

GEZONDHEIDSZORG- WETGEVING



BIJLAGE 1:

GEZONDHEIDSZORGWETGEVING

De zorg voor suïcidale personen dient uiteraard binnen het wettelijk kader te gebeuren. In deze bijlage zetten we de belangrijkste wetten en regelgevingen die hierbij een rol kunnen spelen op een rij. Thema's die aan bod komen zijn het beroepsgeheim, aansprakelijkheid van de hulpverlener na een suïcide van een patiënt, patiëntenrechten, beschermingsmaatregelen en de wetgeving omtrent hulp bij zelfdoding en euthanasie.

De inhoud van dit deel is ook online raadpleegbaar via de e-learning SP-Reflex op Zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>).

1. BEROEPSGEHEIM

Het **beroepsgeheim** garandeert dat iemand in alle vertrouwen naar de hulpverlening kan stappen. Alle “*personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd*” vallen onder het beroepsgeheim (artikel 458 van het Strafwetboek). Volgens dit artikel ben je gebonden aan het beroepsgeheim wanneer:

- Je een geneesheer, heilkundige, officier van gezondheid, apotheker of vroedvrouw bent
- Je door je beroep of staat een noodzakelijke vertrouwensfiguur bent
- Een wet stelt dat je gebonden bent aan het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim geldt bij alle vormen van hulpverlening (bv. face-to-face, online, individueel, in groep, anoniem, ...) en geldt ten opzichte van iedereen, inclusief familieleden van de patiënt en andere hulpverleners. In sommige gevallen is uitwisseling van informatie tussen hulpverleners echter in het belang van de patiënt. Daarom werden in de rechtspraak en rechtsleer de concepten gezamenlijk en gedeeld beroepsgeheim ontwikkeld. Het **gezamenlijk beroepsgeheim**¹ geldt tussen hulpverleners binnen hetzelfde team. Relevante informatie over een patiënt mag gedeeld worden tussen collega's die samen hulp verlenen aan dezelfde patiënt in functie van hun gedeelde verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt, op voorwaarde dat de patiënt hiervoor toestemming gegeven heeft en dat het team een goed afgebakende en herkenbare identiteit is. Ten opzichte van externe hulpverleners

1 *Het is onduidelijk in hoeverre het gezamenlijk beroepsgeheim algemeen aanvaard is omdat het enkel verankerd is in het decreet integrale jeugdhulp.*

geldt een **gedeeld beroepsgeheim**. Dit is beperkter dan het gezamenlijk beroepsgeheim en houdt in dat enkel informatie die strikt noodzakelijk is voor de continuïteit of kwaliteit van de zorg in het belang van de patiënt uitgewisseld mag worden, eveneens op voorwaarde dat de patiënt hiervoor toestemming gegeven heeft. De hulpverlener waarmee informatie uitgewisseld wordt moet zelf gebonden zijn aan het beroepsgeheim en in het kader van dezelfde opdracht handelen. Hij of zij moet dus betrokken zijn in de hulpverlening aan de patiënt.

Doorbreken van het beroepsgeheim

Je mag het beroepsgeheim enkel doorbreken in gevallen waarbij de wet toestaat of verplicht geheimen bekend te maken, bijvoorbeeld bij een **noodtoestand**. Een noodtoestand kan ontstaan door een conflict van plichten. Bijvoorbeeld wanneer het beroepsgeheim tegenover de hulpverlenersplicht komt te staan en het overtreden van het beroepsgeheim het enige middel is om de fysieke integriteit van de persoon te bewaren.

Een noodtoestand moet voldoen aan drie voorwaarden:

1. Er moet een onmiddellijke noodzakelijkheid zijn voor het te beschermen belang, een daadwerkelijk actueel ernstig gevaar.
2. Er mag geen andere manier zijn om het gevaar te vermijden.
3. Het rechtsgoed dat wordt bedreigd moet het rechtsgoed dat wordt gevrijwaard overstijgen. Fysieke integriteit is het hoogste rechtsgoed dat alle andere rechtsgoederen overstijgt.

Of een situatie voldoet aan deze voorwaarden, is een afweging die je als hulpverlener zelf moet maken. Je kan er vanuit gaan dat een acute zelfmoorddreiging waarbij je zelf onvoldoende hulp kan bieden beschouwd kan worden als een noodtoestand. In dat geval is het dus toegestaan dat je je beroepsgeheim doorbreekt, op voorwaarde dat je eerst geprobeerd hebt om met behulp van anderen (bv. het team of een andere hulpverlener) de integriteit van de patiënt te vrijwaren. Derden die ingelicht worden zijn bij voorkeur andere hulpverleners en pas in de tweede plaats familie of naasten, tenzij die naaste als vertrouwenspersoon is aangeduid door de patiënt of vooraf is afgesproken met de patiënt wie er ingelicht dient te worden in geval van een crisis.

Je bent niet verplicht om je beroepsgeheim te verbreken, maar je kan als hulpverlener wel **schuldig verzuim** ten laste gelegd worden (zie verder) wanneer het niet doorbreken van het beroepsgeheim ervoor gezorgd heeft dat de patiënt niet de noodzakelijke hulp gekregen heeft. Het doorbreken van het beroepsgeheim is een autonome beslissing van de hulpverlener. Een werkgever kan hier niet in tussenkomen.

Na een suïcide(poging)

Ook na een suïcide (poging) van een patiënt heb je als hulpverlener beroepsgeheim, zowel ten opzichte van familieleden als ten opzichte van medepatiënten, medehulpverleners en andere betrokkenen. Vaak heeft de omgeving echter nood aan informatie of doen er al geruchten de ronde over de gebeurtenis. Foutieve geruchten worden best ontkracht, niemand heeft baat bij foutieve informatie en wanneer je geen details geeft over de werkelijke feiten schend je het beroepsgeheim hiermee niet. Wanneer het duidelijk is dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van wat er gebeurd is, hoef je dit ook niet te ontkennen.

In het geval van een suïcide kan je je beroepen op wat de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt zegt rond het inzagerecht van het dossier na overlijden van een persoon (zie verder onder Patiëntendossier).

Bij minderjarigen

Het beroepsgeheim geldt ten aanzien van iedereen, ongeacht de leeftijd of bekwaamheid van de patiënt. Hulpverleners hebben dus ook beroepsgeheim ten aanzien van minderjarige patiënten en hun ouders. Ouders hebben vanuit hun ouderlijk gezag echter het recht om fundamentele opvoedingsbeslissingen te nemen over hun minderjarige kinderen. Zij hebben dan ook nood aan, en recht op informatie over hun kinderen om goede beslissingen te kunnen nemen. Wanneer het gaat om informatie die gedekt wordt door het beroepsgeheim, zal de hulpverlener steeds zorgvuldig moeten afwegen welke informatie ouders precies nodig hebben. De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt voorziet dat wilsbekwame², minderjarige patiënten zelfstandig kunnen beslissen over hun gezondheidszorg. Wilsbekwame minderjarigen worden dus als volwassenen behandeld (de afweging van wilsbekwaamheid is steeds situatie-specifiek). De mening van de minderjarige zelf zal dan ook doorslaggevend zijn.

2 Met wilsbekwaamheid bedoelt men de feitelijke mogelijkheid om beslissingen te nemen die betrekking hebben op jou als individu. Om als wilsbekwaam beschouwd te worden moet men "tot een redelijke beoordeling van zijn of haar belangen in staat worden geacht".

Dit betekent echter niet dat de ouders van wilsbekwame suïcidale minderjarigen niet betrokken kunnen worden bij de zorg voor hun kind. Gezien het belang van ouders bij het in kaart brengen van de context van het suïcidale gedrag van de jongere en hun rol in de ondersteuning en zorg voor hun kind raden we aan om, mits toestemming van de minderjarige patiënt, de ouders zo vroeg mogelijk te betrekken.

Ook bij minderjarigen geldt de uitzondering van de noodtoestand. Wanneer de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige gevaar loopt, kan een hulpverlener ervoor kiezen om zijn of haar beroepsgeheim te doorbreken om dit gevaar te doen wijken.

Wanneer de hulpverlener oordeelt dat de jongere niet in zijn of haar eigen belang handelt en onvoldoende de gevolgen van zijn of haar beslissing kan inschatten, kan de hulpverlener beslissen dat de jongere niet wilsbekwaam is op dit gebied. Bij minderjarigen die niet in staat geacht worden tot een redelijke beoordeling van hun belangen ligt de beslissingsbevoegdheid bij de ouders en mogen hulpverleners informatie doorgeven aan ouders waarover deze noodzakelijk moeten beschikken om gepaste opvoedingsbeslissingen te nemen. Toch blijft het betrekken van de patiënt zelf essentieel.

2. AANSPRAKELIJKHEID VAN DE HULPVERLENER NA EEN SUÏCIDE VAN EEN PATIËNT

Juridisch kan men zowel strafrechtelijk als burgerrechtelijk aansprakelijk gesteld worden na een suïcide van een patiënt. Beide vormen van aansprakelijkheid kunnen leiden tot een schadevergoeding. Daarnaast vallen erkende artsen en psychologen ook onder het Tuchtrecht van respectievelijk de Orde der artsen en de Psychologencommissie. Zij dienen dus ook rekening te houden met hun deontologische verplichtingen³.

Strafrechtelijke aansprakelijkheid

Onder strafrechtelijke aansprakelijkheid kunnen volgende misdrijven vallen: ‘onopzettelijk doden en onopzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel’ en ‘schuldig verzuim’.

Onopzettelijk doden en onopzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel

Artikel 418 van het Strafwetboek omschrijft dit als volgt: *“Schuldig aan onopzettelijk doden of aan onopzettelijk toebrengen van letsels is hij die het kwaad veroorzaakt door gebrek aan voorzichtigheid of voorzorg, maar zonder het oogmerk om de persoon van de ander aan te randen.”*

Bij een suïcide van een patiënt kan dit misdrijf slechts uiterst zelden ten laste worden gelegd aan de hulpverlener omdat het gedrag van de hulpverlener zelden als de oorzaak van de zelfdoding kan weerhouden worden. Er moet een vaststaand verband zijn tussen het foutieve gedrag en de zelfdoding, dat het gedrag tot een verhoging van het suïciderisico leidde is onvoldoende als rechtsbasis.

Schuldig verzuim

Elke burger is op basis van de wettelijke **hulpverleningsplicht** (artikel 422bis van het Strafwetboek) verplicht om hulp te bieden aan iemand die *“in groot gevaar verkeert”*, op voorwaarde dat hij- of zijzelf of anderen hierbij geen ernstig gevaar lopen en men zich bewust is van de gevaarstoestand. Bij hulpverlening aan suïcidale patiënten is de beoordeling van het reële gevaar vaak moeilijk. Daarom is het van belang dat er afspraken gemaakt worden over hoe gehandeld dient te worden in crisissituaties, met wie overlegd dient te worden en dat er opgetekend wordt hoe men tot een bepaalde beslissing gekomen is en hoe hierbij de nodige veiligheidsmaatregelen ingebouwd zijn.

³ Voor meer informatie, zie <https://ordomedic.be/nl/code/inhoud/> en <https://www.compsy.be/deontologische-code>.

Wanneer een suïcidale patiënt “in groot gevaar verkeert”, ben je verplicht deze patiënt de hulp te bieden die het meest aangewezen is, ook wanneer de patiënt geen hulp wenst. Het gaat over een ernstige poging tot hulpverlening gerelateerd aan de beschikbare middelen en beroepsgeschiktheid. Dit kan zowel inhouden dat de hulpverlener zelf helpt of dat er door tussenkomst van een derde hulp verschaft wordt. De hulpverleningsplicht kan niet ingeroepen worden als argument om iemand die suïcidaal is op te nemen. De criteria voor gedwongen opname (zie verder) vertrekken vanuit het belang van de patiënt en niet dat van de hulpverlener. Soms kan de hulpverleningsplicht van de hulpverlener in conflict komen met het recht van de patiënt om een behandeling te weigeren (zie Patiëntenrechten). In deze afweging staat – steeds meer – de autonomie van de patiënt en zijn/haar recht om geen toestemming te geven voor een behandeling centraal. Dat betekent echter niet dat de rol van de hulpverlener is uitgespeeld. Om dergelijke conflicten te vermijden wordt aangeraden om voor zich een crisis voordoet afspraken te maken over de te nemen stappen, zowel op patiëntniveau als op niveau van de afdeling/zorginstelling. Bovendien neemt het recht om een behandeling te weigeren niet weg dat de hulpverlener bij een spoedgeval tegen de wil van de patiënt kan ingaan.

Wanneer iemand niet voldoet aan de wettelijke hulpverleningsplicht, kan **schuldig verzuim** ingeroepen worden. De hulpverlener kan echter geen schuldig verzuim ten laste gelegd worden wanneer die wel hulp verleend heeft, maar deze niet doeltreffend bleek te zijn of de zelfdoding niet heeft kunnen voorkomen.

Burgerrechtelijke aansprakelijkheid

Bij burgerrechtelijke aansprakelijkheid wordt een onderscheid gemaakt tussen contractuele en extra-contractuele aansprakelijkheid.

Bij **contractuele aansprakelijkheid** is er sprake van een overeenkomst tussen de hulpverlener/zorginstelling en de patiënt. Dit wordt in de gezondheidszorg regelmatig toegepast bij opname en behandelingen in een ziekenhuis of bij ambulante begeleidingen. Vaak gaat het hier om een middelenverbintenis. Dit wil zeggen dat de hulpverlening/zorginstelling zich ertoe verbindt om naar beste vermogen te handelen.

Ook wanneer er geen sprake is van een overeenkomst, kan een hulpverlener/zorginstelling aansprakelijk gesteld worden. Dit wordt dan **extra-contractuele aansprakelijkheid** genoemd. Deze aansprakelijkheid houdt in dat ieder die aan een ander schade berokkent deze schade (zowel materiële als morele) moet vergoeden. Men is niet alleen aansprakelijk voor de schade die men veroorzaakt door een fout, maar ook voor schade ten gevolge van onvoorzichtigheid of nalatigheid. Wel moet er een oorzakelijk verband aangetoond worden tussen de fout (of de onvoorzichtigheid, nalatigheid) en de schade. Daarnaast kan

een zorginstelling ook aansprakelijk gesteld worden voor schade die door infrastructuur veroorzaakt wordt, bijvoorbeeld omwille van vensters die (tegen veiligheidsvoorschriften in) open gaan of omdat de organisatie in zijn geheel faalt.

Zowel voor contractuele als voor extra-contractuele aansprakelijkheid geldt volgens artikel 18 van de Wet op de Arbeidsovereenkomsten dat wanneer de hulpverlener een werknemer is, de werkgever aansprakelijk is en de schade vergoedt. Tenzij het zou gaan om bedrog of een fout van de werknemer, kan de werknemer dus niet burgerlijk aansprakelijk gesteld worden voor een suïcide van een patiënt. Zowel contractuele als extra -contractuele aansprakelijkheid kan gedekt worden door een verzekering. Om een veroordeling voor aansprakelijkheid te vermijden is het belangrijk dat alle beslissingen en inspanningen van de hulpverlener/zorginstelling neergeschreven staan.

3. PATIËNTENRECHTEN

De **Wet betreffende de Rechten van de Patiënt** bevat de volgende rechten: het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, het recht op vrije keuze, rechten in verband met informatie over de gezondheidstoestand, het recht toestemming te geven of te weigeren, rechten met betrekking tot het patiëntendossier, het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en intimiteit en het klachtrecht. In dit deel beperken we ons tot die rechten die specifiek tot vragen kunnen leiden bij contact met suïcidale patiënten, namelijk de toestemming voor behandeling en de rechten met betrekking tot het patiëntendossier.

Bij een schending van de patiëntenrechten, kan een patiënt terecht bij de Ombudsfunctie GGZ (<http://www.ombudsfunctieggz.be>).

Toestemming voor behandeling

Volgens artikel 8, §1 van de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt heeft de patiënt het recht om **geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de hulpverlener**. Art. 8, §4 stelt dat de patiënt ook het recht heeft om een **tussenkomst te weigeren of in te trekken**. Dit geldt ook voor levensnoodzakelijke tussenkomsten en houdt onder andere ook in dat een patiënt het ziekenhuis mag verlaten wanneer die dat wil, ook tegen het medisch advies van de hulpverleners in.

Wanneer in een spoedgeval de patiënt zijn of haar wil niet kan uiten of niet bekwaam geacht wordt om zijn of haar wil te uiten, bv. bij bewusteloosheid of intoxicatie, en wanneer er geen duidelijkheid bestaat over het al dan niet aanwezig zijn van de toestemming, kan de hulpverlener wel de noodzakelijke tussenkomsten verrichten in het belang van de gezondheid van de patiënt (Art. 8 . §5). Zodra een geïnformeerde toestemming van de patiënt opnieuw mogelijk is, dient deze echter opnieuw gerespecteerd te worden. Wanneer Art. 8 . §5 toegepast wordt, dient dit steeds opgenomen te worden in het patiëntendossier.

Rechten van minderjarigen⁴

De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt stelt dat de **minderjarige patiënt steeds betrokken dient te worden**, rekening houdend met zijn of haar leeftijd en maturiteit. Wanneer een minderjarige patiënt door de hulpverlener wilsbekwaam wordt geacht voor het uitoefenen van zijn of haar patiëntenrechten, kan hij of zij dat doen zonder dat de ouders hierin gehoord moeten worden. De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt voorziet

⁴ Voor meer informatie, zie 'De minderjarige en de Wet Patiëntenrechten' van Christophe Lemmens (2013).

geen leeftijd waarop de minderjarige wilsbekwaam wordt geacht. Het is de hulpverlener die in een concrete situatie zal kunnen/moeten inschatten of de minderjarige patiënt bekwaam is of niet.

In het geval van een **wilsonbekwame minderjarige patiënt** zullen de ouders vanuit hun ouderlijk gezag in de plaats van hun kind dienen toe te stemmen met de tussenkomst van de hulpverlener. Ook wilsonbekwame minderjarige patiënten moeten echter betrokken worden bij de beslissingen met betrekking tot hun gezondheidszorg. Wanneer ouders niet in het belang van hun kind beslissen, en zich bijvoorbeeld verzetten tegen een bepaalde behandeling die volgens de hulpverlener noodzakelijk is in het belang van de gezondheid van zijn of haar patiënt, kan de hulpverlener zich tot de gerechtelijke overheid wenden om toestemming te vragen om de behandeling, tegen de wil van de ouders, toch uit te voeren. Wanneer ouders een levensnoodzakelijke ingreep zouden weigeren voor hun wilsonbekwame, minderjarig kind, mag de hulpverlener in een spoedeisend geval zelfs zonder gerechtelijke beslissing ingrijpen in het belang van de gezondheid van zijn of haar patiënt.

Patiëntendossier

Elke patiënt heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Elke hulpverlener moet dus voor elke patiënt een dossier aanleggen.

Wat wordt in het patiëntendossier opgenomen?

Het patiëntendossier bevat allerlei medische informatie, bijvoorbeeld onderzoeksresultaten, behandelingen en diagnosestellingen. Daarnaast kan het ook de gegevens van de vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon van de patiënt bevatten, de eventuele vraag van de patiënt om geen informatie te ontvangen over de gezondheidstoestand, toestemming of weigering van de patiënt van een behandeling of de wilsverklaring van de patiënt. Om voorbereid te zijn op een eventuele crisis is het een goede praktijk om op voorhand met de patiënt te bespreken of hij of zij een vertrouwenspersoon wil aanduiden, wie dat moet zijn, wie hij of zij wil betrekken bij de zorg en wie zeker niet.

Het is aanbevolen om bij aanwezigheid van suïcidale gedachten of een geschiedenis van suïcidaal gedrag ook het huidig suïciderisico, het safetyplan en het suïcidespecifieke behandelplan op te nemen in het patiëntendossier (zie de delen Detectie en Interventies voor meer informatie).

Voor wie is dit dossier toegankelijk?

De patiënt kan ten allen tijde **inzage** vragen in het medisch dossier. Binnen de 15 dagen na de aanvraag moet de hulpverlener inzage verlenen. De hulpverlener mag persoonlijke notities (aantekeningen die bestemd zijn voor persoonlijk gebruik en die voor de kwaliteit van de zorg van geen belang zijn) en gegevens die betrekking hebben op derden (bv. identiteitsgegevens van naasten die informatie hebben toevertrouwd zonder medeweten van de patiënt zelf) uit het dossier verwijderen. De patiënt kan een vertrouwenspersoon aanduiden om hem of haar bij te staan of het dossier in zijn of haar plaats in te zien. Indien die vertrouwenspersoon een arts is, heeft die ook toegang tot de persoonlijke notities van de hulpverlener. Ouders van wilsbekwame minderjarige patiënten hebben slechts toegang tot het patiëntendossier van hun kind wanneer ze expliciet als vertrouwenspersoon zijn aangeduid door de patiënt.

De hulpverlener kan de inzage van gegevens weigeren indien hij of zij van oordeel is dat kennis van alle medische gegevens de gezondheid van de patiënt ernstig kan schaden ('therapeutische exceptie'). Hierbij moet wel aan enkele voorwaarden voldaan worden:

- De hulpverlener moet hierover eerst een andere hulpverlener raadplegen en (indien van toepassing) de vertrouwenspersoon inlichten.
- De hulpverlener moet de weigering motiveren in het patiëntendossier.
- Een andere, door de patiënt gekozen hulpverlener mag het dossier wel inkijken.
- De weigering is tijdelijk. Wanneer het gevaar geweken is, kan de patiënt het dossier weer zelf inkijken.

De patiënt kan ook een **kopie** van het medisch dossier aanvragen. Ook hier mag de hulpverlener persoonlijke notities en gegevens die betrekking hebben tot derden uit het dossier verwijderen. De hulpverlener kan een kopie weigeren indien hij of zij over elementen beschikt die erop wijzen dat de patiënt onder druk staat om de informatie aan derden mee te delen (bv. werkgever, verzekeringsmaatschappij).

Inkijken van het patiëntendossier na overlijden van de patiënt

Na overlijden van een patiënt hebben de echtgeno(o)t(e), de (wettelijk samenwonende) partner en bloedverwanten tot en met de tweede graad het recht om het dossier te laten inkijken door een door hen aangeduide arts (Wet betreffende de Rechten van de Patiënt, art. 9, §4). De naasten zelf hebben echter geen inzagerecht en kunnen ook geen kopie van het dossier bekomen. Bovendien mag de patiënt zich hier bij leven niet tegen verzet hebben, moet het verzoek duidelijk gemotiveerd worden en dienen zowel de behandelende als de aangeduide arts van oordeel te zijn dat het verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is. Het indirecte inzagerecht geldt alleen voor die stukken die relevant zijn voor de gegeven motivering.

4. BESCHERMENDE MAATREGELEN

Onder beschermende maatregelen of dwanginterventies verstaan we, in navolging van het advies van de Hoge Gezondheidsraad van juni 2016, alle beslissingen of handelingen vanwege een hulpverlener die een individu beperken in zijn of haar vrijheid, bewegingsruimte of onafhankelijk beslissingsrecht met als bedoeling:

- onmiddellijk in te grijpen op een gevaarlijke situatie met reëel gevaar op letsel voor die persoon of voor een derde;
- een einde te stellen aan gevaarlijk gedrag voor zichzelf of anderen.

In het kader van deze richtlijn worden de volgende maatregelen behandeld: verhoogd toezicht, afzondering en gedwongen opname.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zoals gedwongen opname en afzondering **moeten maximaal voorkomen worden en kunnen alleen uitzonderlijk en kortdurend gebruikt worden als beschermingsmaatregel en laatste redmiddel bij wilsonbekwaamheid, gevaar en ontbreken van enige alternatieve maatregel.**

Er wordt verondersteld dat de hulpverlener er zorg voor draagt dat deze maatregelen de veiligheid verhogen en dat hij of zij toezicht blijft houden op de patiënt, zoals voorzien in het koninklijk besluit van 18 juni 1990: “Maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht”. Een dagelijkse evaluatie van de toestand van de patiënt en de noodzaak van de genomen maatregelen is noodzakelijk. Ook na de toepassing ervan dienen de genomen maatregelen en het effect ervan op de patiënt te worden geëvalueerd, bij deze evaluatie dienen ook de patiënt en diens naasten betrokken te worden.

Beschermende maatregelen gaan in tegen de wet betreffende de Rechten van de Patiënt die stelt dat de toestemming van de patiënt voor een behandeling noodzakelijk is. Zelfs in situaties waar een beschermende maatregel niet vermeden kan worden, **dient de patiënt en/of diens vertegenwoordiger⁵ dus maximaal betrokken te worden.** Zowel bij de overweging van de maatregel als tijdens de toepassing en na de beëindiging ervan wordt aan de patiënt uitgelegd waarom men de maatregel wil toepassen of heeft toegepast. Alle genomen maatregelen dienen neergeschreven te worden in het patiëntendossier, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 (art. 3 en 7). Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn of haar vertegenwoordiger, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de hulpverlener in het belang van de gezondheid van de patiënt. De hulpverlener maakt hiervan

5 Wanneer er geen vertegenwoordiger is aangeduid, voorziet de patiëntenrechtenwet een watevalstelsel dat de volgorde bepaalt van personen die de patiëntenrechten kunnen uitoefenen.

melding in het patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen in de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt. De verantwoordelijke voor het nemen van de maatregel moet herkenbaar en aanspreekbaar zijn.

Voor de psychiatrische afdelingen maken de bijzondere regels van beschermende maatregelen (Wet van 26 juni 1990 en Ministeriële Omzendbrief van 24 oktober 1990 Vlaamse Gemeenschap) het noodzakelijk dat de procedures in dat verband steeds samengesteld worden **in overleg met de teamleden**. In principe kunnen deze maatregelen enkel worden toegepast na bespreking met de behandelende arts. In dringende gevallen kan een staand order worden toegepast, waarin bepaald wordt in welke omstandigheden een andere hulpverlener onmiddellijk beschermende maatregelen kan nemen.

Verhoogd toezicht

Onder verhoogd toezicht verstaan we het intensifiëren van het toezicht op de patiënt omwille van diens veiligheid. Bijvoorbeeld door de patiënt een kamer dicht bij de verpleegpost te geven, de deur open te laten, frequent langs te komen bij de patiënt of een bewakingscamera te plaatsen. Er zijn geen specifieke wettelijke regelingen omtrent verhoogd toezicht, maar uiteraard geldt de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt ook in dit geval en moet de patiënt dus vooraf geïnformeerd worden en mag de patiënt deze maatregel weigeren.

Deze maatregelen zijn niet in strijd met de privacywetgeving indien ze dienen om de veiligheid van de patiënt te verhogen, de patiënt ervan op de hoogte is, de intimiteit van de patiënt zo veel mogelijk gerespecteerd wordt, de bewakingspost zich enkel in het verplegingslokaal bevindt, de gemaakte beelden niet worden bewaard, en de maatregelen getroffen worden op strikt medische gronden.

Afzondering

Afzondering of isolatie houdt in dat de patiënt in zijn of haar eigen kamer of een daartoe ingerichte kamer wordt ondergebracht, met als doel te voorkomen dat hij of zij zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen.

De Ministeriële Omzendbrief van de Vlaamse Gemeenschap van 24 oktober 1990 betreffende de afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen stelt dat de verantwoordelijkheid voor de beslissing om een beschermingsmaatregel te nemen in de eerste plaats bij de behandelende arts ligt. Bovendien moet iedere dienst die beschikt over een afzonderingskamer een interne gedragscode opstellen voor het nemen van beschermingsmaatregelen. Die gedragscode

dient uitvoerig de omstandigheden te beschrijven waarin een beschermingsmaatregel geoorloofd is, alsook de regels die in acht moeten worden genomen bij het gebruiken van de afzonderingskamer. Het toepassen van de maatregel tot afzondering dient geregistreerd worden (bv. in het patiëntendossier). De patiënt dient alle vereiste informatie over het doel, de aard, de duur en de omstandigheden van de afzondering te krijgen.

Afzondering in combinatie met fysieke fixatie wordt afgeraden door de Hoge Gezondheidsraad (advies “Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg”, 2016).

Gedwongen opname

De Wet betreffende de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieke (WBPG) legt de beslissing tot een gedwongen opname in een gesloten psychiatrische afdeling bij de rechterlijke macht (de vrederechter of jeugdrechter), niet bij de arts. Hiervoor moet aan drie voorwaarden voldaan worden:

- De persoon moet lijden aan een psychiatrische aandoening.
- De toestand van de persoon dient de maatregel te vereisen, ofwel omdat hij/zijzijn/haar gezondheid en zijn/haar veiligheid ernstig in gevaar brengt, ofwel omdat hij/zij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit.
- Er mag geen andere geschikte behandeling mogelijk zijn.

Wanneer aan de voorwaarden is voldaan, kan de beschermingsmaatregel via twee procedures aangevat worden: de normale procedure en de spoedprocedure. Indien een gedwongen opname niet spoedeisend is, wordt de **normale procedure** opgestart. Deze vangt aan met een verzoekschrift van eender welke belanghebbende (bv. behandelend arts, omgeving, ...) dat bij de bevoegde rechter wordt ingediend. Bijsluitend dient een omstandig medisch verslag gevoegd te worden waarin aangegeven wordt dat er voldaan werd aan de drie bovengenoemde criteria en waarin zowel de gezondheidstoestand van de persoon als de symptomen beschreven worden. Dit verslag wordt opgesteld op basis van een medisch onderzoek van maximum 15 dagen oud door een arts die geen band heeft met de patiënt of de verzoeker en die niet verbonden is met de afdeling waar de patiënt verblijft. Na de indiening van het verslag dient de rechter binnen de tien dagen een uitspraak te doen. Tot dan wordt verwacht dat een door de bevoegde rechter aangeduid ziekenhuis de patiënt verzorgt en onder toezicht houdt. De patiënt kan tot vijftien dagen na ontvangst van het vonnis in beroep gaan, waarop dan een nieuwe zitting volgt.

Wanneer een gedwongen opname hoogdringend is, kan de **spoedprocedure** gebruikt worden. Hiervoor contacteert de hulpverlener het secretariaat van de substituuat van de

Procureur des Konings (van wacht). De Procureur des Konings beslist of een persoon gedwongen dient opgenomen te worden voor een observatie in een door de Procureur aangeduide psychiatrische dienst. Wanneer de Procureur gecontacteerd wordt door een arts, zullen ze de criteria voor een gedwongen opname overlopen en ambtshalve een beslissing nemen. Er dient in dit geval geen medisch verslag opgesteld te worden, het aantonen van het dringende karakter van de opname is voldoende. Wanneer de Procureur benaderd wordt door een betrokkene of de politie, dient hij of zij wel het advies in te winnen bij een geneesheer op basis van een medisch onderzoek en een omstandig geneeskundig verslag dat aantoonst dat aan de eerder genoemde voorwaarden voldaan wordt. Vierentwintig uur na het nemen van de beslissing moet de Procureur bij de bevoegde rechter een verzoekschrift indienen om de gedwongen opname te laten bevestigen. Na het indienen van dit verzoek wordt dezelfde weg gevolgd als voor de normale procedure, met dat verschil dat het aantal uitgesproken dagen verminderd wordt met het aantal dagen dat de patiënt reeds in opname is.

De gedwongen opname mag **niet langer dan veertig dagen** duren en kan voortijdig beëindigd worden door de bevoegde rechter, zowel op basis van een beslissing ambtshalve, als op verzoek van de patiënt, een belanghebbende of de arts-diensthoofd van de dienst waar de patiënt verblijft. Als een opname van meer dan veertig dagen nodig blijkt, moet de directeur van de instelling aan de vrederechter minstens vijftien dagen voor het verstrijken van de periode van in observatiestelling een omstandig verslag van de arts-diensthoofd bezorgen dat de noodzaak van het verblijf staaft. De vrederechter of de jeugdrechtbank legt de duur van het verblijf vast, die niet meer dan twee jaar mag bedragen.

De **Wet betreffende de Rechten van de Patiënt** is ook bij een beschermingsmaatregel van toepassing. De patiënt heeft dus steeds het recht om een behandeling tijdens de gedwongen opname te weigeren en de hulpverlener kan geen gebruik maken van de therapeutische exceptie en moet de patiënt dus toegang geven tot zijn of haar patiëntendossier wanneer die daarom vraagt. Daarnaast mag de patiënt bij een procedure voor gedwongen opname een eigen psychiater raadplegen, een vertrouwenspersoon aanwijzen als ondersteuning gedurende de zitting en een advocaat kiezen.

Een (gedwongen) opname van een suïcidale persoon is niet zonder risico en dient dan ook zo veel mogelijk vermeden te worden. Er bestaat weinig tot geen evidentie of dergelijke beschermende maatregelen helpen om suïcide te voorkomen, in sommige gevallen kan het suïciderisico zelfs toenemen. Lees meer over wanneer een opname aangewezen is in Deel 3 - Interventies. Een mogelijk alternatief voor een opname is het opstellen van een safetyplan op maat van de patiënt. Dit geeft aan hoe de patiënt tot rust kan komen en wie hij of zij kan bereiken in geval van crisis. Lees meer over het opstellen van een safetyplan in het deel Interventies.

5. HULP BIJ ZELFDODING EN EUTHANASIE

Zowel bij suïcide als bij euthanasie is er sprake van een doodswens als gevolg van een situatie die als ondraaglijk ervaren wordt. Bij een suïcide is het de betrokkene zelf die de levensbeëindigende handeling stelt, vaak zonder tussenkomst van anderen. Onder euthanasie begrijpt men het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek. Voor hulp bij zelfdoding geldt dezelfde definitie, met het verschil dat de patiënt zelf het euthanaticum inneemt.

Hulp bij zelfdoding valt in België niet onder de euthanasiewet. Het is dan ook onduidelijk wat de wetgeving hieromtrent zegt. Aangezien de euthanasiewet niet voorschrijft hoe de euthanasie toegepast moet worden, besloot de Federale Evaluatie- en Controlecommissie over Euthanasie dat hulp bij zelfdoding toegelaten is mits de voorwaarden en wettelijke procedures betreffende euthanasie gerespecteerd werden en de handeling plaatsvond onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige arts. Deze interpretatie wordt gedeeld door de Orde van Geneesheren.

Met betrekking tot **euthanasie** zijn er in België twee belangrijke wetteksten voorhanden:

- Het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde (7 maart 2013).
- Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken (28 februari 2014).

Samengevat omvat de wet op euthanasie toegespitst op psychisch lijden volgende wettelijke voorwaarden:

- **De patiënt is meerderjarig (of ontvoegd minderjarig), handelingsbekwaam en bewust op het moment van verzoek.**

Er moet hier een onderscheid worden gemaakt tussen een doodswens als symptoom van een psychiatrische aandoening en een doodswens als weloverwogen existentiële keuze. De beslissingsbekwaamheid van de patiënt speelt daarin een cruciale rol: dit is geen juridisch omschreven gegeven maar omvat een grondige, zorgvuldige en herhaalde klinische inschatting door een ter zake ervaren psychiater. Daartoe moet de patiënt de verstrekte informatie begrijpen; inzicht hebben in de aard van de situatie, de verschillende opties en de gevolgen van zijn of haar beslissing; en op een weloverwogen wijze tot de beslissing komen, waarbij hij of zij de informatie kan toepassen op zijn of haar situatie, afwegingen kan maken en over alles kan redeneren.

- **Het verzoek is vrijwillig, overwogen, duurzaam, herhaald en vrij van externe druk.**
- **De patiënt bevindt zich in de wettelijk vereiste gezondheidstoestand.**

Dit betekent dat de patiënt zich moet bevinden in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte (bv. psychiatrische stoornis) veroorzaakte aandoening.

Problematisch hierbij is dat het verloop van een psychiatrische aandoening onzeker, onvoorspelbaar en niet altijd zonder kans op verbetering is en dat bij een eventuele leniging van het lijden op lange termijn het ondraaglijke karakter van het lijden nu niet kan worden gelenigd.

- **Alle wettelijk voorgeschreven voorwaarden en procedures worden nageleefd.**

Vermits het in de regel gaat om een niet-terminale situatie moet er minstens een maand verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie. Verder moet er naast een tweede arts, onafhankelijk en ter zake bevoegd, ook een derde arts, onafhankelijk en psychiater, worden geraadpleegd. Het is niet noodzakelijk dat beide artsen hun akkoord geven.

Meer informatie over hulp bij zelfdoding en euthanasie kan bekomen worden bij het LevensEinde InformatieForum (LEIF), een initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een menswaardig levenseinde voor iedereen, waarbij respect voor de wil van de patiënt voorop staat.

www.leif.be

078 15 11 55

ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Psychologencommissie

De Psychologencommissie is een onafhankelijke federale overheidsinstantie bevoegd voor alle psychologen in België. Haar belangrijkste missie is de bescherming van de cliënten van psychologen. Zij bevordert de kwaliteit van de psychologische dienstverlening, wat het vertrouwen in de discipline versterkt. De Psychologencommissie ziet onder andere toe op een ethisch correcte invulling van de beroepspraktijk van psychologen ingeschreven bij deze instantie. Ingeschreven psychologen kunnen bij de Psychologencommissie terecht met vragen over de deontologische en juridische plichten waarmee psychologen rekening moeten houden.

<https://www.compsy.be>

deontologie@compsy.be

02 513 93 51

Orde der artsen

De Orde der artsen is een onafhankelijke federale overheidsinstantie bevoegd voor alle artsen in België. Erkende artsen kunnen bij de Orde der artsen terecht met deontologische vragen, onder andere met betrekking tot het beroepsgeheim, aansprakelijkheid, patiëntenrechten en beschermingsmaatregelen.

<https://www.ordomedic.be>

<https://ordomedic.be/nl/contact-formulier>

02 743 04 00

NVKVV

Het NVKVV is een beroepsorganisatie die verpleegkundigen informeert en adviseert over sociale en juridische knelpunten en over de verschillende aspecten van hun beroep, die de belangen van verpleegkundigen verdedigt en die ijvert voor het statuut en de positie van verpleegkundigen. Aangesloten verpleegkundigen kunnen bij het NVKVV terecht met deontologische vragen, onder andere met betrekking tot het beroepsgeheim, aansprakelijkheid, patiëntenrechten en beschermingsmaatregelen.

<http://www.nvkvv.be>

info@nvkvv.be

02 732 10 50