



Inleiding tot de medische deontologie

2017 - 2018

Geachte toekomstige collega's,

De overgang van het theoretische onderwijs naar meer praktijkgericht leren maakt dat u in contact komt met patiënten. Een witte jas symboliseert deze fase van integratie in het artsencorps.

Om u bij deze overgang te begeleiden heeft de Orde der artsen in samenspraak met de decanen van de faculteiten geneeskunde een brochure opgesteld als inleiding op de belangrijkste deontologische principes: het beroepsgeheim, de toegang tot de medische gegevens van de patiënt en de eerbiediging van de rechten van de patiënt.

Later in de opleiding zal u meer diepgang verwerven door het bestuderen van deontologische vraagstukken die u tegenkomt in de praktijk. De nationale raad werkt bovendien aan een cursus deontologie en aan een nieuwe code van geneeskundige plichtenleer die later uitgebracht zullen worden.

Daarnaast kunt u ook kennismaken met het platform *Arts in nood*, waar u terecht kunt in geval van psychische problemen.

De Orde der artsen wenst u veel succes bij uw verdere studies en geeft u uit ervaring mee dat de zwaarte van de studie en de te leveren inspanningen al lang vergeten zijn eens men dit beroep van arts zelf kan uitoefenen in het belang van de patiënten en van de maatschappij.

Met hartelijke groet,

Prof. dr. Michel Deneyer

Prof. dr. Jean-Jacques Rombouts

Ondervoorzitters van de nationale raad

Inhoudstafel

1. Deontologie in een notendop

2. Inleiding tot het medisch geheim

- A. De inhoud van het medisch geheim
- B. De wet verplicht soms te spreken
- C. De wet laat soms toe te spreken
- D. Relaties tussen artsen

3. Toegang tot medische gegevens

- A. Verwerking van medische gegevens
 - 1. Algemeen
 - 2. Rechten van de betrokkene
- B. Wetenschappelijk onderzoek met gezondheidsgegevens
 - 1. Verzamelen van gezondheidsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek
 - 2. Gebruik van reeds verzamelde gezondheidsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek

4. Inleiding op de patiëntenrechten

- A. Informeren van de patiënt
- B. De toestemming van de patiënt
- C. Aanwezigheid van de stagiair bij de consultatie

5. Arts in nood

- A. Missie
- B. Kennis en preventie
- C. Hulpaanbod
- D. Neem contact

I. Deontologie in een notendop

Het woord deontologie, ook plichtsethiek genoemd, stamt af van het Griekse *deon* (plicht) en *logos* (rede/wetenschap).

Medische deontologie of geneeskundige plichtenleer is het geheel van de beginselen, gedragsregels en gebruiken die de arts moet eerbiedigen en als leidraad nemen bij de uitoefening van zijn beroep.

De medische deontologie dwingt de arts kritisch na te denken bij de invulling van de verwachtingen van de patiënt en de maatschappij.



Die verwachtingen kunnen tegenstrijdig zijn. De deontologie en de ethiek reiken de arts handvaten aan om een correcte medische beslissing te nemen in samenspraak met de patiënt en zo nodig na multidisciplinair overleg. In een snel evoluerende wereld moeten artsen reflecteren en overleggen met alle geledingen van de maatschappij over de precieze inhoud van de medische deontologie.

De deontologische regels worden gebundeld in de code van medische plichtenleer. De oorspronkelijke versie van 1975 is aan herziening toe. De nationale raad werkt aan een nieuwe uitgave die gebaseerd is op volgende pijlers: respect, integriteit, verantwoordelijkheid, en professionaliteit. Niet toevallig een verderzetting van de Canmedsrollen waaraan jullie moeten voldoen als student-arts.

De code is artikelsgewijs opgebouwd en toegelicht in een compendium. Belangrijke thema's worden in adviezen van de nationale raad meer praktijkgericht uitgewerkt.

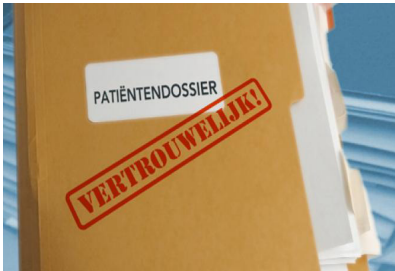
Met allerlei initiatieven (website, nieuwsbrief, symposia, betrokkenheid bij het opstellen van de cursus deontologie,...) wil de Orde der artsen de materie bekendmaken bij de student-arts en hem zodoende een natuurlijke "deontologische" reflex aanleren

Meer info? www.ordomedic.be

2. Inleiding tot het medisch geheim

Het medisch geheim is noch een heilige koe, noch een vodge papier, maar het is wel de kern van de relatie arts (zorgteam)-patiënt, en -maatschappij.

Het medisch geheim is eerst en vooral een kwestie van vertrouwen: het beschermt niet alleen de patiënt voor indiscreties van het artsencorps, maar elke potentiële zorgvrager.



Het beoogt ook de bescherming van het fundamentele privacyrecht van de persoon die, soms in zijn diepste intimiteit, de arts in vertrouwen neemt.

Het medisch geheim is nochtans **niet absoluut**: verscheidene wetten verplichten of verbieden soms te spreken. Bovendien geeft onder meer de patiëntenrechtenwet de arts soms de mogelijkheid rekening te houden met de wil van de patiënt.

Daarnaast kan het medisch geheim in conflict komen met andere waarden waaraan de maatschappij eveneens belang hecht. Er bestaat geen strikte hiërarchie tussen de waarden die de grondslag vormen van het medisch geheim en die andere waarden. In de praktijk dienen ze tegen elkaar afgewogen te worden afhankelijk van de omstandigheden en volgens een evenredigheidsbeginsel. Dit geldt onder meer voor de waarden in verband met de veiligheid, de volksgezondheid, de integriteit van minderjarigen en kwetsbare personen, de bescherming van het recht van verdediging en een goede rechtsbedeling. Soms hakt de wet de knoop zelf door, wat het probleem vereenvoudigt, maar dit is niet altijd het geval. De onzekerheid die dan weegt op de oplossing van het geschil leidt ertoe dat een keuze gemaakt dient te worden tussen tegengestelde eisen. In dit verband is het verstandig raad in te winnen en de voorkeur te geven aan overleg met collega's alvorens een beslissing te nemen.

A. Inhoud van het medisch geheim

Door de schending van het medisch geheim te bestraffen, beoogt artikel 458 van het Strafwetboek niet alleen de toevertrouwde geheimen van de patiënt, maar alle inlichtingen die ter kennis gebracht worden van de arts tijdens of bij gelegenheid van de uitoefening van zijn beroep.

Zoals de code van geneeskundige plichtenleer aangeeft, gaat het over “*alles wat de arts heeft gezien, gehoord, vernomen, vastgesteld, ontdekt of opgevangen*”.

Daarmee worden inlichtingen bedoeld die niet strikt medisch zijn, maar verband houden met de gezondheid van de patiënt: financiële, psychologische, familiale of sociale inlichtingen, op voorwaarde dat deze informatie ter kennis komt van de arts in deze hoedanigheid en in het kader van de uitoefening van zijn beroep.

De rechtspraak neemt aan dat het medisch geheim ook geldt voor strafbare feiten die de patiënt zou gepleegd hebben. Voor feiten waarvan de patiënt het slachtoffer is, is de rechtspraak soepeler.

Alvorens initiatief te nemen is het altijd aangewezen dit eerst met de patiënt te overleggen en eventueel het advies in te winnen van collega's.

Een arts kan zich niet beroepen op het medisch geheim wanneer hij zelf het voorwerp is van een gerechtelijke vervolging. Het medisch geheim kan immers geen dekmantel zijn voor zijn eventuele fouten. Dit zou neerkomen op misbruik van de wettelijke bescherming.

B. De wet verplicht soms te spreken

Dit is bijvoorbeeld onder meer het geval voor de wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering, arbeidsongevallen, verzekeringen, vergoeding door het fonds voor medische ongevallen, of besmettelijke ziektes.

Soms geldt het beroepsgeheim niet. Dit is met name het geval bij de **noodtoestand**. Hieronder wordt de toestand verstaan waarin een persoon zich bevindt die, ten overstaan van ernstig en dreigend gevaar, redelijkerwijze kan oordelen dat het onthullen van vertrouwelijke informatie de enige mogelijkheid is om een belangrijkere waarde te beschermen die hij moet of mag beschermen vóór alle andere (bijvoorbeeld: het geval van een objectief gevaarlijke patiënt van wie de arts kan vrezen dat hij de integriteit van anderen zal schenden).

C. De wet laat soms toe te spreken

In bepaalde situaties kan de arts spreken zonder vervolging voor schending van het beroepsgeheim te moeten vrezen. Dit geldt in de eerste plaats wanneer hij opgeroepen wordt **om getuigenis in rechte af te leggen** wanneer hij gehoord wordt door een onderzoeksrechter of op zijn verzoek.

De arts is evenwel niet verplicht te antwoorden op alle vragen; hij dient zelf in geweten te oordelen wat gezegd moet worden (hij mag ook niet liegen) wetende dat, net als voor iedere burger, zijn medewerking aan de rechtsbedeling een belangrijke zaak is.

Artikel 458*bis* van het Strafwetboek laat de arts eveneens toe aan de procureur des Konings melding te maken van misbruik en mishandeling, voornamelijk van seksuele aard, die hij vastgesteld heeft bij de uitoefening van zijn beroep in het nadeel van een **kwetsbare persoon** (bijvoorbeeld kinderen, zwangeren, gehandicapten), indien de arts de minderjarige of kwetsbare persoon niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.

Artikel 458*ter* van hetzelfde wetboek geeft daarboven toelating om te spreken in het kader van vertrouwelijk overleg met de diensten van het parket, op verzoek van de procureur des Konings, om de fysieke of psychische integriteit van een persoon of derden te beschermen of om de openbare veiligheid te vrijwaren (bijvoorbeeld: bij vermoeden van radicalisering).

D. Relaties tussen artsen

Tot slot wijzen wij erop dat het toegelaten is gegevens betreffende een patiënt mee te delen aan collega's. Iedere arts dient, op verzoek of met toestemming van de patiënt, aan een andere door de patiënt aangewezen arts alle nuttige en noodzakelijke medische of farmaceutische inlichtingen betreffende de patiënt mee te delen om de diagnose of de behandeling voort te zetten of te vervolledigen. De arts schendt het beroepsgeheim dus niet wanneer hij aan een collega informatie meedeelt op verzoek of met toestemming van de patiënt.

3. Toegang tot medische gegevens

A. Verwerking van medische gegevens¹

I. Algemeen

Medische gegevens of gezondheidsgegevens zijn alle gegevens met betrekking tot een patiënt en waaruit informatie kan worden afgeleid over de vroegere, huidige of toekomstige fysieke of psychische gezondheidstoestand of op basis waarvan de patiënt kan worden geïdentificeerd. Louter administratieve of boekhoudkundige gegevens betreffende de geneeskundige behandelingen of verzorging, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisfactuur, zijn geen gezondheidsgegevens (art. 3, 9^o eHealthwet²).

Wanneer artsen medische gegevens op welke manier ook gebruiken, wordt dit beschouwd als een “verwerking” van gezondheidsgegevens. Het principe is dat de verwerking van gezondheidsgegevens verboden is (art. 7, §1 Privacywet³).



Op dit principe bestaan een aantal uitzonderingen, waarvan, naast de toestemming van de patiënt als rechtvaardigingsgrond, er één zeer relevant is binnen de gezondheidszorg: het verbod is niet van toepassing wanneer de verwerking noodzakelijk is voor doeleinden van preventieve geneeskunde of medische diagnose, het verstrekken van zorg of behandelingen aan de betrokkene of een verwant, of het beheer van de gezondheidsdiensten handelend in het belang van de betrokkene (art. 7, §2, j, Privacywet). Kort gezegd is de verwerking niet verboden wanneer de gezondheidszorg wordt verstrekt ‘aan de betrokkene of een verwant’. Daarnaast is de verwerking niet verboden voor het beheer van gezondheidsdiensten handelend in het belang van de betrokkene. Wanneer een arts een dergelijke verwerking van gezondheidsgegevens doet, is de toestemming van de patiënt niet vereist. De arts dient evenwel de patiënt vooraf te informeren dat zijn gezondheidsgegevens verwerkt zullen worden (art. 9 Privacywet).

1. H. Nys, Recht en bio-ethiek 2014, Bescherming van het beroepsgeheim en het privéleven, 233-240.

2. Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, BS 18 maart 1993

3. Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, BS 18 maart 1993.

Bovendien moet de verwerking steeds gebeuren onder toezicht en verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg (art. 7, §2, j, en §4, Privacywet).

De afgelopen jaren werd bovendien, in het kader van het geïntegreerd patiëntendossier waarmee ziekenhuizen en zorginstellingen werken, de figuur van de “therapeutische relatie” ontwikkeld. Deze relatie is gebaseerd op de toestemming die de patiënt geeft voor het elektronisch en beveiligd delen van zijn gezondheidsgegevens tussen de personen die de patiënt behandelen. Het delen van deze gegevens vindt uitsluitend plaats in het kader van de continuïteit en de kwaliteit van de geneeskundige zorg. Hierbij wordt de reglementering tot bescherming van het privéleven van de patiënt nageleefd. De patiënt kan op elk moment beslissen om deze gegevens te delen of niet. Het bestaan van een therapeutische relatie tussen de arts en de patiënt rechtvaardigt m.a.w. dat de arts toegang heeft tot de gezondheidsgegevens van deze laatste. Voor meer informatie zie: <https://www.ehealth.fgov.be/nl/burgers/on-line-diensten/patientconsent>.

Het is belangrijk te onderstrepen dat aangezien het hier om een uitzondering op het algemeen verbod tot verwerking van persoonsgegevens gaat, deze uitzondering beperkend moet worden geïnterpreteerd. Dit betekent dat een arts bij de verwerking van gezondheidsgegevens steeds het finaliteits- en het proportionaliteitsprincipe moet respecteren. Er moet een doel zijn voor de verwerking, zoals bijvoorbeeld een behandeling, en enkel de noodzakelijke en relevante gegevens kunnen worden verwerkt. Deze uitzondering geeft bijgevolg de arts geen vrijgeleide om zomaar gezondheidsgegevens te gaan inkijken, bijvoorbeeld uit nieuwsgierigheid.

Het onrechtmatig verwerken van persoonsgegevens is strafbaar met een geldboete van 100 euro tot 100000 euro en er kunnen nog andere maatregelen opgelegd worden (art. 39 Privacywet). Bovendien kan een schending aanleiding geven tot een tuchtrechtelijke vervolging voor de Orde der artsen.

2. Rechten van de betrokkene

De persoon van wie gezondheidsgegevens verwerkt worden, heeft een aantal rechten m.b.t. deze verwerking.

1. Hij heeft het recht om kennis te nemen van verwerkte gegevens betreffende zijn gezondheid (art. 10 Privacywet). Wat betreft de gezondheidsgegevens die een arts bijhoudt in een patiëntendossier, heeft de patiënt ook het recht op inzage en afschrift.

De betrokkene heeft ook het recht te weten welke gezondheidsgegevens werden ingekeken, door wie en met welk doel. Het gebeurt steeds vaker dat patiënten de zogenaamde logins van

bijvoorbeeld: een ziekenhuisdossier opvragen. Zij hebben hiertoe het recht voor zover er een “redelijke termijn” verloopt tussen twee verzoeken tot informatie.

2. Hij heeft het recht om alle onjuiste gezondheidsgegevens die op hem betrekking hebben kosteloos te doen verbeteren (art. 12, §1, lid 1 Privacywet).
3. Hij heeft het recht om gezondheidsgegevens kosteloos te laten verwijderen die, gelet op het doel van de verwerking, onvolledig zijn of niet ter zake dienend of waarvan de bewaring verboden is of die na verloop van de toegestane duur zijn bewaard (art. 12, §1, lid 4 Privacywet). De relevantie van dit recht voor gezondheidsgegevens die in het patiëntendossier worden bewaard is evenwel gering. Voor gezondheidsgegevens in een patiëntendossier is immers enkel een minimale bewaartermijn voorgeschreven, geen maximale bewaartermijn.

B. Wetenschappelijk onderzoek met gezondheidsgegevens

I. Verzamelen van gezondheidsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek

Wanneer men bij patiënten in het kader van een wetenschappelijk onderzoek specifiek gezondheidsgegevens gaat verzamelen kan dit enkel met de geïnformeerde toestemming van de patiënt (art. 7, §2, a) Privacywet). Dergelijk wetenschappelijk onderzoek wordt beschouwd als een niet-interventioneel prospectief onderzoek, waarop de Experimentenwet van toepassing is (art. 3, §3 Experimentenwet⁴). Voor een dergelijk onderzoek is het voldoende dat de betrokken ziekenhuizen en de beoefenaars op algemene wijze aan de mogelijke deelnemers bekendmaken dat hun gegevens kunnen worden aangewend voor een wetenschappelijk onderzoek. De deelnemers kunnen hun weigering tot deelname bekendmaken aan de betrokken beoefenaar of aan de hoofdgeneesheer van het betrokken ziekenhuis. Het ethisch comité dat bevoegd is voor het uitbrengen van het enige advies, brengt dit advies uit binnen een termijn van twintig dagen. Een gunstig advies van een gedeeltelijk erkend ethisch comité is voldoende wanneer een dergelijk wetenschappelijk onderzoek met gezondheidsgegevens wordt uitgevoerd in het kader van de werkzaamheden die vereist zijn voor het verwerven van de graad van bachelor (art. 10, lid 2, 1^o Experimentenwet).

4. Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, BS 18 mei 2004.

2. Gebruik van reeds verzamelde gezondheidsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek

Wanneer men gezondheidsgegevens die in het kader van het verstrekken van gezondheidszorg werden verzameld, vervolgens gaat gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek, betreft het een niet-interventioneel retrospectief onderzoek (art. 3, §2 Experimentenwet). Hierop is in principe niet de Experimentenwet van toepassing, maar enkel de Privacywet.

Het verbod om gezondheidsgegevens te verwerken is immers ook niet van toepassing wanneer de latere verwerking noodzakelijk is voor het wetenschappelijk onderzoek en dit onder bepaalde voorwaarden gebeurt.

Deze voorwaarden zijn de weergave van een getrapte regeling.

1. In principe kan wetenschappelijk onderzoek met gezondheidsgegevens die aanvankelijk voor andere doeleinden werden verzameld slechts gebeuren als deze gegevens anoniem werden gemaakt (dit zijn gegevens die niet met een geïdentificeerde of identificeerbare persoon in verband kunnen worden gebracht en dus geen persoonsgegevens meer zijn). Het is echter niet altijd mogelijk het onderzoek uit te voeren met anonieme gegevens.
2. Als dat het geval is, mag het onderzoek gebeuren met gecodeerde gezondheidsgegevens (dit zijn gezondheidsgegevens die slechts door middel van een code in verband kunnen worden gebracht met een geïdentificeerde of identificeerbare persoon). De codering moet plaatsvinden voordat de gegevens aan de onderzoeker worden meegedeeld. Bovendien moeten de betrokken personen voor de codering geïnformeerd worden over hun recht tot weigering. Deze verplichting moet echter niet worden nageleefd indien dat onmogelijk is of onevenredig veel moeite zou kosten. De commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer moet van de reden van codering worden ingelicht en beschikt over een termijn van 45 dagen om een aanbeveling te doen.
3. Als er redenen zijn waarom het onmogelijk is gecodeerde gezondheidsgegevens te gebruiken, kan gebruik gemaakt worden van niet-gecodeerde gezondheidsgegevens. Eerst moet de verantwoordelijke voor het onderzoek de betrokken personen wijzen op de verplichting om voorafgaand hun toestemming te geven voor de verwerking. Ook hier geldt dat, als het verkrijgen van de toestemming onmogelijk blijkt of onevenredig veel moeite zou kosten, deze verplichting vervalt. De commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer moet worden ingelicht over de reden en beschikt over een termijn van 45 dagen om een aanbeveling te doen. Omdat het hier opnieuw gaat om een persoonsgegeven, wordt dit onderzoek toch beschouwd als een interventioneel prospectief onderzoek waarop de bovengeschetste regels van de Experimentenwet van toepassing zijn.

4. Inleiding op de patiëntenrechten

A. Informeren van de patiënt⁵

1. De patiënt dient geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan⁶.

Hoe beter hij ingelicht is, hoe groter zijn bereidheid en zijn motivatie zorg te dragen voor zijn gezondheid en zich te verzorgen.

De patiënt heeft het recht zich te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Hij mag dit informatierecht ook uitoefenen via die vertrouwenspersoon.

Op dit informatierecht zijn er twee uitzonderingen: de uitdrukkelijke weigering van de patiënt en de therapeutische uitzondering.

In deze twee uitzonderlijke situaties moet de arts wel overleggen met een collega over het hoger belang van de patiënt. Hij moet dit vermelden in het patiëntendossier en de eventuele vertrouwenspersoon inlichten.

Bij de therapeutische uitzondering deelt de arts de informatie mee aan de patiënt wanneer er geen risico meer is op ernstige aantasting van de gezondheid.

2. De patiënt moet toestemming geven voor de zorg die de arts voorstelt. Voorafgaande informatie daarover is wel verplicht⁷.

5. Zie het advies van de nationale raad van 6 mei 2017, Informeren van de patiënt over zijn gezondheidstoestand en de verstrekte zorg, TNR nr. 157, te vinden op de site: www.ordomedic.be.

6. Artikel 7 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

7. Artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

Deze informatie moet zo zijn dat de patiënt de voorgestelde behandeling begrijpt, zodat hij die met kennis van zaken kan aanvaarden, weigeren of een andere oplossing kan kiezen. Dat houdt in dat de arts informatie verstrekt over de aspecten die de toestemming van de patiënt kunnen beïnvloeden zoals doel, aard, urgentiegraad, duur, frequentie, contra-indicaties, bijwerkingen, relevante risico's, nazorg, mogelijke alternatieven, kostprijs, mogelijke gevolgen in geval van weigering, enz.

De informatie moet objectief, eerlijk en genuanceerd zijn. Ze kan mondeling of schriftelijk zijn.

Op dit informatierecht is er slechts één uitzondering: de uitdrukkelijke weigering van de patiënt. De therapeutische exceptie kan hier niet ingeroepen worden.

3. Wanneer verscheidene artsen of een multidisciplinair team een patiënt behandelen, moeten de zorgcoördinatie en het overleg tussen de beroepsbeoefenaars ook betrekking hebben op de informatie aan de patiënt. Dit niet alleen voor de coherentie, maar ook om duidelijk te bepalen wie de informatie geeft.

Gegevens hierover moeten terug te vinden zijn in het patiëntendossier.

4. De informatieplicht bestaat gedurende de hele behandelingsperiode. Ze geschiedt op basis van de evolutie van de medische situatie van de patiënt.

Informatie waarvoor toestemming is vereist, moet vooraf en tijdig gegeven worden. Ze moet de patiënt toelaten de informatie te verwerken en hem de nodige reflectieperiode geven. De ernst van de aandoening, de risico's inherent aan de voorgestelde handeling of de noodsituatie zijn beslissende criteria voor de bepaling van de termijn tussen de informatie en de verwachte beslissing. De patiënt moet eventueel tijd hebben om andere informatiebronnen te raadplegen of zelfs een tweede advies te vragen.

De arts moet rekening houden met de draagkracht van de patiënt en met zijn mogelijkheden de informatie te begrijpen en te assimileren en met zijn eventuele stress. Het kan soms beter zijn de informatie geleidelijk te geven, in fasen, en ze later te herhalen.

Onder emotie kan een patiënt wetenschappelijke informatie niet altijd vatten. Dan moet hij in de eerst plaats geholpen worden om zijn emotie de baas te worden alvorens de technische en wetenschappelijke aspecten uiteen te zetten.

B. Toestemming van de patiënt⁸.

De autonomie van de patiënt houdt in dat hij kan kiezen: de voorgestelde zorg en onderzoeken aanvaarden of weigeren.

De patiënt moet vrij zijn toestemming geven. Dit wil zeggen dat hij niet mag gedwongen worden. Hij moet ook vooraf goed geïnformeerd worden. Dit wil zeggen voorafgegaan door informatie⁹. De toestemming moet ook uitdrukkelijk zijn (behalve wanneer de arts uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze zijn toestemming kan afleiden).

De toestemming is vereist voor elke ingreep: gebruikelijk klinisch onderzoek, bijkomende niet-invasieve of niet-pijnlijke onderzoeken, chirurgie, toezicht op de behandeling en de gevolgen ervan, deelname door de patiënt aan de opleiding van studenten of aan de permanente opleiding van artsen, enz..

De toestemmingvereiste houdt in dat de arts kan geconfronteerd worden met een eventuele weigering. De arts moet die weigering respecteren.

Het is belangrijk dat de arts zich vergewist wat de reden van de weigering is. Hij moet nagaan of die weigering niet gebaseerd is op onbegrip, of vrees, of op weerlegbare redenen.

Weigering of intrekking van de toestemming is niet het einde van het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking.

Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is (van rechtswege of feitelijk), is de toestemming van zijn vertegenwoordiger vereist¹⁰. De wilsonbekwame zelf moet wel binnen zijn begripsvermogen betrokken worden bij de beslissing.

8. Artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

9. Zie punt 1.

10. Artikels 12 tot 15 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

C. Aanwezigheid van de stagiair bij de consultatie

In principe is een medisch consult een vertrouwensdialoog tussen patiënt en arts.

De aanwezigheid van derden kan echter wegens bijzondere redenen noodzakelijk of wenselijk zijn: de ouders van een minderjarige, de vertrouwenspersoon van een patiënt, een medewerker voor de uitvoering van bepaalde technische handelingen, een verpleegkundige tijdens de consultatie van een adolescente (wat de Engelsen een chaperon noemen), enz..

Wat ook de reden voor de aanwezigheid is, een derde mag slechts aanwezig zijn mits uitdrukkelijke toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

De opleiding geneeskunde vereist dat de student leert omgaan met concrete situaties. In een eerste fase observeert hij, waarna hij geleidelijk deelneemt aan de anamnese en vervolgens aan het klinisch onderzoek onder de supervisie van zijn stagemeester.

Het zijn voornamelijk universitaire ziekenhuizen die deze opleiding verstrekken. Maar ook stagediensten, al dan niet verbonden aan een universiteit, zijn erbij betrokken.

De patiënt in een universitair ziekenhuis of in een dienst waar ook studenten en stagiairs zijn kan zich aan hun aanwezigheid verwachten. Hoe dan ook moeten ze in elk geval voorgesteld worden met vermelding van hun statuut (opleidingsniveau). De patiënt moet zich wel kunnen verzetten tegen hun aanwezigheid.

Zolang hij zijn basisdiploma niet behaald heeft, mag de student de geneeskunde niet uitoefenen. Zijn aanwezigheid dient dus “passief” en “discreet” te zijn.

Meer info ? Raadpleeg www.ordomedic.be



5. Arts in nood

A. Missie

Arts in nood richt zich op psychosociale problemen van artsen die invloed kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg die zij verstrekken.

Het is een onafhankelijke organisatie voor alle artsen, alsook voor artsen in opleiding en hun omgeving, die laagdrempelige, discrete en vertrouwelijke begeleiding en preventie aanreikt.

Daarnaast is het een kenniscentrum en een centraal contactpunt voor alle geïnteresseerden waarin informatie over deze problematiek wordt samengebracht en toegankelijk gesteld.

B. Kennis en preventie

Arts in nood stelt verzamelde kennis ter beschikking over domeinen van psychosociale problemen en over preventiemaatregelen, specifiek gelinkt aan het uitoefenen van het beroep van arts. Het wenst hiertoe met alle belanghebbenden samen te werken, zijnde overheden, universiteiten, onderzoekscentra, artsenverenigingen en andere hulpverlenende organisaties.

Uit studies i.v.m. psychosociale problemen bij artsen komen volgende specifieke domeinen naar voor: burn-out, depressie, middelenmisbruik, suïcidaal gedrag, second victim, ethisch dilemma en agressie. Voor andere psychosociale problemen die niet zozeer gebonden zijn aan het uitoefenen van het beroep van arts, kan de hulpbehoevende arts ook terecht bij het platform *Arts in nood*, maar deze vallen buiten de scope van het kenniscentrum.

De artsen en patiënten sensibiliseren om een meer menselijk en kwetsbaar beeld van de arts ingang te doen vinden in onze maatschappij, is wellicht de belangrijkste preventiemaatregel die de arts kan helpen om de mentale drempel naar hulp en zorg te verlagen. Daarnaast is er behoefte aan preventiemaatregelen op vlak van studie en stages, op vlak van de organisatie en samenwerking binnen wachtkringen en in ziekenhuizen, en op vlak van de globale organisatie van de gezondheidszorg.

C. Hulpaanbod



De Orde der artsen heeft na overleg met deskundigen een onafhankelijke structuur uitgewerkt waarbij vertrouwenspersonen ‘artsen in psychische nood’ kunnen bijstaan en ondersteunen.

Artsen kunnen op deze vertrouwenspersonen een beroep doen met de garantie van een uiterste discretie. Bovendien staat dit project volledig los van de disciplinaire bevoegdheden van de Orde der artsen.

Niet alleen de arts maar ook de partner, een familielid, een collega, of een derde uit de naaste omgeving kan dit initiatief nemen.

Bel gratis het nummer 0800 23 460 en kom in contact met de coördinator van het project Arts in nood. Deze laatste heeft de nodige deskundigheid om de hulpvraag te analyseren en te verwijzen naar een vertrouwensarts die het verdere zorgtraject zal begeleiden.

De vertrouwensarts bekommert zich als steun en toeverlaat om de betrokken arts en probeert hem te begeleiden naar een structurele oplossing. Een vertrouwensarts kan de betrokken arts indien nodig naar andere professionele hulpverleners doorverwijzen.

De vertrouwensarts, net als de projectcoördinator, functioneren discreet, totaal onafhankelijk en hebben absolute zwijgplicht. Er staat een niet-doorbreekbare muur tussen een vertrouwensarts en de werking van de Orde der artsen.

D. Neem contact

Arts in nood is een centraal contactpunt voor artsen die worstelen met psychische gezondheidsproblemen. De artsen of iemand uit hun omgeving kunnen via de volgende kanalen contact opnemen met de coördinator van het project *Arts in nood*.

Telefonisch

gratis nummer 0800 23 460

van maandag tot vrijdag van 9u00 tot 17u00

E-mail

info@artsinnood.be

Website

www.artsinnood.be

De coördinator van het project *Arts in nood* heeft de nodige deskundigheid om de hulpvraag te kaderen en desgevallend te verwijzen naar een vertrouwensarts. De coördinator en de vertrouwenspersoon blijven gedurende de volledige begeleiding beschikbaar voor alle betrokken partijen. De hulpbehoevende arts dient steeds in elk stadium akkoord te gaan met alle verder te ondernemen stappen.

ARTS IN NOOD

de Jamblinne de Meuxplein 34-35

1030 Brussel

Tel. 0800 23 460

info@artsinnood.be

www.artsinnood.be



Deze stoomcursus ‘inleiding tot de deontologie’ richt zich tot de studenten geneeskunde en beoogt een juiste deontologische attitude aan te nemen. Studenten moeten een basiskennis hebben over het beroepsgeheim, de toegang tot de medische gegevens, de privacyregels en de patiëntenrechten.

Deze tekst kwam tot stand in overleg met de decanen van alle Belgische faculteiten Geneeskunde.

Redactie

Benoit Dejemeppe, voorzitter van de nationale raad van de Orde der artsen

Edward Forrier, plaatsvervangend voorzitter van de nationale raad van de Orde der artsen

Prof. dr. Michel Deneyer, ondervoorzitter van de Nederlandstalige afdeling

Prof. dr. Jean-Jacques Rombouts, ondervoorzitter van de Franstalige afdeling

Anne-Sophie Sturbois, juriste

Evelien De Both, juriste

Tom Goffin, jurist

Koen Matton, projectcoördinator *Arts in nood*

Marina Dillen, administratief directeur

Bea Claes, vormgeving en realisatie

Deze syllabus is samengesteld onder de verantwoordelijkheid van de nationale raad van de Orde der artsen. Voor meer gedetailleerde informatie, gelieve de website van de Orde der artsen (www.ordomedic.be) te raadplegen.

De code van geneeskundige plichtenleer zelf wordt momenteel herzien.



Nationale raad van de Orde der artsen
de Jamblinne de Meuxplein 34-35 - 1030 Brussel
Tel.: 02-743 04 00
E-mail: info@ordomedic.be
www.ordomedic.be