

## DE WET OP DE PATIËNTENRECHTEN : COMMUNICATIE MET DE PATIËNT EEN ONDERZOEK BIJ HUISARTSEN IN VLAANDEREN

### DOEL EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Op 22 augustus 2002 werd de wet op de patiëntenrechten een feit. De wet vormt een belangrijke stap in het proces naar een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener, en zou ook moeten leiden tot een belangrijke mentaliteitsverandering. Dat alles is maar mogelijk als aan een aantal voorwaarden is voldaan. De wet kan immers maar nageleefd worden als deze voldoende gekend en begrepen wordt en als er geen knelpunten bestaan die de uitvoering ervan belemmeren. Daarnaast moeten de zorgverleners over de nodige vaardigheden en (vooral) de juiste attitude beschikken: ze moeten in staat en bereid zijn de wet toe te passen in de dagelijkse praktijk.

Om na te gaan hoe het in de praktijk met deze voorwaarden is gesteld, werd een onderzoek uitgevoerd bij een groep Vlaamse huisartsen. In het onderzoek kwamen vier vragen aan de orde:

- kennen de huisartsen de wet en is de wet voldoende duidelijk?
- beschikken de huisartsen over de nodige vaardigheden om de wet uit te voeren?
- bestaan er knelpunten die het uitvoeren van de wet belemmeren?
- staan de huisartsen achter de wet en zijn ze bereid de regels toe te passen?

De opzet van het onderzoek is grotendeels dezelfde als deze van het onderzoek dat in 2006 door het Vlaams Patiëntenplatform vzw i.s.m. de Vrije Universiteit Brussel <sup>1</sup> werd uitgevoerd. Daaruit bleek onder meer dat een aantal elementen van de wet te weinig gekend was en nageleefd werd. De wet bleek bij de beroepsbeoefenaars ook op een aantal weerstanden te botsen. We wilden weten of deze bevindingen ook voor de huisartsen zouden gelden.

Op basis van een literatuurstudie en van de informatie uit het onderzoek van 2006 werd een vragenlijst opgesteld waarin alle elementen van de wet aan bod kwamen. Extra aandacht werd besteed aan het recht op informatie en de toestemmingsvereiste: het zijn vooral deze rechten die de grondbeginselen van de wet - zelfbeschikking en autonomie - mogelijk maken. Informatie is de eerste vereiste om gebruik te kunnen maken van de andere rechten in de wet. Een goed geïnformeerde patiënt die op een adequate wijze bij de besluitvorming wordt betrokken, maakt veel meer kans op een relatie van vertrouwen en samenwerking met de zorgverlener. Dat kan bovendien ook positief bijdragen aan het resultaat van de behandeling.

De enquête ging ook dieper in op de bijzondere regels in verband met minderjarigen, die voortvloeien uit de kwetsbare positie van deze categorie van patiënten. Hoewel hun rechten en bevoegdheden vaak

---

<sup>1</sup> Schoonacker, M. & Louckx, F. (promotor) (2006). De wet op de patiëntenrechten: kennis, toepassing en attitudes bij beroepsbeoefenaars (artsen-specialisten en verpleegkundigen). Vlaams Patiëntenplatform, i.o.v. FOD Volksgezondheid, i.s.m. Vrije Universiteit Brussel.

uitgeoefend worden door de ouders of voogd, moeten ze toch zoveel mogelijk betrokken worden bij wat gebeurt. Dat veronderstelt dat de huisarts de maturiteit van kinderen en jongeren kan beoordelen.

De vragenlijsten werden in januari 2007 verstuurd naar een steekproef van 1250 huisartsen. De selectie van deze groep gebeurde op basis van het adressenbestand van de Orde van Geneesheren. Om de respons te verhogen werd bij de vragenlijst een brief gevoegd van de Vrije Universiteit Brussel (Vakgroep Medische Sociologie) en de huisartsenvereniging Domus Medica. De huisartsen die meewerkten, zouden ook na de afronding van het onderzoek een elektronisch verslag van de onderzoeksresultaten ontvangen. Ongeveer een maand na de verzending van de vragenlijsten werd een schriftelijke herinnering verstuurd. Omdat de respons ook daarna laag bleef, besloten we de artsen op te bellen die drie weken na de schriftelijke herinnering nog steeds niet hadden gereageerd. We kregen de helft van deze groep aan de lijn, maar alle inspanningen ten spijt kregen we van de 1250 enquêtes slechts 204 bruikbare vragenlijsten terug. Dat staat voor een respons van 16.4%. Daarnaast ontvingen we ook nog 28 vragenlijsten van niet-beroepsactieve huisartsen, maar deze werden niet opgenomen in de analyse.

De resultaten van de enquête werden ter reflectie voorgelegd aan een drietal huisartsen en de huisartsenvereniging Domus Medica.

## **DE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK**

Bij de analyse van de vragenlijst werd een vergelijking gemaakt tussen verschillende categorieën huisartsen in functie van het geslacht, het aantal jaren praktijkervaring, het type praktijk (solopraktijk versus duo- of groepspraktijk) en het aantal patiënten. In deze synthese gaan we niet systematisch op deze verschillen in; enkel als ze zeer opvallend of relevant zijn, komen ze aan bod. Wie interesse heeft voor deze vergelijking, vindt in het volledige onderzoeksrapport alle details.

### **De vertrouwde met de patiëntenrechtenwet en het belang van het bestaan van deze wet**

Dat er een wet op de patiëntenrechten bestaat, vindt 85.3% van de huisartsen een belangrijke zaak. De vertrouwde met de wet is echter (nog) niet groot. Slechts 16.9% van de huisartsen voelt er zich goed tot zeer goed mee vertrouwd, de helft van de huisartsen (49.5%) matig en 33.7% weinig tot helemaal niet. Het gaat hier natuurlijk om een subjectief gevoel: op zich zegt dit niets over de feitelijke kennis of het naleven van de wet.

### **De communicatie met patiënten**

Ruim een kwart van de huisartsen (27.6%) vindt dat er tijdens de opleiding voldoende aandacht werd besteed aan aspecten van patiëntgerichte communicatie zoals luistervaardigheden, dialoog, duidelijk taalgebruik, .... Ruim een derde (37.9%) noemt de aandacht matig en 34.5% beoordeelt de aandacht voor patiëntgerichte communicatie als ronduit onvoldoende. In de hervormingen van de huisartsenopleiding tijdens de voorbije jaren kreeg patiëntgerichte communicatie heel wat meer nadruk. Daarom werd verwacht dat de jongste generatie huisartsen (met minder dan 22 jaar praktijkervaring) vaker de aandacht als voldoende zou beschouwen. Dat wordt in de resultaten inderdaad bevestigd.

In de praktijk blijkt een behoorlijk aantal huisartsen problemen te ondervinden met het goed informeren van 'patiënten in het algemeen' (36.5%). Méér problemen nog signaleren ze bij specifieke groepen zoals allochtone patiënten, patiënten met een psychische aandoening, laag opgeleide patiënten en personen met een handicap. Bij deze groepen geeft een meerderheid van de huisartsen moeilijkheden aan.

Ondanks het feit dat de jongste generatie huisartsen kon genieten van meer aandacht in de opleiding voor patiëntgerichte communicatie, blijkt ook bij hen de communicatie met 'patiënten in het algemeen' niet zo vlot te lopen.

**Tabel 1: Patiëntgerichte communicatie en communicatieproblemen**

	Huisartsen
Mate van aandacht voor patiëntgerichte communicatie tijdens de opleiding	27.6% voldoende 37.9% matig 34.5% onvoldoende
Ervaren communicatieproblemen met ...	
- patiënten in het algemeen	36.5%
- allochtone patiënten	68.8%
- patiënten met een psychische aandoening	65.5%
- laagopgeleide patiënten	59.3%
- personen met een handicap (bv. auditief)	54.6%

### Bedoelde en onbedoelde gevolgen van de patiëntenrechtenwet

Om een zicht te krijgen op positieve (bedoelde) en negatieve (onbedoelde) gevolgen van het naleven van de patiëntenrechtenwet, kregen de huisartsen zeven stellingen voorgelegd. In de tabel staat het percentage dat met de stelling akkoord gaat.

*Tabel 2: Bedoelde en onbedoelde gevolgen van de toepassing van de patiëntenrechtenwet*

	Huisartsen
"Door de toepassing van de patiëntenrechtenwet ..."	
Bedoelde gevolgen	
- krijgen patiënten duidelijkere informatie	60.9%
- weet ik beter welke informatie ik moet verschaffen	46.7%
- weet ik beter wanneer ik de patiënt de toestemming moet vragen voor de (be)handeling	44.2%
- is de samenwerking met mijn patiënten verbeterd	23.2%
Onbedoelde gevolgen	
- ben ik mij meer gaan indekken tegen juridische stappen van patiënten	50.3%
- is de relatie tussen arts en patiënt verzakelijk	48.0%
- ben ik te veel tijd kwijt aan het informeren van patiënten	29.0%

De meerderheid van de huisartsen staat noch uitgesproken positief, noch uitgesproken negatief tegenover de wet. Ruim 60% van de huisartsen ziet het als een positief effect dat de patiënten nu duidelijker geïnformeerd worden. Toch geeft ook een relatief omvangrijke groep weerstanden aan. Zo

zijn huisartsen zich meer gaan indekken tegen juridische stappen van patiënten of vinden ze dat door de wet de relatie tussen arts en patiënt verzakelijkt is.

### Het informeren van patiënten

Om de toestemming van een patiënt te kunnen krijgen, moet de beroepsbeoefenaar volgens de wet eerst informatie geven over verschillende aspecten van een (be)handeling. Uit de enquête blijkt dat huisartsen dat inderdaad voor de meeste aspecten doen. Minder aandacht besteden ze aan informatie over mogelijke alternatieven voor een onderzoek of behandeling en aan de mogelijke gevolgen van een weigering of het intrekken van de toestemming. Ook het financiële plaatje komt weinig in beeld: slechts een kwart van de huisartsen informeert de patiënt altijd of meestal over de mogelijke kosten. Meer dan één op zes geeft hierover zelfs zelden of nooit informatie.

Tabel 3: Informeren van patiënten

	Huisartsen
Patiënten worden altijd of meestal geïnformeerd over	
- het doel van het onderzoek of de (be)handeling	96.5%
- de aard van het onderzoek of de (be)handeling	95.0%
- de dringendheid	94.1%
- tegenaanwijzingen en risico's	70.3%
- mogelijke alternatieven voor een onderzoek of behandeling	53.7%
- mogelijke gevolgen bij weigering of intrekking van de toestemming	38.0%
- de kosten	25.4%

### De therapeutische exceptie

De therapeutische exceptie houdt in dat artsen onder bepaalde voorwaarden informatie over de gezondheidstoestand en de prognose van de patiënt mogen achterhouden. Dat is het geval wanneer ze van oordeel zijn dat deze informatie zeer waarschijnlijk de patiënt ernstig fysiek, psychologisch en emotioneel nadeel zou kunnen berokkenen.

Uit de enquête blijkt dat heel wat huisartsen af en toe gebruik maken van de therapeutische exceptie: tijdens de voorbije drie maanden werd 41.8% van de huisartsen minstens één keer hiermee geconfronteerd (24.4% één keer, 13.4% twee of drie keer, 4.0% meer dan drie keer). Als belangrijkste redenen verwijzen ze naar de psychisch labiele toestand van de patiënt en het feit dat bepaalde informatie het genezingsproces negatief zou kunnen beïnvloeden. Ook een onzekere prognose of een erg angstige patiënt worden relatief dikwijls als motivatie aangegeven om informatie achter te houden.

Het gebruik van de therapeutische exceptie is wettelijk aan een aantal regels gebonden. Zo moeten artsen vooraf een collega consulteren en een schriftelijke motivering toevoegen aan het patiëntendossier. Minder dan de helft van de huisartsen volgt deze wettelijke vereisten echter altijd of meestal op. Vier op de tien huisartsen maakt zelden of nooit werk van een schriftelijke motivering voor het patiëntendossier; 34.0% consulteert zelden of nooit een collega. Wél delen meer dan acht op de tien artsen (83,2%) de informatie mee aan de vertrouwenspersoon.

### De toestemmingsvereiste

Volgens de wet op de patiëntenrechten moet de patiënt zijn of haar toestemming geven voor het toedienen van medicatie, het uitvoeren van een onderzoek, het starten of stopzetten van een behandeling, het uitvoeren van een operatie, ... De meerderheid van de huisartsen is hiervan relatief goed op de hoogte. In bepaalde gevallen oordelen huisartsen dat ze van een toestemming mogen uitgaan. Dat is bijvoorbeeld het geval bij een 'futiele handeling', wanneer de patiënt aangeeft dat hij de beslissing liever overlaat aan de huisarts of wanneer de toestemming kan afgeleid worden uit het gedrag van de patiënt.

In de enquête werd gevraagd naar weigeringen door de patiënt van onderzoeken of behandelingen die door de huisarts noodzakelijk werden geacht. Tijdens de drie maanden die aan de enquête voorafgingen, werd 69.7% van de huisartsen met zo'n weigering geconfronteerd. De artsen verwijzen als reden naar psychologische motieven (71.9%), naar het feit dat de patiënt het onderzoek of de behandeling niet nodig achtte (69.8%), maar zeer opvallend ook vaak naar financiële redenen (53.2%)

### **Recht op inzage of afschrift van het patiëntendossier**

De wet voorziet het recht op inzage en een afschrift van het patiëntendossier, met uitzondering van de persoonlijke notities van de zorgverlener en informatie over derden. De meerderheid van de huisartsen heeft een correcte kennis van dit recht en gaat meestal ook in op een vraag ernaar. Sommige huisartsen zijn echter (foutief) van mening dat dit patiëntenrecht geldt voor het volledige dossier.

### **Vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger**

De begrippen 'vertrouwenspersoon' en 'vertegenwoordiger' zijn blijkbaar weinig gekend en worden vaak verward. Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen beter weten wat een vertegenwoordiger is dan wat een vertrouwenspersoon betekent.

Volgens de wet op de patiëntenrechten moet de naam van de vertrouwenspersoon genoteerd worden in het patiëntendossier. Dat wordt correct gedaan door 67.5% van de huisartsen.

### **Minderjarigen**

Huisartsen die tijdens de drie maanden vóór het invullen van de enquête te maken kregen met minderjarige patiënten, werden ook daarover bevraagd. Dat bleek het geval bij 94.1% van de huisartsen.

In de vragenlijst werd een reeks criteria opgesomd die gebruikt kunnen worden om de maturiteit van een minderjarige patiënt te beoordelen: heeft de patiënt de informatie duidelijk begrepen, komt hij op rationele gronden tot een besluit, kan hij voor- en nadelen afwegen, heeft hij inzicht in de aard en de gevolgen van een beslissing, heeft hij een voldoende realistisch beeld van de eigen gezondheidstoestand? De huisartsen blijken al deze criteria vaak te gebruiken.

Er werd ook gevraagd naar de procedures die de huisarts aanwendt om de maturiteit van een minderjarige te beoordelen. Dat kan het consulteren van een collega zijn of het te rade gaan bij de ouders of voogd. De meerderheid van de huisartsen (63.9%) gebruikt geen enkele procedure en vertrouwt voldoende op de eigen professionele deskundigheid en ervaring. De overigen praten vooral met de ouders of voogd (30.1%). Slechts 12.1% van de huisartsen beslist om een collega te consulteren.

De huisartsen schatten dat jongeren gemiddeld op 16 jaar voldoende rijp zijn om zelfstandig hun rechten uit te oefenen. Ze merken daarbij echter op dat de éne jongere de andere niet is en dat veel afhangt van de specifieke situatie.

## De klachtenbemiddeling

De vragenlijst peilde ook naar de kennis van de werking van de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. Dat is de dienst waar de patiënt terecht kan met klachten over onder meer een huisarts. Slechts 15.5% van de huisartsen bleek op de hoogte van de werking van deze Federale Ombudsdienst.

## Betaalbare gezondheidszorg

Twee stellingen in de enquête vroegen om een mening over de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België.

Tabel 4: Financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg

	Huisartsen
Een financieel toegankelijke gezondheidszorg is ook een patiëntenrecht	97.5%
Gezondheidszorg is in de praktijk voor de grote meerderheid van de patiënten betaalbaar	88.4%

Hoewel een financieel toegankelijke gezondheidszorg niet expliciet in de patiëntenrechtenwet is opgenomen, zijn bijna alle huisartsen van mening dat het hier wel degelijk om een patiëntenrecht gaat. Bijna negen op de tien huisartsen denken dat onze gezondheidszorg in de praktijk voor de grote meerderheid betaalbaar is.

## Het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet

De grote meerderheid van de respondenten (zowel artsen als verpleegkundigen) is van oordeel dat de wet ook voor andere beroeps categorieën zou moeten gelden, zoals gerontologen, seksuologen, psychologen, psychotherapeuten, verzorgenden en maatschappelijk werkers.

## CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR HET BELEID

### 1. Nood aan een ruimere bekendmaking van de patiëntenrechtenwet

Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de huisartsen zich matig vertrouwd voelt met de wet op de patiëntenrechten, één op de drie zelfs weinig of helemaal niet. Vooral de concepten 'vertrouwenspersoon' en 'vertegenwoordiger' blijken onbekende materie. Dat de patiëntenrechtenwet door beroepsbeoefenaars onvoldoende gekend is, staat ook te lezen in het jaarverslag 2004 van de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt <sup>2</sup>. Bovendien wezen we ook in ons vorige onderzoek (zie voetnoot <sup>1</sup>) op de lacunes in de kennis van artsen-specialisten en verpleegkundigen. Ook de patiënt blijkt onvoldoende op de hoogte te zijn van zijn rechten. Dat blijkt zowel uit het rapport 'Visie van de

<sup>2</sup> Dijkhoffz, H.W. (2005). Jaarverslag 2004, Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt, Nederlandstalig ombudspersoon. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

patiënt op belangrijke ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid' <sup>3</sup> als uit de jaarverslagen van de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt <sup>4</sup>.

Een ruimere bekendmaking van de wet dringt zich dus op, zowel bij de patiënten als bij de beroepsbeoefenaars. De Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt onderkende de noodzaak om voor beide groepen een tweede informatiecampagne te organiseren en ook meer bekendheid te geven aan de ombudsdienst. In juni 2007 werd de campagne *Wet Rechten van de Patiënt - Een uitnodiging tot dialoog* gelanceerd. In deze campagne ligt de nadruk op de vertrouwensrelatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar en op de wederzijdse verantwoordelijkheden die voortvloeien uit deze relatie. Wil men alle patiënten informeren, dan moet er extra aandacht zijn voor kwetsbare groepen zoals minderjarigen, wilsonbekwame patiënten, allochtone patiënten of patiënten met een handicap. Er zijn gerichte en aangepaste inspanningen nodig om ook deze groepen maximaal met de campagne te bereiken.

## **2. Onbedoelde effecten van de patiëntenrechtenwet vermijden**

De wet op de patiëntenrechten heeft allerminst tot doel een meer defensieve geneeskunde in het leven te roepen. Om dat te vermijden zijn maatregelen nodig. Zo zou men, in samenspraak met de patiënt, kwaliteitsnormen kunnen definiëren en invoeren voor de gezondheidszorg. De nadruk die in de nieuwe overheids campagne op de gedeelde verantwoordelijkheid gelegd wordt, kan ook beschouwd worden als onderdeel van een strategie om de defensieve houding van (huis)artsen en andere zorgverleners bij te sturen.

## **3. Meer aandacht voor patiëntgerichte communicatie en de relatie tussen arts en patiënt**

Voldoende aandacht in de huisartsenopleiding voor patiëntgerichte communicatie is en blijft zeer belangrijk. Daarbij hoort ook extra aandacht voor duidelijke en verstaanbare communicatie met kwetsbare groepen zoals allochtone patiënten, patiënten met een psychische aandoening, laagopgeleide en wilsonbekwame patiënten.

Meer aandacht tijdens de opleiding of de navorming zal echter niet volstaan. Er is ook nood aan een betere ondersteuning van de huisartspraktijk, bijvoorbeeld via interculturele bemiddeling voor allochtone patiënten of overlegmomenten met mantelzorgers en andere zorgverleners bij wilsonbekwame patiënten.

---

<sup>3</sup> Visie van de patiënt op belangrijke ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid. De wet op de rechten van de patiënt – De patiënt als expert. Psychiatrisch Centrum Ziekeren, Sint-Truiden i.s.m. het Vlaams Patiëntenplatform vzw, december 2004.

<sup>4</sup> Dijkhoffz, H.W. (2005). Jaarverslag 2004, Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt, Nederlandstalig ombudspersoon. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu Gryson, S. & Verhaegen, M.-N., m.m.v. Wilmotte, R. & Debreyne, V. (2006). Jaarverslag 2005, Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Gryson, S. & Verhaegen, M.-N., m.m.v. Wilmotte, R. & Debreyne, V. (2007). Jaarverslag 2006, Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Ook aan de communicatie over de aanpak van foutief en risicovol gezondheidsgedrag (stoppen met roken, gezonde voeding, meer beweging, ...) schort nog behoorlijk wat. Specifieke opleiding en het aanreiken van instrumenten in het kader van deze 'risicocommunicatie' zouden hieraan kunnen verhelpen.

Ten slotte moet ook gewerkt worden aan een mentaliteitsverandering, aan meer openheid en toegankelijkheid, om een evenwichtige relatie tussen huisarts en patiënt te bereiken.

#### **4. Patiënten meer en beter informeren**

In het kader van een *informed consent* (de vrijwillig verkregen toestemming van een patiënt voor een onderzoek of behandeling) wordt in de patiëntenrechtenwet een aantal elementen opgesomd waarover de zorgverlener de patiënt moet informeren. Het gaat onder meer over het doel of de aard van een onderzoek of behandeling, de graad van urgentie, relevante tegenaanwijzingen, ... De huisartsen informeren de patiënten over heel wat van deze elementen altijd of meestal, maar dat is niet voldoende. Alle aspecten moeten aan bod komen, ook de mogelijke alternatieven voor een behandeling of de gevolgen van een weigering, omdat ze een belangrijke rol kunnen spelen in het beslissingsproces van de patiënt. Vooral het prijskaartje van de medische zorg komt te weinig op tafel. Misschien moeten we duidelijker formuleren welke informatie de (huis)arts in verband met de kostprijs moet geven. Een opsplitsing naar verschillende types van kosten zou eventueel meer klaarheid kunnen brengen.

#### **5. De therapeutische exceptie vermijden**

De huisartsen maken nog steeds regelmatig gebruik van de therapeutische exceptie. In de meeste gevallen kan het (tijdelijk) achterhouden van informatie nochtans vermeden worden. De huisarts kan de 'moeilijke' informatie doseren in functie van de individuele draagkracht of een slechte prognose - op zichzelf geen reden voor een therapeutische exceptie – overbrengen in verschillende fasen. Het brengen van slecht nieuws vergt van de huisarts in elk geval de nodige communicatievaardigheid.

De voorwaarden zoals geformuleerd in de wet moeten gerespecteerd worden: het consulteren van een collega, de schriftelijke motivering in het patiëntendossier en het informeren van de vertrouwenspersoon. Het naleven van deze vereisten biedt ook een zekere mate van bescherming in verband met de onvermijdelijke 'afhankelijkheid' in de relatie tussen (huis)arts en patiënt.

Het invoeren van de therapeutische exceptie zal ook verminderen wanneer de huisarts (als hij het nodig acht) de patiënt tijdig doorverwijst naar een persoon of instantie die hem psychosociale ondersteuning en begeleiding kan bieden.

Om de autonomie van de patiënt te versterken moet misschien ook bekeken worden of het gebruik (en het wettelijk creëren van de mogelijkheid van het gebruik) van de therapeutische exceptie überhaupt wel een goede zaak is.

#### **6. Lage kostprijs voor inzage en afschrift van het patiëntendossier**

In het verleden zorgde de kostprijs voor de inzage en een afschrift van het patiëntendossier vooral nogal wat onduidelijkheid. In de uiteenlopende antwoorden op de vraag naar de aangerekende prijs komt tot uiting dat deze onduidelijkheid nog steeds niet opgehelderd is.

Voor het afschrift beperkt de wet zich tot de instructie dat het 'tegen kostprijs' moet gebeuren, zonder dat verder te specificeren. In het KB van 2 februari 2007 werden concrete maximumbedragen vastgelegd.

Wat de inzage van het dossier betreft, blijft de onduidelijkheid bestaan. De ombudsvrouwen van de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt <sup>5</sup> gaan er wel van uit dat dit recht - in tegenstelling tot het afschrift - gratis moet blijven. Alleen een reglementering zou een kostprijs kunnen rechtvaardigen, bijvoorbeeld als compensatie voor de tijd die de beroepsbeoefenaar investeert in een toelichting bij de inzage. De kostprijs moet hoe dan ook minimaal gehouden worden, zodat hij geen obstakel vormt voor het uitoefenen van het recht.

Bovendien zouden de patiëntendossiers zodanig aangepast moeten worden dat de inzage en een afschrift ervan zo eenvoudig mogelijk kunnen gebeuren.

## **7. Aanpassing van de regels voor de vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger**

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de rol en de verantwoordelijkheid van de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger weinig gekend zijn. Het verruimen van die kennis is dan ook één van de doelstellingen van de lopende informatiecampagne *Wet Rechten van de Patiënt – Een uitnodiging tot dialoog*.

Volgens de oorspronkelijke wetgeving op de patiëntenrechten kon een vertrouwenspersoon enkel aangesteld worden op schriftelijk verzoek van de patiënt. In navolging van een latere wet <sup>6</sup> moet de patiënt nu enkel nog schriftelijk een vertrouwenspersoon aanstellen voor het recht op inzage en afschrift van het dossier. In alle andere gevallen - zoals het doorgeven van informatie aan de vertrouwenspersoon, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt - volstaat een mondeling akkoord.

De (huis)arts blijft verplicht het verzoek van de patiënt en de identiteit van de vertrouwenspersoon in het patiëntendossier te noteren, zowel in het kader van het geven van informatie als van inzage en afschrift van het dossier. Twee derden van de huisartsen leeft deze regel correct na.

Voor de vertegenwoordiger zou men de beperkingen van het recht op inzage en afschrift na de dood van de patiënt moeten aanpassen. Op dit moment loopt er een scherpe breuklijn tussen de periodes voor en na de dood. De ouders van een minderjarige patiënt hebben bijvoorbeeld na het overlijden van hun kind alleen nog onrechtstreeks inzagerecht in het dossier. Die regel zou afgeschaft of tenminste genuanceerd moeten worden.

Er bestaat ook een nood aan meer richtlijnen in verband met de toestemming van de vertegenwoordiger als het gaat om het stoppen of staken van medisch zinloos handelen.

---

<sup>5</sup> Gryson, S. & Verhaegen, M.-N., m.m.v. Wilmotte, R. & Debreyne, V. (2007). Jaarverslag 2006, Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

<sup>6</sup> De wet van 13 december 2006 m.b.t. diverse bepalingen betreffende de gezondheid.

Bovendien zou het goed zijn om het gebruik van standaardformulieren te stimuleren voor de aanstelling van vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger, en het elektronisch medisch dossier ook in die richting aan te passen. Dat maakt ook de registratie van de formele aanstelling van een vertrouwenspersoon en vertegenwoordiger eenvoudiger. Modelformulieren zijn nu al beschikbaar bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

## **8. Regionale of provinciale ombudsdiensten voor alle klachten uit de eerstelijnszorg**

Uit de literatuur en uit het vorige onderzoek (zie voetnoot <sup>1</sup>) kwam naar voren dat de drempel om een klacht neer te leggen bij de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt dikwijls te hoog is. Wij zijn van mening dat het beter zou zijn provinciale of regionale ombudsdiensten te organiseren voor de klachten van patiënten over de eerstelijnszorg. Hierdoor zou de klachtenbemiddeling een stuk laagdrempeliger en vlotter toegankelijk worden. Dat vraagt natuurlijk om de nodige coördinatie. Voor een optimale organisatie van de klachtenbemiddeling is een uniforme registratie, rapportering en het openbaar maken van de klachten vereist. De ombudsdiensten zullen uiteraard ook vlotter kunnen werken als hun personeel een degelijke opleiding en permanente vorming krijgt.

Zolang er (nog) geen sprake is van een provinciaal of regionaal niveau willen we graag de volgende aanbevelingen formuleren in verband met de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. De dienst moet eerst en vooral werken aan een betere toegankelijkheid. Een laagdrempelig karakter en een goede toegankelijkheid zijn immers basisvoorwaarden om een klacht neer te leggen. Uiteraard moeten patiënten en beroepsbeoefenaars goed geïnformeerd worden over het bestaan en de werking van de Federale Ombudsdienst. Ook dat is een ambitie van de campagne *Wet Rechten van de Patiënt – Een uitnodiging tot dialoog*. Om optimaal te kunnen werken moet de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt over meer personeel kunnen beschikken dan vandaag het geval is.

## **9. Verder werken aan een betaalbare gezondheidszorg**

Het recht op betaalbaarheid vormt de basis van elke goede gezondheidszorg. Het beleid moet dan ook de nodige sociale maatregelen treffen die alle patiënten een betaalbare zorg garanderen. Hoewel dit recht (impliciet) gegarandeerd wordt in andere wetgeving, verdient het ook in de wet op de patiëntenrechten een expliciete vermelding. Een aanzienlijk percentage van de huisartsen meldt immers dat omwille van de kosten noodzakelijke onderzoeken en behandelingen worden geweigerd of uitgesteld.

In het onderzoek wordt ook regelmatig gewezen op de noodzaak om patiënten voldoende te informeren over de financiële aspecten van de zorg.

## **10. Een uitbreiding van het toepassingsgebied van de patiëntenrechtenwet**

De (grote) meerderheid van de huisartsen is van mening dat de patiëntenrechtenwet toegepast moet worden op een aantal andere beroepscategorieën: psychologen, psychotherapeuten, seksuologen, gerontologen, ... Wellicht is het zinvol het toepassingsgebied van de wet uit te breiden.

## 11. Minderjarige patiënten

Minderjarige patiënten stellen in de context van de patiëntenrechtenwet soms specifieke problemen. De oprichting van een werkgroep Minderjarigen in de schoot van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt is dus zeker zinvol.

## 12. Differentiatie bij de toepassing van de wet

'De' patiënt bestaat niet: tussen de verschillende categorieën patiënten en hun problematiek bestaan zeer grote verschillen. Een goede toepassing van de patiëntenrechtenwet vereist aan deze situaties aangepaste uitvoeringsbesluiten.

## 13. Een transparante regeling van de medische aansprakelijkheid

De vaststelling en schadeloosstelling bij tekortkomingen en medische fouten zou dringend een reglementaire basis moeten verkrijgen. Voor de medische aansprakelijkheid is een systeem nodig dat de medische schade vergoedt zonder dat het slachtoffer de bewijslast draagt. Dat is vandaag nog steeds niet zo. In oktober 2006 keurde de Ministerraad een wetsontwerp goed dat de invoering van de foutloze aansprakelijkheid regelt. In januari 2008 treedt dit systeem in werking. Het moet het mogelijk maken dat alle gevallen van abnormale schade vergoed worden zonder dat het slachtoffer de schuld van de zorgverlener moet bewijzen.

Een systematische registratie van de klachten en van het beroep dat op de disciplinaire instanties wordt gedaan, kan bovendien zorgen voor een sensibilisering van de zorgverleners. Zo wordt meteen een antwoord gegeven op één van de aanbevelingen uit ons voorgaand onderzoek: het oprichten van een centraal meldpunt voor medische ongevallen en fouten. Systematische registratie laat toe te coördineren en vormt de nodige basis voor wetenschappelijk onderzoek en concrete preventie.

## 14. Formuleren van praktische richtlijnen i.v.m. het opvolgen van de patiëntenrechtenwet door huisartsen.

Huisartsen moeten kunnen beschikken over een beknopte en praktijkgerichte toelichting van bepaalde elementen uit de wet. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld inzage vraagt in zijn dossier, kan de arts meteen zien welke stappen hij moet zetten, wat van hem wordt verwacht, welke procedures hij moet volgen, ...

## 15. Een definitie voor 'kwaliteitsvolle dienstverlening'

Ten slotte bestaat er een dringende nood aan een duidelijke definitie van goede en kwaliteitsvolle praktijk en dienstverlening.

**Onderzoek:** Schoonacker M. & Louckx F. *De wet op de patiëntenrechten. Kennis, attitudes en toepassingsbereidheid bij huisartsen in Vlaanderen.*, Vlaams Patiëntenplatform vzw (ed.), i.s.m. Vrije Universiteit Brussel, Heverlee, 2007, 176 p.