

OMZENDBRIEF COL 06/2023
GEMEENSCHAPPELIJK VAN DE MINISTER VAN JUSTITIE VAN DE MINISTER VAN
BINNENLANDSE ZAKEN, INSTITUTIONELE HERVORMINGEN EN
DEMOCRATISCHE VERNIEUWING, VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN
VOLKSGEZONDHEID EN HET COLLEGE VAN PROCUREURS-GENERAAL
BETREFFENDE DE AANPAK VAN EEN EDS-PATIËNT (“EXCITED DELIRIUM
SYNDROME”)¹ IN CRISIS

INHOUDSTAFEL

1.	INLEIDING	2
2.	DEFINITIE	2
3.	OORZAKEN – ETIOLOGIE	3
4.	RISICO’S VOOR EEN EDS-PATIËNT	3
5.	AANPAK VAN EEN EDS-PATIËNT	3
5.1.	INGEVAL DE MUG ALS EERSTE OPTREEDT.....	4
5.1.1.	<i>In politiezones met een bijzonder bijstandsteam (BBT)</i>	4
5.1.2.	<i>In politiezones zonder een BBT.....</i>	5
5.2.	INGEVAL DE POLITIE ALS EERSTE OPTREEDT	5
5.2.1.	<i>Criteria voor het herkennen van een EDS-patiënt in crisis</i>	5
5.2.2.	<i>Oproep naar de noodcentrale 112 en naar een bijstandsteam</i>	6
5.2.3.	<i>Aan de noodcentrale 112 mee te delen informatie.....</i>	6
5.2.4.	<i>Te stellen handelingen in afwachting van de komst van de MUG</i>	7
5.2.5.	<i>Interventie van de MUG.....</i>	8
5.2.6.	<i>Logistieke moeilijkheden bij een interventie</i>	8
5.2.7.	<i>Impact van het medisch geheim van het medisch interventieteam en het beroepsgeheim van de politie op de samenwerking tussen deze geledingen</i>	9
6.	VRIJHEIDSBEROVING VAN EEN EDS-PATIËNT DIE EEN STRAFBAAR FEIT OF STRAFBARE FEITEN HEEFT GEPLEEGD.....	11
7.	EVALUATIE.....	12
8.	CONCLUSIE	12
	BIJLAGEN:	13

¹ Sinds kort wordt in de medische literatuur het begrip *Hyperactive delirium with agitation* gehanteerd in plaats van *Excited Delirium Syndrome*. In het kader van deze omzendbrief werd er evenwel voor geopteerd om laatstgenoemd begrip toch te behouden om geen verwarring te scheppen bij de niet-medische diensten die dit begrip reeds gedurende meerdere jaren hanteren.

1. INLEIDING

Het merendeel van de eerstelijnsdiensten van de Lokale en Federale Politie zijn weinig en/of niet goed vertrouwd met het “Excited Delirium Syndrome”(EDS).

De media-aandacht voor recente rechtszaken heeft op zijn minst de beleidsmakers en de gerechtelijke wereld bewust gemaakt van dit syndroom, dat al te vaak verward wordt met een psychose of intoxicatie als gevolg van verdovende middelen en/of alcohol.

Situaties waarbij personen in crisis verkeren, vergen evenwel een specifieke aanpak, waarvoor de politieambtenaren tot nu toe niet opgeleid waren, terwijl ze hiertoe nauw dienen samen te werken met het medisch korps, aangezien hierbij een dringende medische tussenkomst noodzakelijk is.

In de rechtspraak betreffende de toepassing van artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (recht op leven) legt het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) soms positieve of preventieve verplichtingen op aan de Staten, met name op het vlak van trainingen of opleidingen voor de leden van de wetshandavingsinstanties. De organisatie van specifieke opleidingen betreffende de opvang van de slachtoffers van EDS zou één van de voornoemde verplichtingen kunnen zijn.

Zo worden momenteel opleidingen verstrekt aan de leden van de politiediensten.

Niettemin moet een algemeen interventiekader worden vastgelegd, dat van toepassing is op zowel de medische korpsen als op de politiediensten die moeten samenwerken bij de opvang van EDS-patiënten.

2. DEFINITIE

Het “*excited delirium syndrome*” (EDS) is een ernstig psycho-medisch gezondheidsprobleem. De houding, de agressie en het gedrag van degene in crisis die aan deze aandoening lijdt, hebben een aanzienlijke invloed op zijn beoordelingsvermogen waardoor hij een direct gevaar vormt voor zijn eigen veiligheid en/of die van derden. De betrokkene weigert medische verzorging en volgt politiebevelen niet op.

In dit geval moet er, ongeacht de context of de eventuele oorzaak, zo snel mogelijk bijstand worden voorzien en professionele medische verzorging worden verschaft.

3. OORZAKEN – ETIOLOGIE

De meest voorkomende niet-exhaustieve mogelijke oorzaken van het EDS zijn²:

- hypoglycemie;
- aanval van arteriële hypertensie;
- ionenstoornis (hyponatriëmie);
- (al dan niet traumatische) hersenbloeding;
- encefalitis (bijvoorbeeld herpes);
- partiële epilepsie;
- intracraniële hypertensie (IH) (tumor in decompensatie);
- urineweginfectie (bij ouderen);
- acute aanval van schizofrenie;
- gebruik van verdovende middelen, alcohol;
- psychopathie;
- intoxicatie (gas, stof X);
- hypoxie (zuurstoftekort);
- angstaanval / claustrofobie;
- acute suïcidale depressie;
- ontweningsverschijnselen van geneesmiddelen, alcohol, verdovende middelen, enz.

EDS-patiënten in crisis worden voornamelijk op festivals, tijdens rellen of in het nachtleven aangetroffen. Daarnaast wordt vastgesteld dat deze aandoening zich ook manifesteert bij personen die kampen met psychiatrische problemen, die worden gearresteerd of die in hechtenis worden gehouden.

4. RISICO'S VOOR EEN EDS-PATIËNT

Het risico dat een EDS-patiënt in crisis overlijdt mag niet uitgesloten worden aangezien EDS mogelijks een dodelijke afloop kan hebben.

De organen en in het bijzonder het hart van de patiënt in crisis worden extreem belast als gevolg van de geagiteerde toestand waarin hij zich bevindt, vooral als de betrokkene zich verzet tegen de politieagenten die hem in bedwang houden. Hij kan zich immers letterlijk dood vechten.

5. AANPAK VAN EEN EDS-PATIËNT

De aanpak van een EDS-patiënt in crisis is uiterst complex omdat hij extreem geagiteerd en buitengewoon sterk is.

De betrokkene wordt immers niet moe hoewel hij een aanzienlijke inspanning levert en is ongevoelig voor pijn. Hij gedraagt zich extreem agressief en weigert bovendien meestal dat er wordt ingegrepen.

² Dokter Bodson schetste een overzicht van deze oorzaken, Anesthesioloog-Urgentiearts, Gespecialiseerd in uitzonderlijke situaties, Erehoofd van de kliniek en Veiligheid-Kwaliteitsadviseur, Universitair Ziekenhuis van Luik

De volgende twee diensten moeten dus optreden als er sprake is van een EDS-patiënt in crisis:

- de politie die de betrokkene in bedwang moet houden;
- de medische hulpverleners die de betrokkene noodzakelijke en dringende zorg toedienen.

Ingeval van een EDS-patiënt in crisis treedt de politie meestal als eerste op, maar soms zijn de medische noodhulpdiensten vóór de politie ter plaatse.

In beide gevallen is het essentieel dat deze twee diensten samenwerken. Ongeacht de situatie kan worden verwezen naar het interventieschema in bijlage 1.

De aandacht van de eerste interveniërende personen wordt erop gevestigd dat het gebruik van blauwe lichten en van speciale geluidsinstallaties in de mate van het mogelijke moet worden vermeden.

Deze elementen zijn immers van aard om de agressieve persoon bijkomend op te winden, wat schadelijk zou kunnen zijn zowel voor de betrokkene zelf als voor zijn omgeving.

5.1. INGEVAL DE MUG ALS EERSTE OPTREEDT

Als de MUG als eerste optreedt, zijn het de mugartsen die geschikt zijn om vast te stellen dat het wel degelijk om een mogelijk medisch geval van EDS gaat.

Zolang de EDS-patiënt in crisis niet in bedwang wordt gehouden, kunnen de interveniërende leden van de MUG evenwel vaak geen medische handelingen stellen. Ze zullen bijgevolg de politie om bijstand moeten vragen. Het gebruik van dwang kan dikwijls vereist blijken, vnl. dan met het oog op de sedatie van de persoon die in een crisissituatie verkeert.

In dit geval verwittigt de MUG de politie die zal worden voorbereid om adequaat te reageren in dergelijke situaties.

5.1.1. IN POLITIEZONES MET EEN BIJZONDER BIJSTANDSTEAM (BBT)³

Bepaalde politiezones beschikken over een bijzonder bijstandsteam (BBT) dat specifiek opgeleid en getraind is om ook op te treden als er sprake is van een EDS-patiënt in crisis.

De MUG moet dus het noodnummer 112 bellen en om politionele bijstand vragen, eventueel met versterking alvorens de vereiste medische handelingen te verrichten.

³Op grond van omzendbrief GPI (Geïntegreerde Politie – *Police Intégrée*) 81, bijzonder bijstandsteam (BBT).

5.1.2. IN POLITIEZONES ZONDER EEN BBT

Niet alle politiezones over een BBT beschikken.
Derhalve wordt er in deze politiezones een beroep gedaan op de gewone politiediensten.

De MUG-artsen moeten evenwel verduidelijken dat er sprake is van een potentiële EDS-patiënt in crisis en dat een adequaat interventieteam moet ingrijpen aangezien een gewone interventieteam van 2 politieagenten zonder bijstand niet volstaat.

Om een EDS-patiënt in crisis in bedwang te kunnen houden, moeten namelijk zijn ledematen worden vastgehouden.

De veiligheid van de politieagenten komt dus onvermijdelijk in het gedrang als ze met te weinig optreden.

5.2. INGEVAL DE POLITIE ALS EERSTE OPTREEDT

In tegenstelling tot de MUG-artsen hebben de politieagenten normaal gezien geen enkele gepaste medische opleiding gevolgd.

De politieagenten schatten het gevaar dus in op basis van het gedrag en de waarneembare handelingen van de patiënt in crisis, alsook op basis van zijn fysieke aspecten en de manier waarop hij communiceert.

Het is namelijk de bedoeling om op basis van wat aan het agressieve gedrag voorafgaat een onderscheid te maken tussen enerzijds vrijwillige en bewuste agressie, en anderzijds agressie als gevolg van het EDS naar aanleiding waarvan een dringende medische interventie is vereist.

5.2.1. CRITERIA VOOR HET HERKENNEN VAN EEN EDS-PATIËNT IN CRISIS

Om te weten of het gaat om een EDS-patiënt in crisis moet er worden nagegaan of het gedrag van de betrokkene abnormaal, d.w.z. ongewoon, is.

Het principe van de voorzichtige en redelijke persoon in dezelfde omstandigheden, dient als vergelijkingspunt om te beoordelen of er sprake is van EDS.

In dit opzicht is het essentieel om snel inlichtingen in te winnen bij de personen uit de nabije omgeving van degene die in crisis is. Opmerkingen zoals "*Hij heeft te veel gedronken.*" of "*Hij heeft drugs gebruikt*" kunnen de situatie voor de politieagenten verhelderen.

Doorgaans zijn de onderstaande verschijnselen, die evenwel niet gelijktijdig aanwezig moeten zijn, een teken van EDS.

Er moet worden opgemerkt dat hoe meer van de volgende verschijnselen de betrokkene vertoont, hoe sterker er kan worden vermoed dat het een EDS-patiënt betreft. De betrokkene:⁴

- is extreem geagiteerd;
- wordt niet moe hoewel hij een aanzienlijke inspanning levert (en een indrukwekkende en als het ware bovennatuurlijke kracht uitoefent);
- biedt weerstand als hij in bedwang wordt gehouden of wordt geïmmobiliseerd;
- heeft geen enkel besef van de realiteit (en bevindt zich als het ware in een andere wereld.);
- is extreem gewelddadig of agressief;
- vertoont symptomen van hyperthermie (abnormaal hoge lichaamstemperatuur);
- is ongevoelig voor pijn;
- haalt versneld adem;
- zweet overvloedig (transpireert abnormaal sterk);
- zijn huid voelt warm aan;
- volgt de bevelen van de politie niet op;
- wordt aangetrokken door fel licht en/of hard geluid;
- kermt (onverstaanbare, dierlijke geluiden);
- wordt verdacht van intoxicatie met stimulerende middelen (en heeft verwijde pupillen).

De eerste vijf verschijnselen zijn de belangrijkste kenmerken aan de hand waarvan kan worden vastgesteld dat het gaat om een EDS-patiënt in crisis.

5.2.2. OPROEP NAAR DE NOODCENTRALE 112 EN NAAR EEN BIJSTANDSTEAM

Zodra de politieagenten vermoeden dat er sprake is van een EDS-patiënt in crisis moeten ze onmiddellijk een bijstandsteam ter versterking oproepen en het noodnummer 112 bellen (en niet 100 nu zoals nog al te vaak gebeurt) en precies de vragen beantwoorden die hen in dat kader worden gesteld.

De door de politiediensten verstrekte informatie moet het noodnummer 112 in staat stellen de omvang van zijn inzet in te schatten.

5.2.3. AAN DE NOODCENTRALE 112 MEE TE DELEN INFORMATIE⁵

De door de politieagenten aan het noodcentrale mee te delen gegevens zijn van groot belang omdat op basis hiervan wordt beslist om een MUG of de gepaste middelen in te schakelen.

Om de toestand van de betrokkene zo goed mogelijk te kunnen inschatten, stellen de operatoren van de noodcentrale 112 een reeks vragen op basis van de aan deze omzendbrief toegevoegde fiche "oproep van de politie naar de noodcentrale 112"⁶.

⁴ Deze opsomming is niet exhaustief.

1. ⁵ZIE PROTOCOL 031 VAN HET BELGISCH HANDBOEK MEDISCHE REGULATIE (BIJLAGE 3).

⁶ De door de Algemene Directie Veiligheid en Preventie van de FOD Binnenlandse Zaken opgerichte interdepartementale werkgroep inzake het EDS stelde deze fiches op (bijlage 2).

Een huisarts beschikt namelijk niet over de nodige middelen en het vereiste materiaal en is niet opgeleid om tussen te komen bij dergelijke bijzonder stresserende en gevaarlijke situaties. Derhalve is enkel de MUG gemachtigd om in te grijpen en zijn de vragen en de bijbehorende antwoorden en meer bepaald het overleg en de samenwerking tussen het noodcentrale en de politieagenten ter plaatse belangrijk om te kunnen beslissen of een dringende medische interventie al dan niet vereist is.

Bovendien duurt het doorgaans en vooral 's nachts lang vooraleer een huisarts van wacht kan worden opgeroepen, wat in dergelijke omstandigheden onaanvaardbaar is.

Het gaat immers om situaties waarin een medische interventie extreem dringend moet worden uitgevoerd omdat elke minuut telt om de patiënt in crisis in leven te houden.

5.2.4. TE STELLEN HANDELINGEN IN AFWACHTING VAN DE KOMST VAN DE MUG

In afwachting van de komst van de medische teams moeten de politieagenten voorkomen dat de patiënt zich nog meer opwindt. Ook moeten ze hem zo goed mogelijk proberen te kalmeren en in de mate van het mogelijke isoleren of overbrengen naar een plaats waar het risico dat hij zichzelf of een derde verwondt beperkt is.

De politieagenten moeten:

- een zo veilig mogelijke situatie creëren voordat de hulpdiensten arriveren en er uiteraard ervoor zorgen dat de persoon in crisis niet gewapend is;
- de betrokkene, onder controle houden, of zelfs indien nodig door middel van dwang, in bedwang houden zodat hij geen gevaar meer vormt voor zichzelf of voor derden.
-

Daarentegen mogen de politieagenten:

- geen ongecontroleerd fysiek geweld gebruiken waardoor de te immobiliseren betrokkene nog meer geagiteerd zou kunnen raken, zijn hart in overdrive zou kunnen schakelen en vervolgens zou kunnen bezwijken;
- de ademhaling van de betrokkene niet belemmeren omdat ook druk op de mond, de neus of de borstkas het hartritme zou kunnen doen versnellen. Louter door het gevoel van druk raakt de in bedwang gehouden persoon in crisis namelijk nog meer geagiteerd en maakt zijn lichaam extra adrenaline aan, wat voor hem fataal zou kunnen zijn. Derhalve mag de betrokkene pas in laatste instantie in een zogenaamde armklem worden gehouden;
- geen pepperspray hanteren waardoor de slijmvliezen in de luchtwegen zouden kunnen opzwellen en de ademhaling zou kunnen belemmerd;
- geen wapens zoals een wapenstok of een wapen met rubberkogels, enz. gebruiken, niet alleen omdat de betrokkene hierdoor nog meer geagiteerd raakt, maar ook omdat deze methodes geen enkel effect hebben aangezien de patiënt in zulke crisissituatie ongevoelig is voor pijn. Een stroomstootwapen mag dan ook enkel in laatste instantie worden gehanteerd omdat enerzijds het risico bestaat dat de politieagenten die de betrokkene vasthouden ook gewond raken, en anderzijds het lichaam van de betrokkene hierdoor extra adrenaline aanmaakt, wat fataal zou kunnen zijn. Het stroomstootwapen mag dus enkel worden gebruikt in extreme situaties, ingeval wettige zelfverdediging door de politieagenten of als derden in gevaar zijn.

5.2.5. INTERVENTIE VAN DE MUG

Zodra het medisch team ter plaatse is, moet de patiënt worden gesedeerd.

Tot de artsen de patiënt kunnen sederen, moeten de politieagenten hem onder controle blijven houden, tenzij de artsen hier anders over beslissen.

Als de betrokkene voldoende onder controle kan worden gehouden, brengen de artsen bij de betrokkene bij voorkeur een katheter in zodat ze bloed kunnen afnemen voordat ze een injectie met een kalmerend middel geven.

Na de sedatie van de patiënt is de taak van de politie volbracht, terwijl de MUG moet instaan voor een strikte en onafgebroken medische opvolging.

Er moet worden opgemerkt dat sedatie niet altijd vereist is. Het is mogelijk dat de patiënt na een gesprek met de MUG kalmeert.

Na de sedatie moet de MUG beslissen of de patiënt al dan niet moet worden overgebracht naar het ziekenhuis voor een grondig onderzoek.

In dit opzicht moeten de politieagenten erop toezien dat de arts van de MUG het in bijlage 3 van deze omzendbrief opgenomen formulier⁷ vervolledigt en ondertekent. Aan de hand hiervan kan deze arts verklaren dat:

- de aanwezigheid van de MUG niet meer vereist is;
- de patiënt niet naar het ziekenhuis moet worden overgebracht;
- de betrokkene naar het ziekenhuis moet worden overgebracht.
-

De interveniërende MUG zal bijzondere aandacht besteden aan de in het MUG-verslag⁸ en in het MUG-medisch dossier opgenomen informatie.

De politieagenten moeten dit formulier toevoegen aan het in het kader van de interventie opgestelde proces-verbaal en de arts moet in het medisch dossier vermelden dat hij dit document heeft meegedeeld aan de politie.

5.2.6. LOGISTIEKE MOEILIKHEDEN BIJ EEN INTERVENTIE

- Taalbarrière

De communicatie tussen het medisch interventieteam of de politie, enerzijds, en de persoon in crisis, anderzijds, vormt mogelijk een probleem als de laatstgenoemde het Frans, Nederlands, Duits of Engels niet machtig is.

Zoals reeds benadrukt, is het evenwel uiterst belangrijk om in dergelijke situaties te communiceren met een EDS-patiënt in crisis.

Om dit euvel te verhelpen, is het aangewezen dat de politieagenten worden uitgerust met apparaten waarmee een simultaanvertaling kan worden gegenereerd.

⁷ De door de Algemene Directie Veiligheid en Preventie van de FOD Binnenlandse Zaken opgerichte interdepartementale werkgroep inzake het EDS stelde dit formulier op.

⁸ Cf. bijlage 4.

- Specifieke opleidingen

Omdat een EDS-patiënt in crisis erg opgewonden en geagiteerd is en op elk moment een hartstilstand kan krijgen, is het erg ingewikkeld en gevaarlijk om de betrokkene aan te pakken.

De politieagenten die optreden in dergelijke situaties moeten worden voorbereid op de confrontatie met de betrokkene zodat ze de interventie in goede banen kunnen leiden.

Sinds 2021 wordt er voor de politie een specifieke opleiding inzake het EDS georganiseerd.

Ook voor penitentiaire bewakingsassistenten, brandweermannen en het medische hulppersoneel (verplegers, ambulanciers, artsen), die ook met zulke situaties kunnen worden geconfronteerd, zou een dergelijke opleiding moeten worden georganiseerd.

- Medisch materiaal

Tijdens zulke interventies moeten de politieagenten in de mate van het mogelijke handschoenen en bandages gebruiken om de betrokkene beter in bedwang te kunnen houden.

5.2.7. IMPACT VAN HET MEDISCH GEHEIM VAN HET MEDISCH INTERVENTIETEAM EN HET BEROEPSGEHEIM VAN DE POLITIE OP DE SAMENWERKING TUSSEN DEZE GELEDINGEN⁹

De MUG en de politiediensten staan **samen** in voor de aanpak van een EDS-patiënt in crisis.

Gelet op de urgentie en het multidisciplinaire karakter van dergelijke toestand is het onontbeerlijk dat iedere interveniërende persoon onmiddellijk de nuttige informatie voor een gepaste aanpak meedeelt om de veiligheid van de patiënt en van alle aanwezige personen te waarborgen.

Op het moment van de aanpak van een EDS-patiënt in crisis moeten deze gedeelde gegevens in elk geval **praktisch, essentieel, proportioneel** en **relevant** zijn.

- De door de politiediensten meegedeelde gegevens aan de ter plaatse opgeroepen medische noodhulpdiensten

De mededeling van informatie door de interveniërende politiediensten aan de ter plaatse opgeroepen medische noodhulpdiensten om ervoor te zorgen dat deze tussenkomst zo doeltreffend mogelijk verloopt, levert in de praktijk geen moeilijkheden op aangezien de artikelen 42 WPA, 422ter Sw.¹⁰ en 21bis Sv. en het begrip 'noodtoestand' *in casu* van toepassing zijn.

⁹ Cf. de bijdrage van dr. Ch. De Pooter aan de door de Algemene Directie Veiligheid en Preventie van de FOD Binnenlandse Zaken opgerichte interdepartementale werkgroep inzake het EDS.

¹⁰ Art. 422ter Sw. luidt als volgt: "Met de straffen in het vorige artikel bepaald wordt gestraft hij die, hoewel hij in staat is het te doen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen, weigert of nalaat aan iemand die in gevaar verkeert, de hulp te bieden waartoe hij wettelijk wordt opgevorderd; hij die, hoewel daartoe in staat, weigert of nalaat het werk of de dienst te doen of de hulp te verlenen waartoe hij wordt opgevorderd bij ongeval, beroering, schipbreuk, overstroming, brand of andere rampen, evenals in geval van roverij, plundering, ontdekking op heterdaad, vervolging door het openbaar geroep of van gerechtelijke tenuitvoerlegging."

Het College van procureurs-generaal staat de politieambtenaren bijgevolg toe om alle praktische, essentiële, proportionele en relevante informatie mee te delen die noodzakelijk is met het oog op een doeltreffende interventie van de medische noodhulpdiensten.

- De door de ter plaatse opgeroepen medische noodhulpdiensten meegedeelde informatie aan de politiediensten

Het blijkt dat de medische noodhulpdiensten zich zeer dikwijls terughoudend opstellen om de voorhanden zijnde informatie aan de ter plaatse opgeroepen politiediensten mee te delen, uit vrees om het in art. 458 Sw. vastgelegde medische beroepsgeheim te schenden.

*“De artsen maken immers deel uit van de categorie noodzakelijke vertrouwenspersonen die overeenkomstig artikel 458 Sw. de gegevens die ze tijdens de uitoefening van hun ambt hebben vergaard, geheim dienen te houden gelet op hun beroepsgeheim. Op grond van dit beroepsgeheim mag de arts als noodzakelijke vertrouwenspersoon rechtstreeks noch onrechtstreeks geheime feiten of feiten die hem tijdens de uitoefening van zijn ambt uitdrukkelijk of stilzwijgend werden toevertrouwd, onthullen, behalve in de gevallen waarin de wet hem verplicht om ze bekend te maken of wanneer hij wordt opgeroepen om een getuigenis in rechte af te leggen”.*¹¹ (vert.)

De striktheid van dit beginsel moet evenwel worden afgezwakt omdat bepaalde informatie in de praktijk moet worden vrijgegeven om de politiediensten ter plaatse in de mogelijkheid te stellen om zo adequaat mogelijk op te treden.

*“Het medisch beroepsgeheim belet het medisch korps immers niet om het in het belang van de patiënt te doorbreken, zodat elke arts er de gerechtelijke autoriteiten van op de hoogte mag brengen wanneer een patiënt het slachtoffer van een inbreuk werd.”*¹² (vert.)

*“De spoedarts die op de plaats van het verkeersongeval een gewond persoon dient te onderzoeken die hem niet in vertrouwen heeft genomen en die zich met geweld verzet heeft tegen de interventie van deze arts, schendt zijn beroepsgeheim niet wanneer hij de autoriteiten in kennis stelt over de alcoholintoxicatie van of de dronkenschap waarin zijn patiënt verkeerde wanneer deze toestand een duidelijk vaststaand feit was, dat niet resulteerde uit een medisch onderzoek of afgelegde bekentenissen die opgetekend werden door de politieambtenaren die vóór hem ter plaatse waren.”*¹³ (vert.)

Zo blijkt het dat het medisch beroepsgeheim niet absoluut is en onderhevig is aan uitzonderingen in een aantal gevallen, met name om snel en doeltreffend te kunnen tussenkomen teneinde de veiligheid van alle interveniërende partijen en die van de patiënt zelf te kunnen waarborgen.

Het medisch beroepsgeheim moet soms wijken voor het leven van de patiënt en de veiligheid van de interveniërende betrokkenen.

In een dergelijk geval mag een mededeling van informatie niet beschouwd worden als een elementair bestanddeel van een schending van het medisch beroepsgeheim.

¹¹ DE NAUW, A., KUTY, F., “du secret professionnel”, in *Manuel de droit pénal spécial [2018]*, nr. 953, p. 672.

¹² DE NAUW, A., KUTY, F., “Violation du secret professionnel”, in *Manuel de droit pénal spécial [2018]*, nr. 954, p. 673.

¹³ DE NAUW, A., KUTY, F., “Violation du secret professionnel”, in *Manuel de droit pénal spécial [2018]*, nr. 955, p. 674.

In de medische interventiefiches dient de informatie te worden opgetekend die door en aan de politiediensten werd meegedeeld.

De politieambtenaar dient bovendien in zijn proces-verbaal van interventie op te tekenen welke medische gegevens hem meegedeeld werden en door wie.

6. VRIJHEIDSBEROVING VAN EEN EDS-PATIËNT DIE EEN STRAFBAAR FEIT OF STRAFBARE FEITEN HEEFT GEPLEEGD

- Geen medische tenlasteneming

De regels uit de wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis zijn van toepassing.

De vrijheidsberoving neemt een aanvang zodra de EDS-patiënt fysiek onder controle wordt gehouden en zich hierdoor niet meer vrij kan bewegen.

- Medische tenlasteneming

De vrijheidsberoving moet in principe worden bevestigd door een aanhoudingsbevel dat uiterlijk binnen de 48 uur door een onderzoeksrechter wordt afgeleverd.

Indien het onmogelijk blijkt een in het ziekenhuis opgenomen persoon te verhoren, waardoor de onderzoeksrechter dus niet kan overgaan tot een voorafgaande ondervraging van de verdachte, dient de onderzoeksrechter te beoordelen of het hierbij gaat om een situatie van overmacht, hetgeen hij in voorkomend geval motiveert in zijn aanhoudingsbevel¹⁴.

¹⁴ D.VANDERMEERSCH, *Droit de la procédure pénale*, p. 1088; Cass. (2de Kamer), AR P.20.1143.N, 24 november 2020; Cass. (2de Kamer), AR P.17.0572.F, 31 mei 2017; Cass. (2de Kamer), AR P.12.0584.N, 10 april 2012; Cass., AR P09.1355.N, 8 september 2009.

7. EVALUATIE

De evaluatie van huidige omzendbrief zal voor de eerste keer gebeuren een jaar na zijn inwerkingtreding en nadien elke 3 jaar.

Die evaluatie zal zich op een door de FOD Volksgezondheid en de dienst Opleiding en Coördinatie van de Geïntegreerde Politie opgemaakt verslag baseren.

Deze twee instanties passen respectievelijk protocol 031 en de aan de ordediensten gerichte richtlijnen aan, na analyse van de specificiteit van de in de politiedatabank "MISI" (Melding Incidenten - Signalement Incidenten¹⁵) opgenomen problematische interventies.

Daartoe moet de dienst Opleiding en Coördinatie van de Geïntegreerde Politie de FOD Volksgezondheid onmiddellijk op de hoogte brengen van alle problematische gevallen waarvan de registraties voor deze analyse moeten worden bewaard.

Een eerste jaarverslag over deze wijzigingen wordt binnen een jaar na de inwerkingtreding van deze omzendbrief aan het College van procureurs-generaal gericht.

De volgende jaarverslagen zullen om de drie jaar aan het College van procureurs-generaal worden overgemaakt.

De omzendbrief zal op basis van deze verslagen worden geëvalueerd.

8. CONCLUSIE

Het risico bestaat dat een EDS-patiënt in crisis overlijdt. Dit betekent dat de hulpdiensten in dringende en gevaarlijke omstandigheden moeten optreden.

Die hulpdiensten moeten worden getraind en voorbereid om deze complexe en bijzondere situaties het hoofd te bieden en de rol van alle betrokken partners moet duidelijk worden omschreven.

Aan de hand van de voornoemde aanbevelingen is het dus de bedoeling om het optreden van alle protagonisten te omkaderen om een EDS-patiënt zo goed mogelijk te kunnen aanpakken.

Doordat zowel de politie als het medisch interventieteam onmiddellijk na de interventie een verslag inzake het verloop ervan opstellen, kan de context zeker worden geschetst en kan de eventuele verantwoordelijkheid van beide partijen worden behandeld indien de patiënt in crisis helaas zou overlijden.

De recent gemediatiseerde zaken met betrekking tot het EDS tonen aan dat een fatale afloop niet uitzonderlijk is.

Het is dus van cruciaal belang dat kan worden aangetoond dat alle betrokken partijen de protocollen en de *best practices* hebben toegepast.

¹⁵ Cf. bijlage 5.

BIJLAGEN:

1. Interventieschema
2. Fiches inzake de oproep naar de noodcentrale 112
3. Protocol 031 van het Belgisch Handboek Medische Regulatie
4. Door de MUG in te vullen formulier ingeval een interventie met betrekking tot een EDS-patiënt.
5. Eenvormig MISI-formulier in overeenstemming met de GPI 62 door de politieagenten in te vullen wanneer dwang gebruikt wordt