, dat een meerwaarde kan betekenen op het vlak van administratieve vereenvoudiging en nuttig kan zijn voor het doorgeven van informatie aan de huisartsen, maar in zijn huidige vorm onvoldoende garanties biedt voor de bescherming van het medisch geheim, beoogt een beveiligde tunnel om uiterst gevoelige gezondheidsgegevens te laten circuleren. De bron waaruit de informatie wordt geput is het elektronisch medisch dossier (EMD), waarin door de arts gezondheidsgegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen zijn opgenomen. De verantwoordelijkheid van de arts houdt in dat bij verzet van de patiënt tegen het doorgeven van hem betreffende medische gegevens communicatie wordt uitgesloten. In zelfde context dient hij ervoor te zorgen dat bij mededeling van medische gegevens deze op het ogenblik dat zij het EMD verlaten voldoende versleuteld zijn en via een beveiligd kanaal de bestemming, waar decodering zal plaatsvinden, bereiken. Bovendien dient hij te waken over de proportionaliteit van de door te zenden gegevens en de finaliteit te controleren door nazicht of de bestemming betrokken is bij de zorgverlening en aldus gehouden is tot hetzelfde medisch beroepsgeheim.

De opbouw, in het licht van de veranderde praktijkvoering met meerdere zorgverstrekkers rondom een zelfde patiënt en dezes toenemende mobiliteit, van een elektronisch platform voor beveiligde uitwisseling van gezondheidsgegevens, mag qua finaliteit en controleerbare proportionaliteit de vertrouwensrelatie arts-patiënt, die aan de bron is van de betreffende gegevens, geenszins schaden en de kwaliteit en de continuïteit van de zorg niet in het gedrang brengen. De vrije schriftelijke instemming van een naar behoren geïnformeerde patiënt, o.m. omtrent de finaliteit van de verwerking, is daarbij een voorwaarde<sup>267</sup>.

Eens de gegevens in het e-Health-platform circuleren blijft het artsenkorps een onrechtstreekse controle uitoefenen door zijn aanwezigheid in het beheersorgaan, het overlegcomité en zijn vertegenwoordiging in het sectoraal comité van de sociale zekerheid en de gezondheid bij de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De evenwichtsoefening om gezondheidsgegevens te laten circuleren zonder de vertrouwensrelatie arts-patiënt te schaden is één van de grote uitdagingen van het eHealthplatform. Veel zal afhangen van de uitvoering van de wet en de eventuele aanpassing ervan in geval van vaststelling van zich voordoende moeilijkheden. In die context had het Bureau van de Nationale Raad op 17 juli laatst

---

van 3 maart 2007, Tijdschrift nr. 116, pp. 4-9, in verband met het decreet van 16 juni 2006 van de Vlaamse Gemeenschap betreffende het Gezondheidsinformatiesysteem (GIS); en gewestelijke e.a. initiatieven;

<sup>266</sup> inmiddels Wet houdende diverse bepalingen (Programmawet) van 8 juni 2008, B.S. 16 juni 2008;

<sup>267</sup> initiatieven van "Google" en "Microsoft" zijn actueel voorwerp van onderzoek door het Bureau van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren;

een, voorlopig positief beoordeeld, onderhoud met de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Wat de **inbeslagneming van dossiers of delen ervan** betreft gaat bijzondere aandacht naar het artikel 66 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer, dat bepaalt: *“De inbeslagneming van medische stukken door de onderzoeksrechter of, bij op heterdaad betrapte misdaden, door de procureur des Konings, is toegestaan wanneer de stukken betrekking hebben op aan de geneesheer ten laste gelegde beschuldigingen; dit gebeurt in aanwezigheid van een lid van de raad van de Orde. Wanneer alleen de zieke wordt verdacht, is het zoeken naar medische of andere stukken betreffende de hem verstrekte zorgen, door het beroepsgeheim niet toegelaten”*<sup>268 269</sup>. Dit is onjuist geformuleerd, gezien de onderzoeksrechter steeds met soevereine beslissing, oordelend volgens de behoeften van het door hem geleide onderzoek, tot inbeslagneming<sup>270</sup> kan overgaan<sup>271</sup>. Deze artikelen dienen gelezen te worden als richtlijnen voor de door de provinciale raden aan te nemen houding<sup>272</sup>.

Omtrent de werkwijze bij huiszoeken en beslagnemingen van medische dossiers waaromtrent geen wettelijke regeling bestaat<sup>273</sup>, werd in 1951 een overeenkomst bereikt tussen de (Nationale raad van de) Orde der geneesheren en de toenmalige procureurs-generaal bij de alsdan bestaande drie (thans vijf) hoven van beroep. Thans bestaan daaromtrent in verscheiden provincies zeer uiteenlopende met de gerechtelijke autoriteiten gesloten akkoorden en overeengekomen werkwijzen.

In voorkomend geval zal de afgevaardigde van de provinciale raad indien hij niet akkoord is met de beslissing van de onderzoeksrechter, zijn protest/verzet doen acteren in het ter zake opgestelde proces-verbaal.

In geval van twijfel omtrent het te vrijwaren beroepsgeheim bij een opgevraagd dossier - is het aangewezen geen vrijwillige afgifte te doen. Enkel verplichte - er zijn voorgaanden van beslag van zelfs een volledig tuchtrechtelijk dossier<sup>274</sup> - afgifte<sup>275</sup> mits opstelling van proces-verbaal met vermelding van de motieven van weigering of bezwaar, w.o. het feit dat in een tuchtrechtelijke

<sup>268</sup> zie advies Nationale Raad van 14 mei 1983, Tijdschrift nr. 31, p. 37;

<sup>269</sup> Marc Nolleaux - zie voetnoot 16 - p. 547 (Section IV, III, §4);

<sup>270</sup> van *alle voorwerpen die kunnen dienen om de waarheid aan het licht te brengen*; een artsenkabinet geniet inzake inbeslagneming geen enkel privilege;

<sup>271</sup> advies NR 14 mei 1983 - zie voetnoot 118- algemeen principe/ 5; de afgifte van het medisch dossier wordt gelijkgesteld met een getuigenis in rechte: Cass. 30 oktober 1978, Arr. Cass. 1978-79, p. 235;

<sup>272</sup> zie omtrent de rol van de afgevaardigde van de provinciale raad bij huiszoeking en inbeslagneming van medische dossiers o. m. advies Nationale Raad 20 november 1999, Tijdschrift nr. 87, p. 29;

<sup>273</sup> raadpleeg o.m.: Hans Van Bossuyt, alsdan gewoon bijzitter van de Provinciale Raad van Oost-Vlaanderen van de Orde van geneesheren, *Inbeslagname van medische dossiers*, Tijdschrift Hippocrates van deze Provinciale Raad, nr. 40, 6 juni 2001, pp. 35-38;

<sup>274</sup> id., p. 38, nr. 9;

<sup>275</sup> zie o.m. voetnoot 35;

procedure een arts gehouden is tot medewerking aan het onderzoek en waarheid, waardoor het gebruik in zaken van gemeen recht van een p.v. van ondervraging in tuchtzaken een schending uitmaakt of kan uitmaken van het recht van verdediging. Afschrift zal worden geëist van het opgestelde proces-verbaal, waarvan kopie kan worden overgemaakt aan de betrokken dokter, waardoor deze, eensdeels, ingelicht wordt van de dwangmatige, op verzet van de ordinale overheid, overhandiging van het betreffende dossier of deel ervan aan de onderzoeksrechter, anderdeels, kennis krijgt van de motieven van weigering die hij dan in voorkomend geval kan inroepen voor de rechter ten gronde, die over de al dan niet verwijdering wegens schending van het recht van verdediging van de kwestieuze stukken uit het strafrechtelijk dossier zal oordelen<sup>276 277</sup>.

Op civielrechtelijk gebied wordt in dezelfde zin geredeneerd. Wanneer bvb. met toepassing van het artikel 878 van het Gerechtelijk Wetboek (of in het kader van een procedure van voorlopig bewind: artt. 488 en volgende van het Burgerlijk Wetboek<sup>278</sup>) de rechter een dokter of een ordinale instantie verzoekt het origineel of het afschrift van een blijkbaar medisch geheim inhoudend dossier of document bij het dossier van de rechtspleging te voegen zal in beginsel hierop niet worden ingegaan, maar zal voeging slechts gebeuren ingevolge een bij toepassing van het artikel 877 van het Gerechtelijk Wetboek of van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek omtrent het voorlopig bewind gewezen vonnis waarbij de afgifte van origineel of afschrift wordt bevolen.

De betrokken arts kan in voorkomend geval best zijn provinciale raad van inschrijving raadplegen. De Nationale Raad, zijn Bureau en medewerkers zijn steeds ter beschikking voor overleg en voor het zoeken naar de oplossing die het beste aan de noodzaken van vrijwaring van het medisch beroepsgeheim en aan het belang van de betrokken patiënt tegemoet komt.

Het medisch beroepsgeheim wordt en moet principieel worden gehandhaafd, de Hippokrates-eed indachtig: "Ik zal het geheim eerbiedigen van al wie zich aan mijn zorgen toevertrouwt". De vraag is niet wat ervan overblijft, maar wel welke de uitzonderingen en afwijkingen zijn. Deze uitzonderingen en afwijkingen zullen steeds met strikt-restrictieve omzichtigheid en met het oog op en met inachtneming van de belangen van de patiënt worden beoordeeld.

Elke aanpassing mag alleen gebeuren ten dienste van de patiënt of een rechthebbende.

---

<sup>276</sup> Cass. 20 maart 1989, Arr. Cass. 1988-89, nr. 409: *De rechter hoort op grond van de gegevens van de zaak na te gaan of de weigering van een tuchtrechtscollege om, onder aanvoering van het beroepsgeheim, de stukken die het onder zich heeft ter griffie van het gerecht bij het dossier van de rechtspleging te voegen, het medisch geheim niet afwendt van het bij zijn instelling beoogde doel;*

<sup>277</sup> Cass. 19 december 1994, Tijdschrift voor gezondheidsrecht 1996-97, p. 257: *Nu het beroepsgeheim niet absoluut is, kan de rechter de weigering die op het beroepsgeheim is gegrond, slechts beoordelen nadat hij de overlegging van de kwestieuze stukken heeft bevolen;*

<sup>278</sup> zie ook advies Nationale Raad van 17 maart 2001, Tijdschrift nr. 92, p.6, omtrent *Voorlopige bewindvoering en geneeskundige verklaringen*, en advies NR van 14 juli 2007, Tijdschrift nr. 117, p. 11-13 : *Overdracht van medische gegevens door een behandelend arts aan de voorlopige bewindvoerder van een patiënt* (beheerder van goederen, niet te verwarren met een door de patiënt benoemde *vertegenwoordiger*, artt. 13 en 14 van de (Patiëntenrechten)wet van 22 augustus 2002;



-----

**ONuttige literatuur (o.m. en met aandacht voor de in de vermelde werken voorkomende bibliografische lijsten):**

- Het beroepsgeheim van magistraat, bankier en geneesheer, Werkdocument van het XXVe Vlaams Interuniversitair Rechtscongres van 8 en 9 maart 1973, Vlaams Rechtsgenootschap - VUB - Heule, UGA, 1973, 107 pp.;
- Pierre Lambert, *Le secret professionnel*, Bruxelles, Editions Némésis, 1985, 321 pp.;
- Het medisch beroepsgeheim, Provinciale Raad Antwerpen, Tijdschrift Nationale Raad (goedkeuring) nr.52, juni 1991, pp. 35-51;
- Dr. R. Deberdt, *Medisch beroepsgeheim en deontologie*, Mededeling op de studievoormiddag MEDI-IUS-UIA: "Medisch Beroepsgeheim en verzekeringen", 19 juni 1993;
- Dr. R. Deberdt, *Juridische ontwikkelingen in het medisch beroepsgeheim, deontologische aspecten*, Mededeling voor de Belgische Vereniging voor Medische Moraal en Ethiek, Oostende, 3 september 1993;
- Van Steenberghe, J. (ed.), *Medisch beroepsgeheim en verzekeringen*, Brugge, Die Keure, 1994, X + 142 pp.;
- Edouard Jakhian, *La Cour Européenne des droits de l'homme et le secret médical ou l'impossible équilibre*, in *Mélanges en hommage à Louis Edmond Pettiti*, Bruxelles, Bruylant, 1998, pp. 465-485;
- Stockman, R. (ed.), *Het beroepsgeheim in de zorgverzekeringssector, Een confrontatie tussen recht en praktijk*, Antwerpen/Groningen, Intersentia Rechtswetenschappen, 1998, 135 pp.;
- Thierry Vansweevelt, *Diagnose en beroepsgeheim*, in *AIDS en RECHT*, MAKLU Uitgevers, Antwerpen-Apeldoorn, ced.samson, Brussel, 1989, pp. 41-57;
- *Le secret professionnel, Actes du colloque des 8 et 9 novembre 2001 organisé par l'Association des juristes namurois*, Bastin, J., Bruxelles, La Charte, 2002, VI + 285 pp., Coll. "Droit et Mouvement";
- Dr. L. Wostyn / Dr. C. Clepkens / Dr. A. Hutsebaut (ed.), *Overhandigen medische gegevens*, Periodiek Blad van de Provinciale Raad van West-Vlaanderen van de Orde der geneesheren, jaargang 35, 2004, nr. 4;
- Nys, H., *Medisch beroepsgeheim*, in *Geneeskunde - Recht en Medisch handelen*, A.P.R, E. Story-Scientia, 2005, nrs.. 1222-1324;
- A. Dierickx, *Toestemming en strafrecht*, Antwerpen-Oxford, Intersentia, 2006, 561 pp.<sup>279</sup>
- E. Dans en P. R. van der Vorst, *Teleradiologie. Enkele juridische implicaties van een nieuw fenomeen*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 3-2008, pp. 187-199;

---

<sup>279</sup> bespreking door Isabelle Wattier, *Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, La Charte, 2008, pp. 381-383;

- Stefaan Callens, Mieke Goossens, Filip Van der Mauten, Annelien Vermote: Geondheidsrecht, Larcier Thema Wetboeken, 2008, Larcier, Brussel;

- *Evolutions des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé: le droit médical en mouvement*, sous la direction de Geneviève Schamps, Centre de droit médical et biomédical, Bruylant, Bruxelles, LGDJ, Paris, 2008;

## Symposium 27 september 2008

### “Hot topics in de deontologie”

#### **Inzagerecht in het medisch dossier**

Dokter Robert Nailis

Sedert oktober 2002 heeft ook België nu een Wet op de Patiëntenrechten.

Zoals dit zo vaak gaat bij nieuwe wetten in ons land stellen we vast dat de implementering ervan aanvankelijk slechts met mondjesmaat gebeurt, maar nu, zowat 6 jaar na het verschijnen van de wet, begint door te sijpelen. Voortgaande op de talrijke telefoontjes en schriftelijke vragen die onze Raad hieromtrent in het algemeen - en wat het inzagerecht in het bijzonder – betreft, komt het ons voor dat het de hoogste tijd is om hieromtrent nogmaals te herinformeren. Temeer dat het toch wel opvalt dat tegen de toepassing van deze wet tal van (soms zware) overtredingen worden gemaakt o.a. door ons artsen.

Gezien het tijdsbestek beperken we ons tot het beruchte artikel 9 van de wet.

Als we het over inzagerecht hebben van het medisch dossier dienen we een grondig onderscheid te maken tussen dit recht *bij leven* en dit recht *na overlijden*.

Art. 9 §1 van de wet stelt “*de patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbeoefenaar door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.*”

Twee opmerkingen hier:

- het gaat hier over *beroepsbeoefenaars*, uiteraard zijn dit artsen, maar het kunnen dus ook osteopaten of bandagisten zijn ! Van geneesheer over arts dus naar beroepsbeoefenaar! . . en straks “zogverstrekker”. Het is maar hoe je het kind een naam geeft!
- Verder, wat *artsen* betreft, is het ook maar de logica dat naast een reeds lang bestaande deontologische verplichting een medisch dossier aan te leggen nu ook expliciet de wettelijke verplichting hiertoe haar intrede doet.

Artikel 9 §2 van de Wet van de Patiëntenrechten stelt in feite het volgende.

Elke patiënt heeft het recht om zelf rechtstreeks zijn patiëntendossier te lezen. Het dossier moet binnen een termijn van 15 dagen à jour aan de patiënt kunnen worden voorgelegd. De patiënt kan zich daarbij - op zijn verzoek - laten bijstaan door een vertrouwenspersoon die het dossier in zijn plaats kan inzien. Dit laatste kan in principe iedereen zijn en hoeft niet noodzakelijk een beroepsbeoefenaar te zijn. Is deze laatste echter een beroepsbeoefenaar, dan heeft hij ook inzage in de persoonlijke notities van de arts. Hieromtrent alleen al zijn "*heel wat bomen geveld*" om tot papier te verwerken. Artsen zouden er immers voor terugdeinzen om gevoelige informatie in hun dossier op te nemen. Dat maakt het dossier onvolledig. Ofwel worden er twee dossiers aangelegd: één dat de patiënt mag inkijken en een tweede met omgevingsfactoren, persoonlijke notities, hypothesen enz.

Iedere arts heeft daar o.i. recht op. Persoonlijke notities zijn daarenboven aantekeningen die door de zorgverstrekker apart in het patiëntendossier worden bewaard en die niet worden meegedeeld aan andere leden van het verzorgingsteam. Indien dat wel gebeurt, zijn het niet langer persoonlijke notities. De feitelijkheid leert ons echter dat in die landen, die reeds voor België beschikten over een Wet op de Patiëntenrechten, de zogenaamde persoonlijke notities inmiddels zo goed als verdwenen zijn.

De patiënt(en) - ook niet indien de aangestelde vertrouwenspersoon een zorgverstrekkers is - heeft (hebben) overigens ook geen inzage in gegevens die betrekking hebben op een derde persoon.

De zorgverstrekker kan inzage weigeren in gegevens waarvan hij in het kader van de therapeutische exceptie heeft geoordeeld dat ze nadelig zijn voor de gezondheid van de patiënt. Voor méér info omtrent de therapeutische exceptie wordt verwezen naar de artikelen 7 en 8 van de wet. (voornamelijk art. 7 §4).

Essentieel is dat de zorgverstrekker en de patiënt zich bij het samenstellen van het patiëntendossier bewust zijn dat het dossier in de eerste plaats een werkinstrument is voor de diagnostiek, de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. De zorgverstrekker moet zich realiseren dat de patiënt bij het samenstellen van het dossier en het noteren van zijn bevindingen in zekere zin meekijkt.

Enige aandacht toch ook voor art. 9 §3: *het recht op afschrift*.

De patiënt kan tegen kostprijs een kopie vragen van (een deel van) het dossier. Het afschrift moet vermelden dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is. De zorgverstrekker kan geval per geval beoordelen of de kopij van het dossier kan worden opgestuurd, dan wel of de patiënt het dossier eerst moet zien. De zorgverstrekker moet een kopij weigeren indien hij aanmerkingen heeft dat de patiënt door derden (werkgever, verzekeringsmaatschappij, ..) onder druk wordt gezet om een afschrift van het dossier mee te delen.

Twee korte kritische bemerkingen hierbij?

1. Wanneer weet je als arts dat patiënt dit niet *onder druk* vraagt? Ons inziens loopt de patiënt zelf risico's door van de geboden mogelijkheid tot het bekomen van een afschrift gebruik te maken.

2. Moet binnen artsorganisaties niet eens nagedacht worden *aan welke kostprijs* deze kopieën te verkrijgen zijn? Ter info kan ik U mededelen dat bij Justitie, méér dan 1, 60 Euro per blad van het dossier - in copij - gevraagd wordt.

Tot slot, het art. 9 §4 van de Wet op de patiëntenrechten: *Het dossier na overlijden*, onvoldoende gekend door vele collega's, vanwaar de meerdere problemen alvast binnen onze Raad.

Na het overlijden van de patiënt heeft een beperkt aantal familieleden onder strikte voorwaarden het recht om het dossier te laten inzien door een door hen aangeduide zorgverstrekker. Hier is het advies van de Nationale Raad imperatief. Deze zorgverstrekker dient een arts te zijn.

Het gaat met name om:

- de *echtgenoot* en *al dan niet samenwonende partner*
- *bloedverwanten tot en met de tweede graad* (ouder, broer/zus, kleinkind, grootouder)

Voorwaarden:

- de patiënt mag zich bij leven niet verzet hebben tegen een dergelijke inzage.
- het verzoek om inzage moet voldoende gemotiveerd en gespecificeerd zijn en de redenen moeten voldoende ernstig zijn om een uitzondering toe te staan op het recht op privacy van de overledene. Mogelijke redenen zijn het vermoeden dat er een medische fout is gebeurd, dat kennis van de doodsoorzaak belangrijk is om het overlijden te verwerken of om familiale antecedenten op het spoor te komen.
- het inzagerecht is beperkt tot die gegevens die verband houden met de door familieleden opgegeven redenen.

Sta me toe enkele bedenkingen hieromtrent te formuleren:

1. *Het verzoek om inzage moet voldoende gemotiveerd en gespecificeerd zijn*: de facto, wie gaat dat bepalen, de vrederechter of de arts?
2. *Medische fout?* De Nationale Raad stelt voor zich hiertegen nooit te verzetten. Zeker verwarren leken medische fouten wel eens met medische verwickelingen.
3. *Familiale antecedenten op het spoor komen?* Volgens de Nationale Raad scheidt dit toch geen enkel probleem: bv/genetisch risico: er is toch de mogelijkheid van overdracht van arts tot arts

Belangrijk en goed te onthouden als hoofdboodschap, als "message to take home" is ook een advies van de Nationale Raad i.v.m. inzagerecht na overlijden:

**Neem contact op met Uw Provinciale Raad bij de minste "zweem" naar testamentaire beslissingen.**

## Symposium 27 september 2008

### “Hot topics in de deontologie”

#### **De arts en zijn/haar moslimpatiënt**

#### **Islamitisch standpunt en voorstel tot aanpak**

Dokter Mouloud Kalaaï

- Islam is 2<sup>de</sup> grootste en snelst groeiende wereld-religie; 1,7 miljard moslims (44 staten).
- Profeet Mohammed (570-632)
- Eerste openbaring via engel Gabriël in Mekka (610)
- Hidzjra naar Medina (622)
- Koran = verzameling van de openbaringen

#### What makes those muslims tick?

1. Geloofsbelijdenis (sjahada): *“Er is geen God dan God en Mohammed is zijn profeet”*
2. Gebed (salat)
3. Aalmoes (zakat)
4. Bedevaart (hadj)
5. Vasten (ramadan)

Het geloven in:

1. Allah
2. Zijn engelen
3. Zijn boeken
4. Zijn profeten
5. De laatste dag
6. En het geloven in de voorbeschikking van zowel het goede als het kwade (Qadr)

## Medisch belang

Geloof in Djin: Dit is een levensvorm die naast ons leeft op aarde in een andere dimensie dan deze door ons waarneembaar.

- Standpunt ivm: medische verzorging.
- *Zij vroegen: "Apostel van God, moeten wij gebruik maken van medische behandeling?" Hij antwoordde: "Maak gebruik van medische behandeling, want God heeft geen ziekte gemaakt zonder er ook een behandeling voor in te stellen, met uitzondering van één aandoening, met name ouderdom."» (Sunan Abu-Dawud, boek 28 Nr 3846*
- Gebeurtenissen
- In Frankrijk
- Ook in België:

Dit leidde tot een formele gedragscode voor gynaecologen: Deze code beperkt de vrije artskeuze in dringende omstandigheden of tijdens wachtdiensten. (voor alle patiënten).

- Gemeld door een collega: moslimpatiënte weigert handdruk bij vertrek
- Studie.
- **"Determinants of women's choice of obstetrician/gynecologist", Zuckerman M, Navizedeh N, Feldman J, McCalla S, Minkoff H. (Department of Obstetrics and Gynecology, Maimonides Medical Center, Brooklyn, New York, USA), Journal of Womens Health Gender-Based Medicine. 2002 Mar;11(2):175-80 - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11975865> .**
- Waarom de ophef?
- **Awra:** bescherming van de naaktheid van de persoon.

Zowel mannen als vrouwen

**Man:** tot aan de knie

**Vrouw:** tot aan de enkels

Geldt dit voor de gezondheidszorg?

- Islamitisch standpunt.
- **de basisnoodzakelijkheden (*daruriyyat*)**, nl. godsdienstvrijheid, leven, intellect, nageslacht en bezit;
- **de geriefelijkheden (*hajiyyat*)**: al datgene dat niet vitaal is voor het behouden en verzekeren van de 5 fundamentele noodzakelijkheden, maar dat nodig is om moeilijkheden te vermijden of te verlichten, zoals bijvoorbeeld transportmiddelen;

- **de verfraaiingen (tahseenniyyat)**: betreft zaken die geen moeilijkheden opheffen of verminderen voor het vrijwaren van de 5 fundamentele noodzakelijkheden, maar die het leven gewoon comfortabeler maken. Luxe dus. Een wagen is een gerieflijkheid, airco in de wagen is een verfraaiing.
- Islamitisch standpunt.
- In zijn boek *al-Muwafaqat* stelt Imam Ash-Shatibi dat de vraag naar een arts van hetzelfde **geslacht** als de patiënt slechts tot de derde en laagste categorie van noodwendigheden, nl. **de verfraaiingen (tasheenniyyet)**, behoort
- Islamitisch standpunt
- Zelfs wanneer de hulp niet noodzakelijk is, zal een 'verstandige' [Engels: *rational*] patiënt luidens Sayyed Muhammed Hussein Fadlallah en anderen hulp zoeken bij de meest bekwame arts, ook als deze laatste van het tegengestelde geslacht is (ref: Sayyed Muhammed Hussein Fadlallah, Jurisprudence of Medicine - <http://english.bayynat.org.lb/jurisprudence/medicine.htm>)
- Islamitisch standpunt.
- Sheikh Muhammed Salih Al-Munajjid, Fatwa N°5693, Islam Q & A - <http://www.islam-ga.com/en/ref/5693>.
- Sheikh `Abd al-Rahman al-Jar`i, professor aan de King Khalid University in Abhâ, website Islamtoday.net onder algemene supervisie van Sheikh Salman Al-Oadah - [http://islamtoday.net/english/show\\_detail\\_section.cfm?main\\_cat\\_id=30&q\\_id=747](http://islamtoday.net/english/show_detail_section.cfm?main_cat_id=30&q_id=747)
- Dr Hisham Al-Inani, gynaecoloog en arts verloskunde, docent aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Kairo en IVF Consultant bij het Egyptische IVF-ET Centrum, website IslamOnline.net - <http://www.islamonline.net/livedialogue/english/browse.asp?hGuestID=b8u82o>.
- Islamitisch standpunt
- Schudden van de handen: zowel islamitische etiquette als westerse.

Echter niemand beledigen is een REGEL !

- Islamitisch standpunt.
- Vanwaar het verschil tussen het officieel standpunt en het gedrag van **bepaalde** moslims?:
  - onwetendheid, angst om zondigen
  - maatschappelijk: - gezondheidszorg vaker geassocieerd met seksualiteit (soaps, ...)
    - consumptie maatschappij
  - andere oorzaken (psychisch, IQ, intoxicaties enz...)



## Praktische tips

Waarom:

Voor jezelf het werk vergemakkelijken en veraangemen. (liever een voorzichtig opgebouwd onderzoek dan een discussie van een hele nacht.)

Artsen zijn er omdat er patiënten zijn en niet omgekeerd. (Islamitische gezondheidsethiek).  
M.a.w. patiënt is koning tenzij de koning een tiran wordt.

- Met de hoed in de hand.
- Lichaam deels bedekt houden.
- Empathie, tonen van begrip maar wijzen op noodzaak.
- Agressiviteit lokt agressiviteit!
- Assertiviteit is niet hetzelfde als agressiviteit.
- Opleiding geneeskunde: nooit eerst de hand reiken aan patiënten. (smetvrees...)
- Verbale en non-verbale communicatie. (minderheden ontwikkelen 6<sup>de</sup> zintuig of een aanvaardingsmeter).
- Imam van wacht.
- Veiligheid en politie bij gevaar.

## Conclusie.

- Uitgangspunt: Moslimpatiënt is net als andere patiënten.
- Inter-individueel verschil tussen moslimpatiënten bestaat ook.
- Islamitisch standpunt is duidelijk en rationeel echter niet altijd voor de patiënt. (rol van de geestelijke verzorger, aalmoezenier, imam van wacht)
- Gedragscode geldt voor alle patiënten.
- Contact
- VOEM-vzw
- [mouloudkalaai@gmail.com](mailto:mouloudkalaai@gmail.com)

## Symposium 27 september 2008

### “Hot topics in de deontologie”

#### **Onwettige uitoefening van de geneeskunde**

Dokter Richard Rega

De uitoefening van de geneeskunde wordt geregeld door het K.B. nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen (*B.S.* 14 november 1967, voortaan geciteerd als *W.U.G.*).

#### **GENEESKUNDE EN GENEESKUNST**

*Artikel 1* *W.U.G.* maakt een merkwaardig onderscheid tussen geneeskunst en geneeskunde. Volgens die bepaling omvat de geneeskunst : de geneeskunde, de tandheelkunde inbegrepen, uitgeoefend t.a.v. menselijke wezens, en de artemijbereidkunde, onder hun preventief of experimenteel, curatief, continu en palliatief voorkomen (continu en palliatief voorkomen toegevoegd door art.9 Wet 18 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, *B.S.* 26 oktober 2002; experimenteel toegevoegd door art.34§4 Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, *B.S.* 18 juni 2004).

*Artikel 2 § 1, tweede lid en § 2, derde lid* *W.U.G.* bepalen wat wordt beschouwd als wettige uitoefening van de geneeskunde. Hieruit kan men afleiden dat een handeling behoort tot de uitoefening van de geneeskunde wanneer zij tot doel heeft of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebreken, hetzij het stellen van de diagnose, hetzij het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysieke of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand, hetzij de inenting, hetzij het toezicht op de zwangerschap, op de bevalling of op het postpartum, alsmede elk ingrijpen dat erop betrekking heeft.

#### **VOORWAARDEN TOT WETTIGE UITOEFENING VAN DE GENEESKUNDE**

##### **1. Wettelijk diploma**

De *W.U.G.* eist het bezit van het wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde, tenzij men van deze verplichting wettelijk is vrijgesteld (art. 2 § 1) of tenzij men gelijkgesteld is met de houder van zo'n wettelijk diploma (art. 44<sup>ter</sup> § 1).

Het Decreet van 12 juni 1991 betreffende de universiteiten in de Vlaamse Gemeenschap

(B.S. 4 juli 1991) heeft de academische graad van doctor in de genees-, heel- en verloskunde vervangen door de graad “arts”.

Toezicht op de normale zwangerschap, alsook bevalling en postpartum kan ook uitgeoefend worden door een vroedvrouw.

## 2. Visum

Overeenkomstig artikel 2 § 1 W.U.G. mag niemand de geneeskunde uitoefenen die, naast het vereiste diploma, bovendien de voorwaarden gesteld bij artikel 7 § 1 of § 2 van deze wet niet vervult. Artikel 7 § 1 legt de verplichting op vooraf de titel te laten viseren door de provinciale geneeskundige commissie, bevoegd overeenkomstig de plaats waar men zich wenst te vestigen.

Uitzondering voor de artsen, waar het visum centraal afgeleverd wordt.

## 3. Inschrijving op de lijst van de Orde der geneesheren

# WETTELIJK MONOPOLIE VAN ARTSEN

HET MONOPOLIE HEEFT EEN ALGEMEEN EN UITSLUITEND KARAKTER

1. Niemand mag de geneeskunde uitoefenen die niet aan de daarvoor gestelde voorwaarden beantwoordt (art. 2 § 1, eerste lid). Dat monopolie heeft een tweevoudig kenmerk : met uitsluiting van alle andere, zijn artsen bevoegd de geneeskunde uit te oefenen (exclusief karakter van het monopolie). Het monopolie heeft betrekking op “de” geneeskunde (algemeen karakter van het monopolie)
2. Wat het eerste kenmerk betreft : hierop bestaan twee wettelijke uitzonderingen. Zowel de vroedvrouw (art. 2 § 2 ) als de tandarts (art. 3) zijn bevoegd, ieder op hun beperkt domein, de geneeskunde te beoefenen.
3. Het algemeen karakter van het monopolie houdt in dat iedere arts bevoegd is alle handelingen die tot de geneeskunde kunnen gerekend worden, te beoefenen. van de meest eenvoudige tot de meest gesofistikeerde handeling.

Hoewel de W.U.G. nog steeds uitgaat van de algemeenheid van het artsenmonopolie, komt dit kenmerk in de praktijk steeds meer in het gedrang onder de druk van de erkenning van talrijke medische specialisaties. Voorlopig zijn er voor de geneesheren 41 specialisaties erkend door de academie voor geneeskunde en ieder hebben ze een erkenningscommissie.

Uitoefening van onwettige geneeskunde geeft ons artsen misschien vlug de reflex dat het hier gaat over praktijken en geneeskundige handelingen door personen of organisaties buiten de gezondheidsberoepen.

Maar wat te denken van liposuctie door niet chirurgisch opgeleide artsen?

Wat te denken over het algemeen verspreide en zelfs door apothekers opgeëiste recht van medicamenteuze substitutie en vrije aflevering van herhaalvoorschriften voor chronische patiënten zonder substitutiewet en wat is de inhoud van de farmaceutische diagnose?!

Wat met de aankoop en het gebruik en het vervoer van medicaties in de veeartsenijkunde?

Wat met de vereiste geneeskundige voorschriften voor kinesisten en verpleegkundigen en de uitvoering van de terugbetaalde akten, al weten wij dat volgens de wet op de verpleegkunde de verpleegkundigen een aantal handelingen mogen stellen zonder medisch voorschrift.

Ook juridisch staat de algemeenheid van het artsenmonopolie steeds meer onder druk. Artikel 11, derde lid W.U.G. geeft aan de Koning de bevoegdheid om het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen en therapieën voor te behouden aan bepaalde groepen van artsen, houders van een bijzondere beroepstitel, die al dan niet werkzaam zijn in bepaalde medische diensten, erkend krachtens de Wet op de ziekenhuizen. Denken wij maar aan de recente rel tussen de oncologen en de andere orgaanspecialiteiten om het monopolie van oncologische behandelingen en..de houding van de voogdijminister van volksgezondheid?. Er is druk en wrijving tussen de verschillende beroepsgroepen en subgroepen in de gezondheidszorg – of moeten wij eerder zeggen dat er slijtage is op de WUG ?

## **DE PROVINCIALE GENEESKUNDIGE COMMISSIE.**

### **TAAK**

De Provinciale geneeskundige commissie heeft tot taak, in haar ambtsgebied:

In het algemeen : aan de overheid alle maatregelen voor te stellen die tot doel hebben bij te dragen tot de volksgezondheid

In het bijzonder : onverminderd de bevoegdheid van de personen, belast door of krachtens de wet, met controle- of toezichtopdrachten:

1. erover te waken dat de geneeskunde en de artsenijbereidkunde, de veeartsenijkunde, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, in overeenstemming met de wetten en reglementen worden uitgeoefend;
2. het opsporen en mededelen aan het parket van de gevallen van onwettige uitoefening van de geneeskunde, van de artsenijbereidkunde, van de veeartsenijkunde, de verpleegkunde of van een paramedisch beroep;
3. Toezicht op de fysische en psychische geschiktheid om het beroep uit te oefenen.

Dit is een heel uitgebreide bevoegdheid van de PGC.

## **Samenstelling**

Maar de PGC zelf is juridisch mank in zijn samenstelling doordat ons opeenvolgende ministers nagelaten hebben sinds 1994 om de zes jaar de voordrachten van de leden van de verschillende beroepsgroepen te benoemen.

In 2006 naar aanleiding van zeer ernstige fouten en weerklank hiervan in de pers werden de Voorzitter en de Ondervoorzitter benoemd in iedere provincie maar geen leden.

Van de leden , benoemd in 1994 zijn er ook in Limburg enige overleden of onbeschikbaar.

Vandaag zijn deze benoemingen nog niet gebeurd , weliswaar beloofd voor het najaar als wij een regering hebben.

## **Problematiek onwettige uitoefening geneeskunde**

Wel de PGC ontvangt en onderzoekt de klachten betreffende onwettige uitoefening van geneeskunde. En dat zijn er in Limburg een twintigtal per jaar.

Hieromtrent wordt binnen de wettelijke opdrachten van de PGC een gedocumenteerd dossier opgesteld.

Tot nog toe werd er enkel gereageerd na klachten, maar vanuit het Directoraat- Generaal van de basisgezondheidszorg en crisisbeheer wordt een proactieve opstelling van de PGC gevraagd.

Zo is er een onderzoek bezig naar de werking van de klinieken voor plastische en esthetische chirurgie en vooral naar de kwalificaties van het medisch personeel in deze –vaak- privéklinieken.

Een controle in dezelfde zin over alle botoxinspuiters komt er aan.

Praktijken van onwettige uitoefening van de geneeskunde worden naar het parket doorgezonden voor verder onderzoek en gevolg.

En wat doet het parket hiermede?

Gevallen van onwettige uitoefening overgedragen aan parket: gegevens voor de jaren 2000 tot 2005. De overgrote meerderheid heeft betrekking op onwettig uitoefening van de geneeskunde, gevolgd door artsenijbereidkunde en verpleegkunde:

2000- 2005: totaal van 525 klachten bij parket, 35 geleid tot vervolging, 200-tal geseponeerd, rest in behandeling of minnelijke schikking.

In Limburg werd door het Parket van Tongeren Maaseik geen enkele klacht weerhouden.

Door het Parket van Hasselt één minnelijk schikking getroffen , eenmaal geseponeerd en tweemaal maximaal gestraft één maal met een grote geldboete en één maal met drie maanden effectieve gevangenisstraf.

Sancties zijn bepaald in het KB nr. 78 en variëren van 8dagen tot maximum 6 maanden gevangenisstraf en geldboetes van 26Fr tot 50000 BFr (x200 opcentiemen) (De omzetting in Euro's een vrijblijvende oefening)

*Artikel 38 § 1, eerste lid* W.U.G. stelt strafbaar het gewoonlijk stellen van een handeling of handelingen die behoren tot de geneeskunde hetzij zonder houder te zijn van het vereiste diploma of zonder er wettelijk van vrijgesteld te zijn, hetzij zonder op de lijst van de orde der geneesheren te zijn ingeschreven.

Het is een gewoontemisdrijf m.a.w. het moet meerdere keren voorgevallen zijn. De rechtspraak spreekt van een gewoontemisdrijf indien het tenminste driemaal gebeurd is.

Voor onwettige uitoefening van de verpleegkunde is het ook voldoende dat er een financieel voordeel mee gedaan wordt.

*Artikel 2 § 1, tweede lid en § 2, derde lid* W.U.G. bepalen wat wordt beschouwd als wettige uitoefening van de geneeskunde. Hieruit kan men afleiden dat een handeling behoort tot de onwettige uitoefening van de geneeskunde wanneer een onbevoegde een handeling stelt die tot doel heeft of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebreken, hetzij het stellen van de diagnose, hetzij het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysieke of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand, hetzij de inenting, hetzij het toezicht op de zwangerschap, op de bevalling of op het postpartum, alsmede elk ingrijpen dat erop betrekking heeft.

Volgens artikel 1 van deze wet omvat de geneeskunst de geneeskunde, de tandheelkunde inbegrepen, uitgeoefend ten aanzien van menselijke wezens en de artsenijbereidkunde, onder hun curatief of preventief voorkomen. Daaruit kan men enkel afleiden dat de preventieve geneeskunde behoort tot de geneeskunde.

Wij moeten nochtans vaststellen dat de WUG dateert van 1967 en deze wet heeft toen terdege rekening gehouden met de gangbare geneeskunde en zijn courante uitoefening.

Thans moeten wij toch vaststellen dat veel verbeteringen en nieuwe vormen van geneeskunde nog steeds niet wettelijk geregeld zijn en er nochtans gewaardeerde beroepen zijn die ook de geneeskunde beoefenen maar voorkomen in de wet van 1967 onder de brede noemer van de paramedische beroepen.

De psychologen, de klinische psychologen, de psychotherapeuten in groepstherapieën, in crisisinterventieteams, in de kinderpsychiatrie, de ergotherapeuten, de orthopedagogen enz. ..enz.. zijn goed opgeleide gezondheidswerkers.

Zij hebben haast allen een erkenningscommissie en een beroepskamer maar verdienen een statuut waarbinnen klaarheid geschapen wordt betreffende hun bekwaamheden, hun voorwaarden van beroepsuitoefening en dientengevolge van controle hierop en dit zowel wettelijk als deontologisch.

Hoeveel gediplomeerde niet verpleegkundigen werken in de medisch-technische diensten en voeren geneeskundige taken uit? Hun kennis van de toestellen, testen, technische hulpmiddelen en zoveel anders is niet meer weg te denken in onze moderne geneeskunde. Velen oefenen hun vak rechtstreeks uit op en bij patiënten in de diagnosestelling en in de behandeling. Ook zij horen, toch wel ten onrechte, nu nog bij de onbevoegden volgens de WUG. Zij zouden alleen mogen werken op bevel of onder toezicht van een arts, wat vaak praktisch onmogelijk is en waar

het ook vaak zo is dat de techniek bekwaam is dan de arts in dat bepaalde onderdeel van de geneeskunde.

In dit klein land met een hoogstaande geneeskunde gaan wij naar de 500000 gezondheidswerkers als wij beginnen tellen van de primus inter pares van de dokters tot de hulpverleners ambulanciers en de zorgkundigen in de mantelzorg. Zij hebben bij de Federale Overheidsdienst basisgezondheidszorg en crisisbeheer minstens een erkenning en een registratie na controle van een diploma of certificaat.

Net zoals voor geneesheren, apothekers, dierenartsen, tandartsen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen en verpleegkundigen zal de Provinciale Geneeskundige Commissie de fysische en psychische geschiktheid van al die andere gezondheidsberoepen moeten nagaan en er is zelfs sprake dat de Commissie de deontologische kamer zou worden van de beroepen die geen Orde hebben. Als u dan weet dat de leden van de PGC voor een vergadering nog geen vijf euro ontvangen –weliswaar belastbaar- dan zijn wij de in de geneeskunde zeker de echte altruïsten.

Als de Provinciale Geneeskundige Commissie aan de Minister dient te informeren over gezondheidsproblemen in de Provincie dan kan de vaststelling, dat vele gezondheidsberoepen nog niet door de wet op de uitoefening van de geneeskunde naar waarde en plaats erkend zijn, een eerste opdracht zijn in de hoop dat het nadien een ministerieel agendapunt wordt.

Het is ook meteen duidelijk dat de PGC en wellicht niemand in deze zaal betreffende deze verschillende gezondheidswerkers en binnen de perken van een normale beroepsuitoefening, enig verband ziet met onwettige uitoefening van geneeskunde.

## **UITOEFENING VAN DE NIET-CONVENTIONELE PRAKTIJKEN INZAKE DE GENEESKUNDE**

### **1. Definitie van niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde. Afbakening tegenover de geneeskunde**

*Artikel 2 § 1, 2° Wet 29 april 1999* betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen (B.S. 24 juni 1999) hierna vermeld als Wet niet-conventionele geneeskunde, bepaalt het begrip “niet-conventionele praktijk” als “het gewoonlijk verrichten van handelingen die tot doel hebben de gezondheidstoestand van een menselijk wezen te bevorderen en/of te bewaken, met in achtneming van de in deze wet opgenomen voorschriften en voorwaarden”.

De wet stelt dat zowel de acupunctuur als de homeopathie, de chiropraxie en de osteopathie erkend worden als niet-conventionele geneeswijze.

De wet maakt het wel al mogelijk dat beroepsorganisaties een erkenning kunnen aanvragen als zijnde erkende organisatie voor een bepaalde niet-conventionele geneeswijze. Over de uitoefening zelf zegt deze erkenning evenwel dus niets. Daarvoor zijn verdere uitvoeringsbepalingen nodig. Het blijft dus zo dat beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen, die geen arts zijn, zich niet mogen wagen aan diagnoses, behandelingen, het opsporen van ziekten en dergelijke.

## **Acupunctuur**

Behalve tot de uitoefening van de geneeskunde behoort de acupunctuur ook tot de niet-conventionele praktijken in de geneeskunde (art.2 § 1, 2° Wet 29 april 1999 betreffende den niet-conventionele praktijken in de geneeskunde *B.S.* 24 juni 1999. Deze wet kan evenwel niet worden ingeroepen zolang men niet voldoet aan de in de wet voorziene registratie en nog vast te leggen voorwaarden.

Een kinesitherapeut maakt zich schuldig aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde, wanneer hij vanuit de kennis van de Chinese geneeskunde en de acupunctuur tot een eigen diagnose komt en op die basis een behandeling uitvoert.

## **Chiropraxie. Osteopathie. Manuele therapie. Massage**

Manuele therapie is een oude vorm van orthopedische therapie, in het bijzonder toegepast bij lage rugpijn. De meeste medische specialisten in de orthopedie passen geen manuele therapie meer toe omwille van het empirisme van de methode. Manuele therapie wordt nu uitgeoefend door chiropractici, in de Verenigde Staten en ook hier in toenemende mate osteopaten genoemd. Het Hof van Cassatie oordeelde al in 1952 dat, door na onderzoek en diagnose, zonder aanduidingen of bevelen van een arts, gewoonlijk over te gaan tot massage een chiropracticus onbevoegd handelingen stelt die behoren tot de uitoefening van de geneeskunde.

Allereerst verwijst de PGC naar de verslagen die door de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde werden goedgekeurd op 30 juni 1962 en 20 december 1975.

Het standpunt van de Academiën voor Geneeskunde is duidelijk:

- 1° de chiropraxie als speciale discipline en behandelingsmethode berust op geen enkele wetenschappelijke basis;
- 2° de vertebrale bewerkingen en manipulaties die voor bepaalde klachten en aandoeningen uitgevoerd worden, kunnen schadelijk en soms gevaarlijk zijn in de handen van niet geneesheren, en zijn in dit geval onwettige uitoefening van de geneeskunde, wanneer ze niet uitgevoerd worden door een arts.

In de huidige stand van onze medische kennis is er voor de osteopathie geen enkele objectieve wetenschappelijk grondslag, in overeenstemming met de gegevens van de menselijke pathologische physiologie en therapie van de geneeskundige aandoeningen vastgesteld.

## **Europa**

In de Europese Unie wordt het Europees Parlement dan ook geconfronteerd met een tegenstrijdige toestand, waarin een gezondheidspracticus die in één land officieel erkend wordt, in



een ander land van de Europese Gemeenschap aangeklaagd kan worden voor het onwettig uitoefenen van geneeskunde. Dit is in strijd met het verdrag van Rome.

In 1997 is 'Het Statuut van de niet-conventionele Geneeswijzen' aangenomen. Het Europees Parlement vraagt zodoende aan de Commissie zich te engageren voor de verdere ontwikkeling van de erkenning van de niet-conventionele geneeswijzen. Dat werd gestemd maar er staat ook in dat erkenning pas komt als de werking bewezen zal zijn.

Hiervoor sticht de Europese Commissie COST B4 (European Cooperation in the field of Science and Technology), om het wetenschappelijk werk omtrent de niet-conventionele geneeswijzen te verzamelen. Het eindrapport van COST B4 zegt dat er onvoldoende bewijs van werking is, maar ook dat het mogelijk is om de al dan niet werking van alternatieve geneeswijzen te testen met wetenschappelijke methodes. Dat sprak de beweringen tegen dat "conventionele wetenschap" voor alternatieve geneeswijzen niet toepasbaar is. Op 17 juni 1998 keurt het Europees Parlement een amendement goed dat de gemeenschappelijke houding bepaalt ten opzichte van het vijfde kader-programma om het onderzoek naar de doeltreffendheid van de niet-conventionele Geneeswijzen te evalueren. Het aangenomen voorstel tot wetwijziging neemt het artikel 2 van de resolutie over het statuut van de niet-conventionele Geneeswijzen, dat gestemd werd door het Europees Parlement op 29 mei 1997 (A4-0075/97), integraal over. Te weten: "De evaluatie van de doeltreffendheid, van de veiligheid en het toepassingsgebied van de niet-conventionele therapieën, rekening houdend met hun preventieve rol en de mogelijkheden van een individuele en holistische benadering van de gezondheid."

Professor Edzard Ernst, eerste en tot nog toe enige hoogleraar alternatieve geneeswijzen kreeg aan de universiteit van Exeter de opdracht om met wetenschappelijke methodes het nut van deze therapieën te onderzoeken. De professor zelf is uitgegroeid tot de grootste gesel van zijn eigen leervak.

Hij verklaart dit alles als waardeloos, misleidend, duur, gevaarlijk, suggestief, leugenachtig en gewoon gevaarlijk is en strafbaar wanneer het gebeurt in de plaats van een mogelijke effectieve medische therapie.

Hierin zou de Provinciale Geneeskundige Commissie moeten optreden, maar zij beperkt zich tot klachten.

En het moet gezegd zijn veel klachten komen er niet. Zij die niet geholpen zijn in deze praktijken, zoeken elders maar doorgaans nog verder verwijderd van de klassieke geneeskunde hun heil, en enkel als er een groot onheil gebeurt, formuleren de slachtoffers klachten bij de PGC.

De laatste of moet ik zeggen de laagste groep van onwettige uitoefening van de geneeskunde zijn de pendelaars, de iriskijkers, de handopleggers, de therapeuten die de kosmos, een god of een heilige, de mediums, de kruiden, de stralingen, de lasers, het magnetisme en nog zoveel meer beweren te beheersen en daarna te gebruiken als therapie.

De dikke van Daele noemt een kwakzalver iemand die nutteloze middelen toepast ter genezing van een of andere kwaal. Wij geneesheren noemen dat een placebo en dit wordt wel eens therapeutisch gebruikt in ons beroep bij de overtuiging dat een therapie overbodig is. Alleen verschilt hier de prijs vaak en vooral het herhaald opzet, en de feitelijke uitbuiting van goedgegelovige of hopeloze mensen.

Vooraleer te besluiten met toe te lichten welke de houding is van de Provinciale Geneeskundige Commissie tegenover allerlei vormen van kwakzalverij ga ik terug tot de parlementaire vraag, betreffende kwakzalvers en alternatieve geneesheren, van Kamerlid Guido De Padt die aan Minister Laurette Onkelinx, Minister van volksgezondheid en voogdijminister van de PGC. Hij vroeg op 08/08/2008 of ze

enig zicht heeft op het aantal “kwakzalvers” dat in België is gevestigd. “Er bestaan geen statistieken over illegale geneeskundige praktijken”, antwoordt Onkelinx.

“Het is voor mijn administratie onmogelijk om alle zagezegde genezers op te sporen”, stelt Onkelinx in een schriftelijk antwoord.

Het besluit van het kamerlid is dan ook juist en ik citeer:” iedereen in België dus vrij is om zich homeopaat, chiropractor of wat dan ook te noemen”. “Het komt enkel tot een proces als er zware slachtoffers vallen die bereid zijn om een klacht in te dienen”, stelt het Kamerlid. “Zolang kwakzalverij in de wettelijke grijze zone blijft, zal het aantal cowboys dat het erop waagt snel geld te verdienen in de medische sector nog toenemen.”

## **EN WAT DOET DE PGC?**

Wel als wij een klacht krijgen dan wordt met alle wettelijke middelen en nauwgezet een dossier opgesteld , maximaal gedocumenteerd en doorgestuurd naar het Parket of de Orde.

En dan weten wij het ook niet meer!

Ik heb u de aantallen voor België en Limburg gegeven waaruit blijkt dat onwettige uitoefening van de geneeskunde niet frequent als klacht geformuleerd wordt en ook zeker geen prioriteit is binnen onze Parketten.

## **BESLUIT**

En ik wil deze korte voordracht besluiten als Voorzitter van de Provinciale Geneeskundige Commissie maar ook als geneesheer en als oud voorzitter van deze Provinciale Raad van de Orde met een paar bedenkingen:

Geloof en bijgeloof zijn nog steeds maatschappelijk – ook in onze moderne seculiere maatschappij - zo ingebed dat een echte proactieve actie vanwege de PGC tegen lustig doende kwakzalvers al vlug op een heksenjacht zou lijken. Klachten van geneesheren of patiënten krijgen wij eigenlijk weinig.

De wetten – ook de WUG van 1967- regelen enkel wat riskeert mis te lopen op één bepaald moment. Deze wetten worden zelden of nooit geactualiseerd of aangevuld nadien. De wetten krijgen heel vaak geen uitvoeringsbesluiten en blijven zodoende dode letter zodat zij in de praktijk niet bruikbaar zijn en dientengevolge is de wettelijke controle door de PGC ook een utopie.

Zo is er een goede wet voor de opvolging van toxicomanie en methadonesubstitutie van 6 oktober 2006, maar alles blijft geblokkeerd doordat de uitvoeringsbesluiten uitblijven.

Op vele plaatsen , ook in onze provincie, is drugsmisbruik een maatschappelijke gesel en zeker waar geneesheren dergelijke voorschriften maken is een streng toezicht noodzakelijk maar optreden hiertegen is een erg moeilijk tot onmogelijk.

Wij artsen met een curriculum en een geneeskundige praktijk vol verplichtingen, evaluaties, examens, erkenningen, worden geëvalueerd en gecontroleerd door allerhande instanties haast tot in ons bed. Zij die van geneeskunde niets kennen, maar ze wel letterlijk als dusdanig in eigen voordeel gebruiken en misbruiken, mogen van alles doen en beweren en zijn bovendien haast straffeloos.

Als Voorzitter van de Provinciale Geneeskundige Commissie en verantwoordelijk voor het toezicht op de wettelijke geneeskunde in Limburg stellen wij voor onze Commissie meer beperkingen dan mogelijkheden vast en dat geeft geen goed gevoel.

Mijn moeder zou mij vroeger in een dergelijke situatie aangeraden hebben het geloof in de toekomst te bewaren of anders eens naar het Paterke van Hasselt te gaan.

## Symposium 27 september 2008

### “Hot topics in de deontologie”

#### **Bewindvoerder – vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger van de patiënt**

Mr. Filip Dewallens

#### Minderjarige patiënten

##### **Bevoegdheid van de ouders of voogd** (art.12 §1 WPR)

- Treden in alle rechten van de minderjarige
- Behalve inzagerecht tegen belang minderjarige
- Behalve (niet) behandeling bij levensbedreiging of ernstige aantasting leven minderjarige
- Behalve als behandeling niet overeenstemt met de behoefte van de minderjarige
- Behalve als de gevraagde informatie onderzoek veronderstelt zonder medische indicatie

##### **“Mature” minderjarige** (art.12 §2 WPR)

- Moet betrokken worden bij de uitoefening patiëntenrechten
- Maturiteit is in functie persoonlijkheid kind, aard ingreep, familiale context, en uit te oefenen recht

Vb: Informatie aan ouders en kind

- Recht i.m. niet te weten enkel t.o.v. kind, niet ouders
- Therapeutische exceptie t.o.v. kind, niet ouders
- Inzagerecht t.o.v. kind, niet ouders

##### **“Mondige” minderjarige** (art.12 §2, tweede zin WPR)

- Patiëntenrechten worden zelfstandig uitgeoefend
- 15 à 16 jaar en voldoende inzicht (ook in de kostprijs)
- Aard en risico van de ingreep
- Omwille van financiële gevolgen: gezamenlijk met ouders
- Zwijgplicht t.o.v. ouders of weigeren ingreep

## Meerderjarige wilsonbekwame patiënten (art.13 §1 WPR)

- a) Met een beschermingsstatuut
  - verlengd minderjarige of onbekwaamverkleerde moet betrokken worden zoals 'mature' minderjarige
  - nooit zelfstandige uitoefening / steeds ouder of voogd
- b) Zonder beschermingsstatuut
  - comateuze patiënten, hersenletsels na ongeval, dementie
  - = niet in staat zijn patiëntenrechten zelf uit te oefenen
  - deze patiënten worden zoveel als mogelijk betrokken

### vertegenwoordiger bij cascade

1. de patiënt benoemt zelf een vertegenwoordiger
  - gedagtekend en ondertekend geschreven mandaat
  - steeds herroepbaar (op dezelfde wijze)
  - geen registratie, en op de arts rust geen 'zoekplicht'
2. samenwonende echtgenoot of partner
3. meerderjarig kind, ouder, meerderjarige broer of zus,
  - rangorde is dringend
  - bij samenloop zoeken van consensus

## De arts als belangenbehartiger van de wilsonbekwame patiënt

### *Er is één vertegenwoordiger*

Arts kan met het oog op privacy inzage/afschrift weigeren

- Inzage/afschrift door aangewezen arts
- Niet persoonlijke notities
- Schriftelijke motivering in het dossier

'Overrulen' vertegenwoordiger bij bedreiging leven van de patiënt of ernstige aantasting van de gezondheid

- enkel bij niet benoemde vertegenwoordigers
- benoemde vertegenwoordigers mogen tegenbewijs leveren wil van de patiënt

### *Er is geen vertegenwoordiger*

de arts behartigt de belangen van de patiënt - de 'nauwst betrokken' arts