

# Dwangbehandeling: een ethisch kader

(revisie november 2020)

## 1. INLEIDING

De gedwongen behandeling of dwangbehandeling, blijft een moeilijk thema in de geestelijke gezondheidszorg en roept ook vele ethische vragen op. Een eerste belangrijk gegeven is dat 'behandeling' en 'dwang' twee zaken zijn die op het eerste zicht elkaar uitsluiten. De Belgische wet patiëntenrechten (2002) geeft immers duidelijk aan dat de regie in de zorg in de eerste plaats bij de zorgvrager zelf ligt. Uitgaande van de waarde van autonomie is het dus de zorgvrager die keuzes maakt in de behandeling, of een behandeling kan weigeren. In de somatische zorg wordt het meer en meer een vanzelfsprekendheid dat deze keuze daadwerkelijk wordt gerespecteerd, op voorwaarde dat er een correct proces van geïnformeerde toestemming aan ten grondslag ligt. Ook in de geestelijke gezondheidszorg staat het model van geïnformeerde toestemming centraal. Toch duiken er in de zorgpraktijk een aantal moeilijkheden of prangende (ethische) vragen op: Wat moet er gebeuren wanneer een zorgvrager (tijdelijk) niet in staat is om ter zake een weloverwogen beslissing te nemen? Kan iemand die onder een gedwongen statuut is opgenomen zomaar elke vorm van behandeling weigeren? Wat kunnen we doen wanneer er een duidelijk gevaar aanwezig is voor de zorgvrager zelf of diens omgeving?

Een tweede gegeven is het gebrek aan een duidelijk wettelijk kader voor de gedwongen behandeling in Vlaanderen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland en Frankrijk. De spreekwoordelijke grijze zone die aanwezig is in de wetgeving kan mogelijk twee gevaren met zich meebrengen. Enerzijds zou dit aanleiding kunnen geven tot situaties waarbij zorgvragers niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Anderzijds mag het hiaat in de wetgeving ook geen vrijgeleide zijn om de basisrechten of integriteit van de zorgvrager te schaden.

In deze visietekst willen we nadenken over of en hoe we de gedwongen behandeling op een menswaardige manier kunnen realiseren in onze voorzieningen en kunnen integreren in een model van 'goede zorg'. Hierbij vertrekken we vanuit een aantal situatieschetsen, die een beeld kunnen geven van waar men in de zorgpraktijk op botst. Vervolgens staan we stil bij de definitie van dwangbehandeling en onderscheiden we deze van andere begrippen zoals 'dwangmaatregelen' – onder andere fixatie of afzondering - en 'gedwongen opname'. In een volgend gedeelte staan we stil bij kernwaarden en grondhoudingen die centraal staan bij een gedwongen behandeling. Het is van vooraf aan duidelijk dat een aantal van deze waarden met elkaar in spanning zullen staan: hoe de

autonomie van de zorgvrager verenigen met diens recht op goede zorg, het opbouwen van een vertrouwensrelatie of het garanderen van veiligheid?

In het vijfde onderdeel van deze visietekst staan we kort stil bij het wettelijk kader rond dwangbehandeling en formuleren we enkele bedenkingen. Hierbij willen we ervoor zorgen dat lacunes in de wetgeving geen verlamdend effect hebben zodat de kwaliteit en de menswaardigheid van de zorg niet in het gedrang komt. Er wordt nagedacht over een aantal criteria die een zorgvuldige uitvoering van dwangbehandeling constitueren. Deze voorwaarden worden verder doorgedacht in het zesde onderdeel van deze tekst: 'gedwongen en toch verzorgd: een paradox?' Tot slot worden er enkele aanbevelingen geformuleerd naar onze voorzieningen en hulpverleners toe en wordt er een overzicht gegeven van het gebruikte bronnenmateriaal voor deze tekst.

## 2. SITUATIESCHETSEN<sup>1</sup>

- Walter wordt opgenomen met een ernstig psychotisch beeld. Hij werd door de politie naar het ziekenhuis gebracht, toen hij verschillende keren met zijn ogen dicht een drukke straat probeerde over te steken. Hij verklaarde zelf dat zijn talisman (een steen) hem en anderen zou beschermen tegen ongelukken. Walter heeft geen ziekte-inzicht en weigert om medicatie in te nemen. De zorgverleners beslissen om dit toch tegen zijn wil te doen. Eén van de teamleden stelt de vraag of het niet beter zou zijn om de medicatie heimelijk in het eten te mengen, om geen agressie uit te lokken.
- Katia is gedwongen opgenomen op de afdeling verslavingszorg. Katia is echter helemaal niet gemotiveerd om mee te werken aan de therapie. Wanneer ze keer op keer niet wil aansluiten aan de groepsgesprekken wordt Katia naar eigen zeggen door de hulpverleners én haar familie onder druk gezet om toch deel te nemen: "anders zal ik gestraft worden en zullen ze me nog langer hier houden! En thuis ben ik dan ook niet meer welkom". De hulpverleners hebben Katia immers uitgelegd dat de vrederechter door haar passieve houding wellicht de gedwongen opname zal verlengen. Katia zit tijdens de therapie sessies voor zich uit te staren en zegt niets.
- Al verschillende keren kwamen medepatiënten bij de hulpverleners klagen over het storend gedrag van Olga. Olga komt ongevraagd de kamers van de medepatiënten binnenlopen, speelt luide muziek af en maakt seksueel getinte opmerkingen naar medepatiënten en hulpverleners. Wanneer Olga hierover wordt aangesproken, wordt ze telkens agressief.
- Hadiya, die kampt met een depressie en regelmatig suïcidepogingen onderneemt, twijfelt of ze wil ingaan op de mogelijkheid tot een ECT-behandeling. Deze behandeling zou volgens het team

---

<sup>1</sup> Met deze voorbeelden willen we de lezer aanzetten tot nadenken over dit thema. De voorbeelden zijn in de praktijk niet steeds een aanleiding tot het overgaan tot dwangbehandeling of zijn geen rechtvaardiging hiertoe.

heel positieve (evidence based) effecten kunnen hebben. De vertegenwoordiger, haar broer, heeft hier echter problemen mee en weigert medewerking.

- Kurt lijdt aan wanen waarbij hij denkt dat hij Jezus is. Naast het feit dat hij soms heel druk kan doen tegen medepatiënten en verzorgers, doet Kurt eigenlijk geen vlieg kwaad. Voor zijn vrouw, Sofie, en zijn twee kinderen is deze situatie echter onhoudbaar: Kurt is eigenlijk helemaal niet meer in hen geïnteresseerd. Sofie eist dan ook van de hulpverleners dat Kurt zijn medicatie zou innemen, ook al wil hij dit zelf niet.

- Stan voelt zich enkele weken na zijn opname wegens bipolaire stoornis weer een heel stuk beter. Eigenlijk ondervindt hij van zijn medicatie enkel nog de bijwerkingen: hij voelt zich als een robot en heeft bovendien last van een sterk verminderd libido. Hij besluit dan ook om zijn medicatie niet langer in te nemen, dit tegen het advies van de zorgverleners in. Bij de drie voorgaande opnames deed Stan dit immers ook, wat telkens tot herval heeft geleid. Het team vraagt zich af of ze Stan kunnen en moeten dwingen de medicatie in te nemen...

### 3. DEFINITIE EN ETHISCHE BEDENKINGEN

Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft in een advies uit 2003 een *gedwongen behandeling* als volgt omschreven: “een gedwongen behandeling is elke interventie – zij het van fysieke, psychologische of sociale aard – met een therapeutisch doel, toegepast op een persoon die een psychiatrische stoornis vertoont, die ofwel in staat is zijn/haar toestemming voor de behandeling te geven en deze toestemming niet geeft, ofwel niet in staat is toe te stemmen en de behandeling weigert. Het begrip dwang is dimensioneel te beschouwen en bevindt zich op een continuüm, gaande van de passieve aanvaarding van de patiënt tot de door de arts opgelegde behandeling niettegenstaande de weigering van de patiënt”.

De therapeutische doelstelling van de gedwongen behandeling onderscheidt dit concept dus enigszins van *dwangmaatregelen of vrijheidsbeperkende maatregelen* genomen in het kader van een noodsituatie waarbij de zorgvrager zelf of derden in gevaar zijn, zoals een afzonderingsmaatregel in het kader van agressie of suïcidepreventie. Toch kan men de vraag opwerpen of ook deze maatregelen niet indirect een therapeutisch doel voor ogen hebben. De intentie van de handeling lijkt dus een belangrijk criterium te zijn. Zo kan het onder dwang toedienen van kalmerende of sederende medicatie afhankelijk van de intentie in sommige gevallen een dwangmaatregel zijn en in andere gevallen een vorm van gedwongen behandeling. Ook wordt behandeling hier breed omschreven: het kan zowel gaan over medicatie, therapie, voeding of vocht, enz.

Bovendien maakt deze definitie ook geen onderscheid of de gedwongen behandeling gebeurt bij een wilsbekwame of wilsonbekwame zorgvrager. Hier rijst onmiddellijk de ethische vraag of, en waarom een volledig wilsbekwame zorgvrager een weloverwogen en noodzakelijke behandeling in diens voordeel zou weigeren. Een invoelbare reden tot weigering van bepaalde medicatie betreft de impact op de levenskwaliteit van de zorgvrager zoals bijvoorbeeld sufheid, vermindering libido, gewichtstoename. Dit geeft in de eerste plaats tot overleg tussen zorgvrager en zorgverlener en de zoektocht naar een alternatief met minder bijwerkingen.

De definitie van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek stelt evenwel niet duidelijk dat de *gedwongen opname* (een wettelijk statuut uitgesproken door een vrederechter) als voorwaarde zou gelden voor de gedwongen behandeling. Het gedwongen karakter toont zich ook niet altijd in uitdrukkelijke weigering of verzet, maar soms ook door de passieve aanvaarding van de zorgvrager. Bedenking hierbij is hoe men als hulpverlener deze passieve aanvaarding dan kan herkennen enerzijds en hoe men op een correcte manier met de uitdrukkelijke weigering kan omgaan anderzijds. Ook het gevaarscriterium (eventueel breed beschouwd, en dit voor de zorgvrager zelf of voor anderen), eveneens een ethische geladen afweging, werd niet in deze definitie opgenomen.

Vanuit al deze bedenkingen willen we nadenken over criteria die het zorgvuldig omgaan met gedwongen behandeling mogelijk maakt. Eerst gaan we echter in op een aantal kernwaarden en grondhoudingen die op de voorgrond treden bij het toepassen van een gedwongen behandeling.

## 4. KERNWAARDEN EN GRONDHOUDINGEN

Hieronder komen een aantal belangrijke kernwaarden en grondhoudingen aan bod die in vele concrete gevallen meespelen in het nadenken over en uitvoeren van dwangbehandeling. Vaak komen deze waarden ook in spanning met elkaar te staan. De volgorde waarin deze waarden hieronder worden opgesomd zegt niets over hun respectievelijk belang in het algemeen of hun respectievelijk gewicht in een bepaalde situatie.

Een eerste spanningsveld is dit tussen het respecteren van de **autonomie** van de zorgvrager enerzijds en het **bieden van optimale zorg** en in sommige gevallen **veiligheid** anderzijds. Het uitvoeren van een gedwongen behandeling is immers een duidelijke inperking van de vrijheid van een persoon, waarbij hulpverleners als doel voor ogen hebben goede zorg te verlenen en eventuele schade bij de zorgvrager zelf of diens omgeving te beperken. Veiligheid heeft drie lagen: veiligheid als onderdeel van zorg; maar ook de veiligheid voor de hulpverlener; en de maatschappij of context.

Een tweede spanningsveld, nauw gerelateerd aan het eerste, betreft een **respectvolle en menswaardige houding die van de hulpverlener wordt verwacht**, in de **moeilijke context van het**

**uitoefenen van dwang.** Van de hulpverlener mag immers worden verwacht dat hij/zij te allen tijde op een **respectvolle** manier blijft omgaan met de zorgvrager, menswaardig en **zorgvuldig** handelt. Belangrijk hierbij is dat men zo veel mogelijk inzet op **dialogo** en **open communicatie** met alle betrokkenen en zoekt naar manieren om de **vertrouwensrelatie** tussen al deze betrokkenen zo min mogelijk te schaden en zoveel mogelijk te bevorderen. Bij de hulpverlener zou er een reflex van ‘dwanghouding’ kunnen optreden: een reflex om afstand te creëren, terwijl nabijheid juist in deze situatie erg nodig en belangrijk is.

Een laatste delicaat evenwicht situeert zich op het vlak van **proportionaliteit** en het nemen van **verantwoordelijkheid**. Van hulpverleners verwachten we immers dat ze aangepaste zorg verlenen, dat ze zorgvuldig handelen en zich eveneens ‘**raakbaar**’ en empathisch durven op te stellen voor de situatie van de zorgvrager. Er is een gedurig zoeken naar een juiste balans tussen kansen geven, **creatief** proberen omgaan met elke situatie, in dialoog gaan, risico’s nemen en toch ingrijpen wanneer dit echt nodig is. Van een hulpverlener verwachten we met andere woorden dat hij rustig blijft, ook in moeilijke omstandigheden, en niet handelt uit angst dat er iets fout zal gebeuren.

## 5. JURIDISCH KADER

Wettelijk is er rond het thema van dwangbehandeling in België nauwelijks iets geregeld of jurisprudentie voorhanden. De wet patiëntenrechten gaat steeds uit van het basisprincipe van geïnformeerde toestemming, en voorziet in uitzonderingssituaties bij wilsonbekwaamheid of een noodtoestand. Het heimelijk toedienen van medicatie, waarbij noch de zorgvrager noch de vertegenwoordiger op de hoogte zijn, heeft juridisch geen grond. Het valt duidelijk te onderscheiden van het toedienen van medicatie onder dwang, wat ‘openlijk’ gebeurt. Bovendien schaadt het heimelijk toedienen van medicatie ook op ernstige wijze de vertrouwensrelatie met alle betrokkenen en kunnen ook belangrijk medische risico’s op die manier onopgemerkt blijven of onderschat worden gezien de patiënt zelf geen weet heeft van de toedoening (bijvoorbeeld allergische of toxische reacties).

Gezien de afwezigheid van concrete wetgeving inzake dwangbehandeling, is het Advies van de hoge gezondheidsraad, waarvan hieronder een uittreksel werd toegevoegd, mogelijks erg bruikbaar als kader. De passage vinden we eveneens terug in de bijlage bij deze visietekst (p19). Dit advies in bijlage (p 9-24), ontwikkeld door zorgverleners werkzaam op de crisisafdeling van PZ Onzelvevrouw Brugge, geeft een goed overzicht van de (internationale) wetgeving, inzake het toedienen van medicatie onder dwang bij spoedeisende situaties, alsook enkele goede praktijken, inclusief een beslissingsboom voor hulpverleners.

Uittreksel Advies hoge gezondheidsraad juni 2016, “omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg”:

*Vanuit juridisch perspectief, volgens het advies van de Raad van Europa (rec(2004)10) en volgens de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS 26.09.2002):*

- a. De patiënt moet lijden aan een psychiatrische aandoening.
- b. De toestand van de patiënt houdt een reëel risico voor zijn eigen gezondheid en voor die van anderen in.
- c. Er is geen enkel minder ingrijpend interventiemiddel om de gepaste zorg toe te dienen.
- d. Er wordt rekening gehouden met de mening van de betrokkene.
- e. De dwangbehandeling moet schriftelijk worden vastgelegd en moet ook met regelmatige tussenpozen opnieuw worden beoordeeld.

*Vanuit deontologisch perspectief:*

- a. Een dwangbehandeling is enkel aanvaardbaar binnen een medisch en verpleegkundig kader dat voldoende professionele controle van dergelijke patiënten garandeert.
- b. De geboden zorg moet zorgvuldig en gewetensvol worden toegediend en moet stroken met de wetenschappelijke kennis.
- c. De patiënt of zijn vertegenwoordiger moet op de hoogte worden gebracht van de geplande of uitgevoerde dwangbehandeling.
- d. De patiënt krijgt de mogelijkheid om een door hem gekozen zorgverlener te raadplegen voor een tweede opinie.

## 6. GEDWONGEN EN TOCH VERZORGD: EEN PARADOX? CRITERIA VOOR EEN HUMAAN BELEID BIJ DWANGBEHANDELING

Vooraleer er sprake is van dwang in de zorgverlening is het belangrijk om aan te geven dat dialoog en overleg de kern vormen van wat we als goede zorg beschouwen. Ook wordt de dialoog niet beperkt tot iets dat enkel 'voora' moet worden gevoerd, maar iets dat gedurig, ook tijdens en na bepaalde ingrijpende handelingen op de eerste plaats komt. Het gebruik van dwang is dus steeds een laatste redmiddel, dat goed overwogen en zo beperkt mogelijk wordt toegepast. Hieronder schetsen we bovendien enkele belangrijke criteria die hierbij zorgvuldig moeten worden ingeschat en afgewogen.

### ● **Wilsbekwaamheid**

Een eerste element dat we willen uitklaren is de verhouding tussen de gedwongen behandeling en de wilsbekwaamheid van de zorgvrager. In tegenstelling tot de definitie gegeven door het

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, zijn we van oordeel dat een gedwongen behandeling enkel gerechtvaardigd kan worden indien de zorgvrager (tijdelijk) wilsonbekwaam is. Een wilsbekwame zorgvrager heeft immers steeds het recht om de regie over zijn/haar behandeling te houden.

Dit verlegt de moeilijkheid naar de inschatting van de beslissingsbekwaamheid van de zorgvrager. Juridisch gezien wordt eenieder wilsbekwaam geacht, tenzij er grondige argumenten zijn om het tegendeel te vermoeden. Deze argumenten of criteria, die hier niet in hun volledigheid uitgewerkt kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het vermogen van de zorgvrager om informatie al dan niet te begrijpen, het vermogen om al dan niet een afweging te kunnen maken van de gevolgen van bepaalde handelingen enz. Het is belangrijk om mee te nemen dat wilsbekwaamheid vaak niet een situatie van alles of niets is, maar heel vaak partieel en gradueel verloopt. Zo kan een persoon wel bekwaam zijn om geldzaken te beheren, maar wegens gebrekkig ziekte-inzicht moeilijk een inschatting maken over het gebruik van medicatie. Overigens fluctueert wilsonbekwaamheid in de tijd. Zo kan een persoon tijdelijk wilsonbekwaam zijn tijdens crisismomenten of bij intoxicatie. Het is als zorgverlener en team ook belangrijk om op een kritische manier naar de invoelbaarheid van de argumenten van een zorgvrager te kijken. Niet iedereen die jouw persoonlijke mening niet deelt, is ook wilsonbekwaam. De inschatting van beslissingsbekwaamheid is in de praktijk geen evident gegeven, en wordt het best afgewogen in een multidisciplinair team. Ook bestaan er verschillende tools, zoals MACAT (Capacity Assessment Tool), procedures en literatuur die criteria en overwegingen aanreiken om deze beoordeling zorgvuldig te kunnen maken.

- **Gevaar/ verlies van integriteit**

Een tweede element is een gevaarscriterium. Een gedwongen behandeling kan enkel worden toegepast indien deze handeling ernstig gevaar of nadeel kan voorkomen of inperken. Dit nadeel kan voor de zorgvrager zelf zijn, maar ook voor diens omgeving. In dit opzicht pleiten we voor een vorm van bemoeizorg of aanklappende zorg: als zorgverleners willen we de regie over de behandeling zo veel mogelijk bij de zorgvrager zelf laten, maar willen we tegelijk ingrijpen wanneer de integriteit van de persoon zelf of diens omgeving ernstig in het gedrang komt. Hierbij houden we steeds het belang, 'het goede' voor de zorgvrager voor ogen. Hoewel dit heel paradoxaal en zelfs 'paternalistisch' klinkt, hoeft dit in de praktijk niet zo te zijn. Een gedwongen behandeling kan immers, net zoals het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, op lange termijn juist autonomie-bevorderend werken. Zo kan het toedienen van medicatie bij een zorgvrager met weinig of zelfs zonder ziekte-inzicht helpen om tot een situatie van inzicht te komen, herval te vermijden of schade op alle gebied bij de omgeving te voorkomen. Belangrijk hierbij is dat we echter niet te snel willen ingrijpen en de zorgvrager voldoende ruimte, tijd en inspraak geven. Zo moet de klacht van de zorgvrager over bepaalde bijwerkingen ernstig genomen worden en dient er gekeken te worden naar valide alternatieven of dosering. Er dient steeds rekening gehouden te worden met de beleving van de zorgvrager, die vaak heel anders is dan hoe buitenstaanders de situatie waarnemen en ervaren.

- **Gedwongen opname**

Hoewel het juridisch gezien wellicht wenselijk is om een dwangbehandeling steeds in het kader van een gedwongen opname te laten gebeuren, is dit vanuit ethisch oogpunt niet steeds nodig of wenselijk.

Eerst en vooral is het niet zo dat een gedwongen opname steeds een gedwongen behandeling impliceert. Een zorgvrager kan immers bereid zijn om zich, ook binnen het kader van een (langdurige) gedwongen opname, te houden aan de voorgestelde behandeling en therapie. Verder kan een wilsbekwame zorgvrager binnen het statuut van gedwongen opname zich verzetten tegen de behandeling, op voorwaarde dat hij/zij dit vanuit wilsbekwaamheid en op basis van invoelbare argumentatie doet.

De omgekeerde vraag is of elke dwangbehandeling moet gebeuren binnen het statuut van gedwongen opname. Hiervoor willen we weer verwijzen naar het gevaarscriterium of het verlies van integriteit voor zichzelf of een ander. Een kort, gedwongen ingrijpen op crisismomenten bij zorgvragers die niet gedwongen zijn opgenomen kan immers vaak veel schade voorkomen. Het is hierbij vanuit ethisch oogpunt niet steeds nodig de vaak ingrijpende procedure van gedwongen opname te starten. De evaluatie hierover dient met de verantwoordelijke arts, het team, naastbetrokkenen en uiteraard de zorgvrager zelf te gebeuren. Deze laatste kan bijvoorbeeld ook een crisisplan opstellen, waarbij hij/zij zelf toestemming geeft om op bepaalde momenten in te grijpen, zelfs indien hij/zij op een moment van wilsbekwaamheid hier zelf verzet zou tegen aantekenen.

- **Geen alternatieven & kleinste kwaad**

Het spreekt voor zich dat een gedwongen behandeling enkel een laatste redmiddel mag zijn. De impact op de vertrouwensband is vaak immers zeer groot. Indien een zorgvrager door dialoog, overleg en (sturende) motivatie ertoe gebracht kan worden om toch bepaalde medicatie in te nemen of naar een bepaalde therapiesessie te gaan, is gedwongen ingrijpen dus uiteraard niet nodig. Te allen tijde proberen we de zorgvrager zoveel mogelijk (gedeeld) verantwoordelijk te maken in diens behandelingsproces. Indien dwangbehandeling nodig blijkt, dient deze zich te beperken tot de kleinst mogelijke vorm en kortst mogelijke duur. Deze zaken moeten in iedere situatie opnieuw afgewogen worden en veronderstellen ook een cultuur waarin gevoelens van onmacht bij zorgverleners open worden besproken: wat maakt dat we vinden dat nu 'de maat vol is'? Ook dienen we na te gaan in welke mate de context meespeelt in het opstarten van een gedwongen behandeling en of er geen alternatieven of creatieve manieren mogelijk zijn om met de situatie om te gaan. Net zoals bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen staan we voor een aanpak van '*positive risktaking*', waarbij we de zorgvrager zo veel mogelijk vrijheid geven, terwijl we tegelijkertijd nabij blijven.



Samenvattend kunnen we dus stellen dat gedwongen behandeling in onze voorzieningen enkel kan worden toegepast indien de zorgvrager niet wilsbekwaam is en er een gevaarscriterium aanwezig is. We willen pleiten voor een model van aanklampende zorg, waarbij het hulpverlenend team de regie over de behandeling zo veel mogelijk bij de persoon zelf laat en waarbij het kader van gedwongen opname niet altijd noodzakelijk is. Als zorgverleners blijven we echter steeds nabij en scheppen in overleg met alle betrokkenen een duidelijk kader. Hierbij grijpen we in wanneer er ernstig gevaar of schade dreigt voor de integriteit van de persoon of diens omgeving. Gedwongen behandeling dient steeds als een laatste redmiddel te worden gezien, in een cultuur waarin overleg en creativiteit centraal staan. Dwangbehandeling staat niet haaks op het hersteldenken, maar kan juist positief benaderd worden als een zo kort mogelijk durende handeling waarbij we in crisismomenten kunnen overnemen om zo de regie op langere termijn bij de zorgverlener te brengen.

## 7. AANBEVELINGEN

- **Tijd nemen/krijgen voor dialoog met alle betrokkenen**

Dit betekent dat hulpverleners, ook bij het toedienen van behandeling onder dwang, de ruimte en de verantwoordelijkheid krijgen om de verschillende handelingen zo goed als mogelijk op een serene manier te duiden en te motiveren naar de zorgvrager en diens context toe. In geen geval kunnen we een situatie creëren of ondersteunen waarin de zorgvrager en/of de vertegenwoordiger niet correct worden geïnformeerd over de gehanteerde behandeling of medicatie.

- **Beslissing rond dwangbehandeling gebeurt na interdisciplinair overleg**

Het nemen van de beslissing om dwangbehandeling op te starten heeft vergaande gevolgen voor de betrokkenen, en kan dus het beste worden genomen in overleg met het interdisciplinair team. Uiteraard dient er een opdeling gemaakt te worden tussen spoedeisende situaties met dringende en voorlopige maatregelen enerzijds en effectieve (langdurige) behandeling anderzijds. In het geval van een spoedeisende- of noodsituatie, wordt deze situatie nadien interdisciplinair besproken.

- **Overleg en advies inwinnen van (externe) experts**

Naast het belang om bij dwangbehandeling overleg te plegen binnen het team, kan het aangewezen zijn om ook externen, met specifieke expertise, te raadplegen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om personen met bijzondere expertise rond een bepaalde aandoening/pathologie, ervaringsdeskundigheid, of juridische of zorg ethische expertise.

- **Gebruiken van tools**

Er zijn verschillende tools ontwikkeld om het zorgvuldig gebruik van dwangbehandeling of de preventie ervan te ondersteunen. Hierbij denken we aan het hanteren van een beslissingsboom(

zoals toegevoegd in bijlage) of het werken met een crisiskaart (opgelet: een crisiskaart geeft geen echt 'mandaat' aan de hulpverlener, maar is wel geschikt als preventieve tool). Ook zijn er verschillende tools voorhanden om de wilsbekwaamheid van een zorgvrager in te schatten, zoals de MACAT schaal.

- **Reflectie en intervisie rond het 'kantelpunt'**

Wanneer en waarom werd beslist om toch over te gaan tot dwangbehandeling? Het is belangrijk om als hulpverlenend team stil te staan (bijvoorbeeld in het kader van intervisie of moreel beraad) bij dit kantelmoment. Dit kan de draagkracht vergroten van de hulpverlener in toekomstige situaties waar hij een cliënt ziet afglijden. Hierbij willen we het belang van intervisie (al dan niet begeleid door een externe expert) en het stilstaan bij de achterliggende grondhoudingen nogmaals onderstrepen.

- **Monitoring**

Het is van belang om een situatie waarbij dwangbehandeling werd opgestart goed te monitoren. Hieronder verstaan we onder meer het zorgvuldig bijhouden van het overleg en de verschillende stappen in het dossier, en het regelmatig opvolgen en evalueren van de situatie.

- **Werken aan een context die inzet op creativiteit, vorming en mensen**

Een situatie van dwangbehandeling goed uitvoeren, opvolgen en kritisch in vraag stellen vraagt voldoende tijd en middelen. Intensifiëring van de zorg binnen de voorzieningen kan hiertoe een middel zijn. Belangrijk is hier om niet enkel aandacht te hebben voor de situaties op de crisisafdeling. Ook voldoende middelen vrijmaken voor vorming en medewerkers de ruimte geven om creatief om te gaan met een situatie maakt deel uit van een goed beleid.

- **Inzetten op gedegen algemene preventie binnen de voorziening**

## 8. BRONNEN

- Gedwongen behandeling bij gedwongen opname: advies 21 (2003) van het raadgevend comité voor bio-ethiek.
- Visietekst: Dwangbehandeling afdeling 51 (lokale adviestekst PZ Onze Lieve Vrouw), 2017.
- Herman NYS: Recht en bio-ethiek, 2015.
- Manne Sjöstrand & Gert Helgesonn: Coercive Treatment and Autonomy in Psychiatry, Bioethics 2008.
- Kathleen A. Sheehan: Compulsory Treatment in Psychiatry, Current Opinion in Psychiatry 2009.
- Tilman Steinert: Ethics of Coercive Treatment and Misuse of Psychiatry, Psychiatric Services 2017.
- Eva Lejman, Margareta Westerbotn et al.: The Ethics of Coercive Treatment of People with Dementia, Nursing Ethics 2013.
- Chris Gastmans & Eva Strubbe: Beslissen over dwangbehandeling: Een Belgisch praktijkvoorstel, 2002.
- Axel Liégeois: Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie, tijdschrift voor psychiatrie 2018.

# BIJLAGE:

## ‘Visietekst: DWANGBEHANDELING AFDELING 51’

### 1. INLEIDING

Sinds 2002 zijn de rechten van de patiënt duidelijk omschreven in de Belgische wetgeving. Het paternalistische patroon waarbinnen de arts zegt wat de patiënt dient te ondergaan en waarbij er geen rekening gehouden wordt met de wensen van de patiënt, behoort tot de verleden tijd.

Maar hoe valt het respect voor de persoonlijke autonomie van de patiënt en de bescherming van zijn integriteit te rijmen met de toepassing van een gedwongen behandeling? Dienen we de wil van een psychiatrische patiënt wanneer die een behandeling afwijst, te respecteren of ‘helpen’ we deze persoon beter onder dwang? Wat met een geesteszieke patiënt die schadelijk gedrag stelt voor zichzelf of voor zijn omgeving? <sup>2</sup>

Er is weinig literatuur terug te vinden over dit onderwerp. Onze nationale wetgeving vertoont hiaten. Nergens is een compleet uitgewerkte regeling terug te vinden die de gedwongen behandeling van patiënten met een psychiatrische problematiek mogelijk maakt. De medische deontologie noch de rechtspraak lijken deze leemte te kunnen invullen.<sup>3</sup> Psychiaters hebben dan ook vaak het gevoel wettelijk eerder onbeschermd te staan in het starten van een noodzakelijke behandeling die ingaat tegen de wil van de patiënt.<sup>4</sup>

In deze tekst worden eerst een aantal kernbegrippen verduidelijkt. Er volgen verwijzingen naar het internationaal- en Europeesrechtelijk kader. Daarna wordt stilgestaan bij de bestaande Belgische wetgeving. Uiteindelijk worden voorzorgsbeginselen geformuleerd waaraan een dwangbehandeling moet voldoen en wordt een praktisch toepasbare beslisboom uitgewerkt.

### 2. DEFINITIES EN BEGRIPPEN

#### **Geestesziek(t)e**

Zowel in de internationale regelgeving als in de nationale wetgeving worden de begrippen

---

<sup>2</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding ‘master in de rechten’, *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 8

<sup>3</sup> H. NYS, “De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Enkele medischrechtelijke problemen” in P. SENAËVE (ed.), *Het statuut van de geestesgestoorden*, Antwerpen, Maklu, 1999, 79, nr. 155.

<sup>4</sup> <http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/publicaties/Documents/wetenschappelijk%20onderzoek%20go.pdf> (consultatie 4 mei 2012).

geestesziekte, geestesstoornis, krankzinnigheid of ongezondheid van geest gehanteerd. 5De term psychiatrische problematiek omvat deze begrippen. Ondanks de veelheid aan termen is nergens een duidelijke omschrijving terug te vinden van de concrete inhoud.

## Dwangbehandeling

Dwang betekent dat men tot iets, in casu tot een behandeling, wordt genoodzaakt.<sup>6</sup> De behandeling wordt dan uitgevoerd zonder dat de toelating daarvoor is gevraagd aan de patiënt. Ook wanneer de weigering van een behandeling wordt genegeerd zal er sprake zijn van dwang.<sup>7</sup>

In het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek wordt dwangbehandeling omschreven als “de behandeling die wordt toegepast op een persoon die in staat is zijn toestemming te geven, maar die dit weigert of op een persoon die niet in staat is toe te stemmen, maar zich tegen de behandeling verzet”.<sup>8</sup>

## Dwangmaatregelen

De dwangbehandeling moet worden onderscheiden van het gebruik van dwangmaatregelen. Bij het toepassen van dwangmaatregelen zoals fixatie en isolatie is het de bedoeling om een tijdelijke crisissituatie op te vangen. De crisis bestaat erin dat de patiënt een onaanvaardbaar ernstig en actueel gevaar oplevert voor zichzelf of voor anderen.<sup>9</sup> Deze maatregelen vormen op zich geen behandeling.<sup>10</sup> De werking van de dwangmaatregelen mag de duur van de crisissituatie niet overschrijden. Aangezien dwangmaatregelen in ons land onder de noemer ‘gezondheidszorg’ in de zin van de Wet Patiëntenrechten vallen, geldt voor hen dezelfde regeling als voor een behandeling.<sup>11</sup>

## Drang

Bij drang probeert men de patiënt of zijn plaatsvervanger te overtuigen om toch de toelating tot een behandeling te geven.<sup>12</sup> Er wordt druk uitgeoefend om de aangeboden hulpverlening te aanvaarden. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de overredingskracht van de hulpverlener of de verwijzende instantie die gebruik maakt van het gezag dat aan hem wordt toegekend. Bij drang wordt een bepaalde optie aantrekkelijk gemaakt door er een voordeel aan te verbinden. Drang is een lichtere vorm van gedwongenheid dan dwang. Er is bij drang nog enigszins sprake van een keuzevrijheid.<sup>13</sup>

## Informed consent

Het informed consent beginsel wordt aanzien als een uitdrukking van het recht op persoonlijke

---

<sup>5</sup> J. PUT, M. ROM en I. VAN DER STRAETE, *Geesteszieke minderjarigen en dwang. Vrijheidsberoving, dwangopname, vrijheidsbeperking en dwangbehandeling van geesteszieke minderjarigen*, Gent, Larcier, 2007, 16, nr. 33.

<sup>6</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 654, nr. 834.

<sup>7</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 656, nr. 835.

<sup>8</sup> Advies gedwongen behandeling, 3 (consultatie 7 april 2012).

<sup>9</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 664, nr. 844.

<sup>10</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 664, nr. 844.

<sup>11</sup> M.- N. VEYS, *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie: in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*, Gent, Larcier, 2008, 132.

<sup>12</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 656, nr. 836; M.- N. VEYS, *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie: in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*, Gent, Larcier, 2008, 147.

<sup>13</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding ‘master in de rechten’, *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 12

autonomie.<sup>14</sup> Puur taalkundig bekeken geeft het beginsel perfect zijn inhoud weer: informed verwijst naar het recht op informatie, terwijl consent staat voor het recht om toe te stemmen.<sup>15</sup> Een interventie op het gebied van de gezondheidszorg mag slechts worden uitgevoerd nadat de betrokken persoon zijn vrije en geïnformeerde toestemming heeft gegeven.

In de regel beslist de handelings- en wilsbekwame patiënt alleen.<sup>16</sup> De Wet Patiëntenrechten laat de uitoefening van de rechten van een minderjarige over aan zijn ouder(s) of zijn voogd.<sup>17</sup> Volgens deze wet moet de minderjarige door de arts betrokken worden bij de uitoefening van zijn rechten, rekening houdend met zijn leeftijd en graad van maturiteit.<sup>18</sup> Indien een meerderjarige patiënt valt onder het specifiek beschermingsregime van de verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring<sup>19</sup>, dan wordt deze patiënt gelijkgesteld met een mature minderjarige patiënt. Zijn recht op geïnformeerde toestemming wordt uitgeoefend door de ouder(s) of voogd.

Patiënten kunnen ten gevolge van een psychiatrische stoornis tijdelijk (feitelijk) onbekwaam zijn om hun rechten als patiënt uit te oefenen.<sup>20</sup> De wet bevat geen criteria om uit te maken vanaf wanneer een patiënt geacht moet worden niet meer in staat te zijn zelf zijn rechten uit te oefenen, waardoor het aan de arts toekomt om over de feitelijke wilsbekwaamheid te oordelen.<sup>21</sup> Indien de arts van oordeel is dat een persoon feitelijk wilsonbekwaam is, zal deze persoon moeten vertegenwoordigd worden.<sup>22</sup>

De Wet Patiëntenrechten voorziet een cascaderegeling voor de vertegenwoordiging van deze feitelijke onbekwame patiënten.<sup>23</sup>

## Informed refusal

Een patiënt heeft, naar analogie met het recht om op geïnformeerde basis een toestemming te geven, steeds het recht om zijn toestemming te weigeren of zijn reeds verleende toestemming in te

---

<sup>14</sup> W. DIJKHOFFZ, "Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming", T. Gez. 2003- 2004, 108

<sup>15</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag.27

<sup>16</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 43

<sup>17</sup> S. HOOGERS, "Sterilisatie en gedwongen sterilisatie van wilsonbekwamen", *Jura Falc.* 2004- 2005, 30.

<sup>18</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 43

<sup>19</sup> Artikelen 487bis- 487octies BW resp. artikel 489 e.v. BW.

<sup>20</sup> H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven*, Brugge, die Keure, 2010,110.

<sup>21</sup> H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven*, Brugge, die Keure, 2010, 110.

<sup>22</sup> T. GOFFIN, *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie*, Brugge, die Keure, 2011, 411, nr. 937.

<sup>23</sup> H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven*, Brugge, die Keure, 2010, 110.

trekken.<sup>24</sup> Zelfs wanneer de arts geconfronteerd wordt met een weigering van een levensreddende behandeling van de patiënt, moet deze beslissing gerespecteerd worden en mag de arts bijgevolg om het leven van de patiënt te redden nog steeds niet overgaan tot deze ingreep.<sup>25</sup>

Een actuele weigering kan enkel uitgaan van een wilsbekwame patiënt. Enkel deze personen worden immers geacht in staat te zijn om op weloverwogen wijze tot een beslissing te komen om een bepaalde, misschien zelfs levensnoodzakelijke, tussenkomst te weigeren.<sup>26</sup>

Naast de actuele weigering kan de patiënt er ook voor opteren om in een wilsverklaring bepaalde toekomstige (be)handelingen te weigeren.<sup>27</sup> In dat geval spreekt men van een voorafgaande negatieve wilsverklaring. De arts is dan niet gerechtigd om te behandelen en is verplicht om de weigering te respecteren.<sup>28</sup>

## Wilsbekwaamheid

Om een informed consent te kunnen geven voor een behandeling, vereist de wet dat een patiënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake. Hiermee wordt bedoeld dat de toestemming gebaseerd moet zijn op het rationeel (redelijk = met de rede) hebben kunnen afwegen van o.a. context, risico's, voor- en nadelen van een interventie. Daarbij gaat het om het kunnen afwegen; of die afweging tot een aanvaardbaar besluit leidt, telt niet mee<sup>29</sup>.

Wilsbekwaamheid wordt voorondersteld. Als de behandelaar vindt dat de patiënt wilsbekwaam is, moet hij dat aantonen.<sup>30</sup> Het betekent dat de patiënt:

1. de informatie over de behandeling niet meer kan begrijpen en afwegen
2. niet begrijpt wat de gevolgen van zijn besluit (over de behandeling) zijn
3. en/of geen besluit kan nemen.<sup>31</sup>

Een arts kan een patiënt niet in één keer voor alle beslissingen 'wilsbekwaam' verklaren. Het gaat altijd over een individuele, concrete (be)handeling waarvoor toestemming vereist is. Vaak is er dus

---

<sup>24</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 46

<sup>25</sup> T. GOFFIN, *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie*, Brugge, die Keure, 2011, 390, nr. 899.

<sup>26</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 49

<sup>27</sup> Artikel 8, §4, vierde lid Wet Patiëntenrechten.

Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 50

<sup>29</sup> ALTRECHT EETSTOORNISSEN RINTVELD, ISIS ELZAKKERS, Platform P 2016, Wilsbekwaamheid en anorexia nervosa, pag. 10.

<sup>30</sup> ALTRECHT EETSTOORNISSEN RINTVELD, ISIS ELZAKKERS, Platform P 2016, Wilsbekwaamheid en anorexia nervosa, pag. 10.

<sup>31</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/patientenrecht/wilsbekwaamheid-en-vertegenwoordiging/wilsbekwaamheid/?searchterm=wilsbekwaamheid>

sprake van partiële wilsonbekwaamheid.<sup>32</sup> Ook zegt een diagnose niet altijd automatisch iets over wilsbekwaamheid. Iemand met een geestesstoornis is niet automatisch wilsonbekwaam.<sup>33</sup>

Iemand die wilsonbekwaam is, heeft een wettelijke vertegenwoordiger nodig die zijn belangen behartigt op het punt waarvoor hij wilsonbekwaam is. De vertegenwoordiger is ook het aanspreekpunt als het gaat om uitwisseling van informatie over de gezondheidssituatie van de patiënt.<sup>34</sup>

### **Spoedgeval of noodtoestand**

In uitzonderlijke omstandigheden kan een behandelaar overgaan tot een noodzakelijke interventie zonder dat hiervoor een informed consent bestaat. Als algemene regel kan men ervan uitgaan dat er sprake is van een spoedgeval als een situatie potentieel levensbedreigend is, als die een ernstige bedreiging inhoudt voor de fysieke integriteit van de patiënt, als niet onmiddellijk ingrijpen de gezondheid van de patiënt ernstig zou schaden of wanneer men onvoldoende informatie heeft om dit te beoordelen.<sup>35</sup>

Hier is sprake van het omzichtigheidsprincipe.<sup>36</sup> Bij een spoedgeval handelt de arts in het belang van de patiënt en in het verlengde van zijn wettelijke hulpverleningsplicht. Deze wettelijke hulpverleningsplicht primeert op de vereiste om de toestemming van de patiënt te verkrijgen alvorens over te gaan tot een behandeling. Wanneer de beroepsbeoefenaar is opgetreden omdat er sprake was van een spoedgeval, moet hij dit motiveren in het patiëntendossier. Zodra de patiënt wel in staat is om zijn wil te uiten, dient de arts alsnog te trachten diens toestemming te bekomen.<sup>37</sup>

Per definitie zal het in een spoedgeval moeilijk zijn om de wil van de betrokken patiënt te kennen. De reden waarom de (voorafgaande) wil niet kan worden achterhaald speelt geen rol. Er is hier geen sprake van een geïnformeerde toestemming, maar er kan worden uitgegaan van een veronderstelde toestemming. Er mag worden aangenomen dat de betrokkene zou toestemmen als hij zijn mening

---

<sup>32</sup> ALTRECHT EETSTOORNISSEN RINTVELD, ISIS ELZAKKERS, Platform P 2016, Wilsbekwaamheid en anorexia nervosa, pag. 10.

<sup>33</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/patientenrecht/wilsonbekwaamheid-en-vertegenwoordiging/wilsonbekwaamheid/?searchterm=wilsonbekwaamheid>

<sup>34</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/patientenrecht/wilsonbekwaamheid-en-vertegenwoordiging/wilsonbekwaamheid/?searchterm=wilsonbekwaamheid>

<sup>35</sup> H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven, Brugge, die Keure, 2010, 104.

<sup>36</sup> E. MORBÉ, De wet betreffende de rechten van de patiënt, Heule, UGA, 2003, 93.

<sup>37</sup> T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 388, nr. 891.



zou kunnen geven, maar zekerheid is er natuurlijk niet.<sup>38</sup> De veronderstelde toestemming is juridisch gezien een toepassing van de noodtoestand als rechtvaardigingsgrond.<sup>39</sup>

### 3. DWANGBEHANDELING IN HET INTERNATIONAAL- EN EUROPEESRECHTELIJK KADER

Internationaal speelt het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM) een belangrijke rol. Het is een welgekend mensenrechtenverdrag dat tot stand is gekomen binnen de Raad van Europa. Het Verdrag heeft directe werking, wat een voorrang inhoudt op de verschillende nationale wetgevingen van de verdragsstaten. Het EVRM laat toe dat particulieren een klacht kunnen indienen bij het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.<sup>40</sup>

Binnen de Raad van Europa kwam eveneens het ‘Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van het menselijk wezen met betrekking tot de toepassing van de biologie en de geneeskunde’ tot stand, ook gekend als het Verdrag betreffende de Rechten van de Mens en de Bio-geneeskunde. Andere geconsulteerde bronnen zijn de Europese Aanbeveling R (2004) 10 en de Principes Geesteszieken.

Uit deze bronnen vallen meerdere voorwaarden te onderscheiden dewelke aanwezig moeten zijn om een dwangbehandeling te legitimeren en te rechtvaardigen. Samengevat kan gesteld worden dat geen enkele van de besproken bronnen zich principieel verzet tegen de mogelijkheid om een geesteszieke persoon onder dwang te behandelen. Verder is het vereist dat de regeling van een dwangbehandeling voorzien wordt in de nationale wetgeving.<sup>41</sup>

Er is geen eensgezindheid over het antwoord op de vraag of een gedwongen opname een vereiste is om onder dwang te worden behandeld. Op basis van de besproken bronnen kan er over de rol van de wils(on)bekwaamheid eveneens geen eensluidende conclusie worden getrokken.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, “De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie” in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven*, Brugge, die Keure, 2010, 104.

<sup>39</sup> T. GOFFIN, *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie*, Brugge, die Keure, 2011, 388, nr. 891.

Y. VERMANT, masterproef van de opleiding ‘master in de rechten’, *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 8

<sup>41</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding ‘master in de rechten’, *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 71

<sup>42</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding ‘master in de rechten’, *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 73

## 4. DWANGBEHANDELING EN HET BELGISCH (WETTELIJK) KADER

Artikel 12 van de Grondwet impliceert het verbod om, behoudens een wettelijke uitzondering, een dwangbehandeling op te leggen. Het artikel houdt volgens de rechtsleer ook het recht in om een medische behandeling te weigeren.<sup>43</sup> Sinds de jaren '70 beschouwt het Hof van Cassatie<sup>44</sup> het verbod van dwanguitoefening tegen de persoon en van het binnendringen in het gebied van de persoonlijkheid als een algemeen rechtsbeginsel.<sup>45</sup>

De Wet Bescherming Persoon Geesteszieke regelt de gedwongen opname. De gedwongen opgenomen patiënt moet inzake de bescherming van zijn rechten als patiënt op gelijke voet worden behandeld met om het even welke andere patiënt.<sup>46</sup> De gedwongen opname rechtvaardigt op zichzelf geen besluit tot wilsonbekwaamheid van de patiënt.<sup>47</sup> De patiënt wordt geacht bekwaam te zijn totdat de behandelende beroepsbeoefenaar het tegendeel heeft vastgesteld.<sup>48</sup> Op de gedwongen opgenomen patiënten zijn dus in principe de algemene regels van de Wet Patiëntenrechten van toepassing.<sup>49</sup> Deze personen moeten in de regel een behandeling geïnformeerd kunnen toelaten of weigeren. In de Wet Bescherming Persoon Geesteszieke wordt op diverse plaatsen verwezen naar de behandeling van de onder dwang opgenomen patiënt.<sup>50</sup> Dit doet echter niets af aan de vaststelling dat de modaliteiten van die behandeling nergens worden uitgewerkt. Zo regelt de Wet bijvoorbeeld niet op welke manier de noodzakelijke instemming met een behandeling wordt bekomen bij juridisch bekwame, doch feitelijk onbekwame patiënten.<sup>51</sup>

Doorgaans neemt men in de rechtsleer aan dat de loutere verwijzing naar de behandeling niet volstaat om die, tegen de regels inzake toelating of plaatsvervangende toelating in, toe te passen.<sup>52</sup>

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek bracht, ondanks de onduidelijkheid, toch een advies uit beperkt tot de gedwongen behandeling in de burgerrechtelijke context van een gedwongen opname

---

<sup>43</sup> S. HOGERS, "Sterilisatie en gedwongen sterilisatie van wilsonbekwamen", *Jura Falc.* 2004- 2005, 29; R. AERDEN, "Patiëntenrechten in het huidige Belgisch positief recht", *VI.T.Gez.* 1989, 126.

<sup>44</sup> Cass. 7 maart 1975, *Arr. Cass.* 1975, 764, noot E. KRINGS.

<sup>45</sup> F. SWENNEN, "Art. 331octies BW en de 'rechtsvormende' taak van het Hof van Cassatie", *RW* 1998- 1999, 1146.

<sup>46</sup> H. NYS, "De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Enkele medischrechtelijke problemen" in P. SENAËVE (ed.), *Het statuut van de geestesgestoorden*, Antwerpen, Maklu, 1999, 72, nr. 135.

<sup>47</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 663, nr. 843.

<sup>48</sup> H. NYS, "De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Enkele medischrechtelijke problemen" in P. SENAËVE (ed.), *Het statuut van de geestesgestoorden*, Antwerpen, Maklu, 1999, 72, nr. 134.

<sup>49</sup> R. HEPS, "Proportionale maatregelen ter beëindiging van kinderverwaarlozing en kindermishandeling", *TJK* 2007, 227.

<sup>50</sup> Artikelen 11, 15, 16, 24, 27 en 32 Wet Bescherming Persoon Geesteszieke.

<sup>51</sup> C. ALEXANDER, "Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Rechtspraakoverzicht (1990- 1997)", *T. Gez.* 1999- 2000, 34.

<sup>52</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 661, voetnoot 4665.

zoals voorzien in de Wet Bescherming Persoon Geesteszieke.<sup>53</sup> In het advies worden enkele aanbevelingen geformuleerd.<sup>54</sup> Aanbeveling 1 bepaalt:

“zoals iedere andere behandeling, moeten gedwongen behandelingen (bij gedwongen opname) toegediend aan patiënten die ze blijven weigeren eveneens beantwoorden aan wat we noemen de ‘good medical practices’. Wanneer er beslist wordt over te gaan tot het nemen van dwangbehandelingsmaatregelen, is het Comité van oordeel dat aan de volgende criteria moet worden voldaan:

1. De behandeling moet als doel hebben de behandeling van de geestesstoornis die aan de grondslag ligt van de maatregel.
2. De behandeling mag niet uitsluitend de belangen van derden dienen of uitsluitend een oplossing bieden voor de administratieve, strafrechtelijke, familiale of andere toestand van de patiënt.
3. Bovendien moet de behandeling steeds een therapeutisch doel hebben in het rechtstreeks voordeel van de betrokken patiënt.
4. De behandeling moet aangepast zijn aan de ernst van de psychische en psychopathologische symptomen.
5. De psychiater zal zorgvuldig en gewetensvol enkel die psychiatrische zorg onder dwang toedienen die strookt met de op dat ogenblik door zijn vakgenoten algemeen aanvaarde wetenschappelijke kennis.”

Hoewel het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek in haar definitie van een dwangbehandeling ook verwijst naar wilsbekwame patiënten die een behandeling weigeren, komt ze in haar Aanbevelingen niet meer terug op deze groep.<sup>55</sup> Voor de wilsbekwame patiënt lijkt het recht om een behandeling te weigeren zwaarder door te wegen dan de noodzaak om te behandelen. Hieruit kan worden afgeleid dat het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek de wilsonbekwaamheid van de geesteszieke als één van de voorwaarden ziet om de persoon onder dwang te behandelen.<sup>56</sup>

In de memorie van toelichting bij de Wet Patiëntenrechten staat dat enkel op grond van een duidelijke wettelijke bepaling van de vrije, voorafgaande en geïnformeerde toestemming kan worden afgeweken.<sup>57</sup> Een dwangbehandeling van de geesteszieke is enkel mogelijk op basis van een specifieke regeling waarin de wetgever moet voorzien.<sup>58</sup> Ondanks deze bepaling lijkt een regeling van de dwangbehandeling niet expliciet voorzien in de Wet Patiëntenrechten.<sup>59</sup> Deze wet bevat geen

---

<sup>53</sup> Advies gedwongen behandeling, 3 (consultatie 7 april 2012).

<sup>54</sup> Advies gedwongen behandeling, 17- 20 (consultatie 7 april 2012).

<sup>55</sup> M.- N. VEYS, *De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie: in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*, Gent, Larcier, 2008, 113.

<sup>56</sup> Advies gedwongen behandeling, 17 (consultatie 7 april 2012).

<sup>57</sup> M.- N. VEYS, *De positie van de psychiatrische patiënt in de Wet Patiëntenrechten*, Universiteit Antwerpen, 2005- 2006, 107.

<sup>58</sup> M.- N. VEYS, *De positie van de psychiatrische patiënt in de Wet Patiëntenrechten*, Universiteit Antwerpen, 2005- 2006, 107.

<sup>59</sup> E. VAN DER MUSSELE, “Advocaten voor minderjarigen met psychische problemen” in CENTRUM VOOR BEROEPSVERVOLMAKING IN DE RECHTEN (ed.), *Jongeren, psychiatrie en recht*, Antwerpen, Intersentia, 2007, 101.

enkele bepaling met betrekking tot de behandeling van een patiënt op onvrijwillige basis.<sup>60</sup> Nochtans sluit de Wet Patiëntenrechten het uitvoeren van een behandeling tegen de wil van de patiënt niet helemaal uit. Er is de situatie van het spoedgeval en van de behandeling in geval van een levensbedreigende situatie.

## Conclusie

Een uitzondering op het principiële verbod van dwanguitoefening is in het Belgisch recht niet voorzien.<sup>61</sup> De dwangbehandeling is nergens uitdrukkelijk geregeld. De Wet Bescherming Persoon Geesteszieke laat geen behandeling toe tegen de wil van de betrokkene. De situaties die zijn voorzien in de Wet Patiëntenrechten hebben een te beperkte draagwijdte.<sup>62</sup>

Het gebrek aan een wettelijke regeling inzake de mogelijkheid om een dwangbehandeling toe te passen strookt niet met het Verdrag betreffende de Rechten van de Mens en de Bio-geneeskunde. Het verdrag eist immers dat de voorwaarden waaronder dwangbehandeling kan gebeuren, in de nationale wetgeving worden geregeld, dat de naleving ervan wordt gecontroleerd en dat er in een beroepsprocedure wordt voorzien.<sup>63</sup>

## 5. AANBEVELINGEN

Om de lacune in de wetgeving enigszins op te vullen werden in de Belgische rechtsleer een aantal modaliteiten inzake dwangbehandeling ontwikkeld.<sup>64</sup> Als uitzondering op een fundamentele regeling moet het toepassingsbereik van deze modaliteiten restrictief worden bepaald:

1. De gedwongen opname is een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde opdat tot een dwangbehandeling zou kunnen worden overgegaan.<sup>65</sup> De gedwongen opname zorgt er automatisch voor dat er voorafgaand aan de eventuele procedure tot een gedwongen behandeling een rechterlijke tussenkomst is.
2. De dwangbehandeling kan er enkel op gericht zijn om de oorzaak van de dwangopname, dit wil zeggen de stoornis waarvoor de patiënt gedwongen is opgenomen, te behandelen. Met andere

---

<sup>60</sup> H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), *De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven*, Brugge, die Keure, 2010, 105.

<sup>61</sup> J. PUT, M. ROM en I. VAN DER STRAETE, *Geesteszieke minderjarigen en dwang. Vrijheidsberoving, dwangopname, vrijheidsbeperking en dwangbehandeling van geesteszieke minderjarigen*, Gent, Larcier, 2007, 75, nr. 158.

<sup>62</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 86

<sup>63</sup> Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', *Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek*, pag. 87

<sup>64</sup> J. PUT, M. ROM en I. VAN DER STRAETE, *Geesteszieke minderjarigen en dwang. Vrijheidsberoving, dwangopname, vrijheidsbeperking en dwangbehandeling van geesteszieke minderjarigen*, Gent, Larcier, 2007, 75, nr. 158.

<sup>65</sup> F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000, 660, nr. 838.

woorden is dwangbehandeling maar toegelaten op een geestesgestoorde patiënt, voor zover ze de geestesstoornis betreft waarvoor hij gedwongen is opgenomen.<sup>66</sup>

3. De behandeling is noodzakelijk omdat anders de patiënt ernstige gezondheidsschade zou oplopen of de veiligheid van anderen in gevaar zou brengen.<sup>67</sup>
4. Bij de behandeling moeten dezelfde voorwaarden in acht worden genomen als degene die gelden bij ingrijpende behandelingen van wilsonbekwame patiënten.<sup>68</sup>
5. Bepaalde behandelingen kunnen nooit plaatshebben. Andere behandelingen zijn dan weer enkel mogelijk mits toelating van de patiënt, of mits het in acht nemen van bijkomende waarborgen.<sup>69</sup>

In het Advies van de Hoge Gezondheidsraad van juni 2016 “omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg” worden volgende voorzorgsbeginselen waaraan een dwangbehandeling moet voldoen, geformuleerd<sup>70</sup>:

*Vanuit juridisch perspectief*, volgens het advies van de Raad van Europa (rec(2004)10) en volgens de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS 26.09.2002):

- a. De patiënt moet lijden aan een psychiatrische aandoening.
- b. De toestand van de patiënt houdt een reëel risico voor zijn eigen gezondheid en voor die van anderen in.
- c. Er is geen enkel minder ingrijpend interventiemiddel om de gepaste zorg toe te dienen.
- d. Er wordt rekening gehouden met de mening van de betrokkene.
- e. De dwangbehandeling moet schriftelijk worden vastgelegd en moet ook met regelmatige tussenpozen opnieuw worden beoordeeld.

Vanuit deontologisch perspectief:

- a. Een dwangbehandeling is enkel aanvaardbaar binnen een medisch en verpleegkundig kader dat voldoende professionele controle van dergelijke patiënten garandeert.
- b. De geboden zorg moet zorgvuldig en gewetensvol worden toegediend en moet stroken met de wetenschappelijke kennis.

---

<sup>66</sup> J. PUT, M. ROM en I. VAN DER STRAETE, Geesteszieke minderjarigen en dwang. Vrijheidsberoving, dwangopname, vrijheidsbeperking en dwangbehandeling van geesteszieke minderjarigen, Gent, Larcier, 2007, 75, nr. 158.

<sup>67</sup> F. SWENNEN, Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht, Antwerpen, Intersentia, 2000, 664, nr. 845; J. PUT, M. ROM en I. VAN DER STRAETE, Geesteszieke minderjarigen en dwang. Vrijheidsberoving, dwangopname, vrijheidsbeperking en dwangbehandeling van geesteszieke minderjarigen, Gent, Larcier, 2007, 75, nr. 158.

<sup>68</sup> J. PUT, M. ROM en I. VAN DER STRAETE, Geesteszieke minderjarigen en dwang. Vrijheidsberoving, dwangopname, vrijheidsbeperking en dwangbehandeling van geesteszieke minderjarigen, Gent, Larcier, 2007, 75, nr. 158.

<sup>69</sup> J. PUT, M. ROM en I. VAN DER STRAETE, Geesteszieke minderjarigen en dwang. Vrijheidsberoving, dwangopname, vrijheidsbeperking en dwangbehandeling van geesteszieke minderjarigen, Gent, Larcier, 2007, 75, nr. 158.

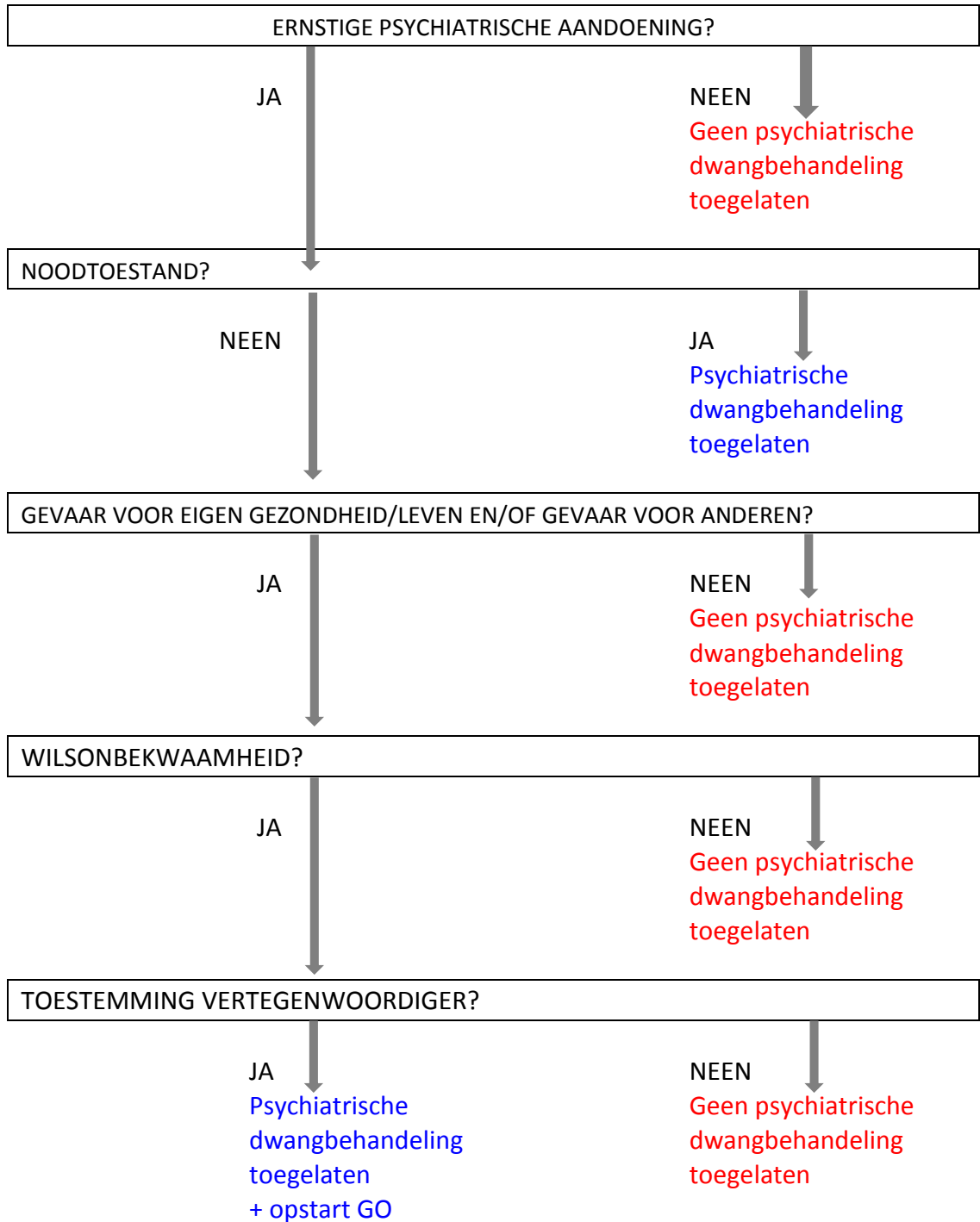
<sup>70</sup>[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_advies\\_9193\\_dwanginterventie.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_advies_9193_dwanginterventie.pdf)

- c. De patiënt of zijn vertegenwoordiger moet op de hoogte worden gebracht van de geplande of uitgevoerde dwangbehandeling.
- d. De patiënt krijgt de mogelijkheid om een door hem gekozen zorgverlener te raadplegen voor een tweede opinie.

Vanuit ethisch perspectief:

- a. De behandeling moet de geestesstoornis die aan de grondslag ligt van de maatregel behandelen en rechtstreeks therapeutisch voordeel voor de patiënt inhouden.
- b. De psychiater zal onder dwang enkel en zorgvuldig die zorg toedienen die strookt met de op dat ogenblik door zijn vakgenoten algemeen aanvaarde wetenschappelijke kennis.
- c. Zelfs als de patiënt gedwongen wordt opgenomen, moet de arts de beslissingsbekwaamheid van de patiënt nagaan en zijn geïnformeerde toestemming vragen voor de geplande behandeling. Slechts indien duidelijk blijkt dat de patiënt onbekwaam is om te beslissen, zal de arts de behandeling opleggen.
- d. De behandeling moet deel uitmaken van een behandelingsplan dat werd opgesteld en aangepast door de behandelende psychiater en geüpdatet in het individuele medische dossier van de patiënt.
- e. De patiënt mag een tweede advies vragen aan een andere arts.

## 6. BESLISSINGSBOOM DWANGBEHANDELING



## 7. BIJLAGE:

# INFORMED CONSENT EN INFORMED REFUSAL

De arts- patiëntrelatie wordt gekenmerkt door een continu geven van toestemming door de patiënt.<sup>71</sup> Voor elke tussenkomst van de arts in het kader van zijn relatie met de patiënt is de toestemming van de patiënt vereist.<sup>72</sup> Er wordt geen onderscheid gemaakt naargelang het doel of de aard van de tussenkomst.<sup>73</sup> Het gaat om elke tussenkomst met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt.<sup>74</sup> Dat betekent dat hieronder zowel een therapeutische als een diagnostische handeling valt. Die handeling kan zowel een fysieke ingreep betreffen als een maatregel die een weerslag heeft op de geestelijke integriteit.<sup>75</sup> Het speelt geen rol of de arts door de tussenkomst al dan niet aan het lichaam van de patiënt raakt.<sup>76</sup>

In de Wet Patiëntenrechten wordt gesteld dat de patiënt recht heeft op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.<sup>77</sup> Dit recht bestaat op zichzelf, ook zonder een voorgenomen behandeling. Er is hier sprake van het verstrekken van diagnose- informatie. De bepaling beoogt dat de beroepsbeoefenaar de informatie waarover hij in verband met zijn patiënt beschikt, niet voor zich houdt, maar aan de patiënt meedeelt.<sup>78</sup> De verplichting van de arts tot het verstrekken van de informatie is een inspanningsverbintenis.<sup>79</sup> Welke informatie er precies moet worden meegedeeld valt niet limitatief vast te stellen.<sup>80</sup>

De communicatie geschiedt in een voor de patiënt duidelijke taal<sup>81</sup>, wat de vereiste met zich

---

71 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 382, nr. 882.

72 Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/001, 24.

73 M.- N. VEYS, De Wet Patiëntenrechten in de psychiatrie: in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Gent, Larcier, 2008, 100.

74 M.- N. VEYS, De positie van de psychiatrische patiënt in de Wet Patiëntenrechten, Universiteit Antwerpen, 2005- 2006, 77.

75 M.- N. VEYS, De positie van de psychiatrische patiënt in de Wet Patiëntenrechten, Universiteit Antwerpen, 2005- 2006, 78.

76 Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/001, 24; T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 382, nr. 882.

77H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven, Brugge, die Keure, 2010, 100.

78 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 361, nr. 850.

79 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 365, nr. 858.

80 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 361, nr. 850.

81 Artikel 7, §2, eerste lid Wet Patiëntenrechten.



meebrengt dat de wijze van informatieverstrekking onder meer aangepast moet zijn aan de leeftijd en de opleiding van de individuele patiënt.<sup>82</sup>

In principe wordt de diagnose- informatie mondeling verstrekt. De arts is niet verplicht om uit zichzelf de informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt schriftelijk mee te delen.<sup>83</sup>

Sinds de wetwijziging in 2006 heeft de patiënt het recht om zich bij de uitoefening van zijn recht op informatie te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon met gelijklopende belangen.<sup>84</sup> Het recht kan ook worden uitgeoefend via de vertrouwenspersoon. Indien de patiënt dit verzoekt, is de arts verplicht om de informatie aan de vertrouwenspersoon mee te delen.<sup>85</sup>

Informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt is essentieel maar onvoldoende opdat het recht van de patiënt om een vrije en geïnformeerde toestemming te geven zou gerespecteerd zijn.<sup>86</sup>

Eens de patiënt zijn diagnose- informatie heeft ontvangen dient de beroepsbeoefenaar nog een tweede facet van de plicht tot informatieverstrekking na te komen.<sup>87</sup> Het betreft de plicht om de patiënt te informeren over de voorgestelde behandeling. Deze informatie wordt ook aangeduid als toestemmingsinformatie.<sup>88</sup> In tegenstelling tot de diagnose- informatie is het geven van de toestemmingsinformatie geen louter op zichzelf staande verplichting, maar is ze opgelegd met het oog op de volwaardige toestemming van de patiënt tot de beoogde behandeling.<sup>89</sup> Het is dus vooral deze tweede informatiesoort die gegeven moet worden opdat de latere behandeling een geïnformeerd karakter zou hebben.<sup>90</sup>

De arts dient een algemeen beeld te schetsen van het soort behandeling, het nut en het doel ervan.<sup>91</sup> Hierbij is het niet vereist om in te gaan op alle technische details van de behandeling.<sup>92</sup>

De Wet Patiëntenrechten legt de verplichting op om de patiënt voorafgaandelijk en tijdig te informeren.<sup>93</sup> Van het begrip 'voorafgaandelijk' wordt geen precieze invulling gegeven, maar er wordt algemeen aangenomen dat de wetgever hiermee bedoelt dat de informatieverstrekking dient

---

82 W. DIJKHOFFZ, "Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming", T. Gez. 2003- 2004, 105.

83 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 362, nr. 852.

84 Artikel 7, §2, derde lid Wet Patiëntenrechten.

85 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 362, nr. 853.

86 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 365, nr. 859.

87 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 360, nr. 848.

88 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 366, nr. 860; S. TACK en T. BALTHAZAR, "Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties", CABG 2007, 4.

89 Rb. Namen 25 januari 2008, RGAR 2009, 14530; W. DIJKHOFFZ, "Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming", T. Gez. 2003- 2004, 109.

90 W. DIJKHOFFZ, "Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming", T. Gez. 2003- 2004, 104; H. NYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt", RW 2002-03, 1125.

91 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 366, nr. 860.

92 M. QUICKENBORNE, "De instemming van de patiënt in de therapeutische relatie", RW 1986- 1987, 2417.

93 Artikel 8, §3 Wet Patiëntenrechten.

te gebeuren vooraleer de behandeling start.<sup>94</sup> Het is van groot belang dat de patiënt voldoende tijd heeft om een weloverwogen beslissing te nemen op basis van de verstrekte informatie. Dit betekent ook dat de patiënt nog de tijd moet hebben om een andere beroepsbeoefenaar te consulteren voor een second opinion.<sup>95</sup>

In principe wordt de toestemming uitdrukkelijk gegeven.<sup>96</sup> De wetgever heeft als algemene regel gesteld dat het volstaat om deze toestemming mondeling te geven.<sup>97</sup> Het is dus aangewezen om de toestemming schriftelijk vast te leggen en deze toe te voegen aan het patiëntendossier, zodat achteraf geen discussies of misverstanden kunnen ontstaan.<sup>98</sup> De toestemming wordt in principe uitdrukkelijk gegeven, behalve wanneer de arts, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, de mogelijkheid heeft om uit de gedragingen van de patiënt diens toestemming af te leiden.<sup>99</sup>

De mogelijkheid bestaat dat de patiënt, op het ogenblik dat hij nog wilsbekwaam is, in een schriftelijke wilsverklaring een bepaalde welomschreven tussenkomst expliciet vraagt.<sup>100</sup> Er bestaat tot op heden geen wettelijk kader dat een positieve wilsverklaring regelt en er een bindend karakter aan koppelt.<sup>101</sup>

De Wet Patiëntenrechten voorziet een cascaderegeling voor de vertegenwoordiging van feitelijke onbekwame patiënten.<sup>102</sup> De patiënt kan eerst en vooral op dergelijke situaties van feitelijke onbekwaamheid anticiperen door zelf een vertegenwoordiger aan te wijzen, die dan in zijn plaats zal optreden zolang als de patiënt niet in staat is zijn rechten zelf uit te oefenen. Deze aangeduide persoon wordt de benoemde vertegenwoordiger genoemd.<sup>103</sup> De arts is niet verplicht zelf op zoek te gaan naar een eventueel benoemde vertegenwoordiger van de patiënt. Het is de taak van de patiënt om de arts hiervan op de hoogte te brengen.<sup>104</sup> Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger

---

94 T. VANSWEEVELT, F. SWENNEN, J. TER HEERDT, B. WEYTS en N. JEGER, "Het voorontwerp van de wet patiëntenrechten: een kritische analyse", T. Gez. 1997-1998, 535.

95 Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-2002, nr. 1642/001, 26; C. TROUET en I. DREEZEN, "Rechtsbescherming van de patiënt. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt", NJW 2003, nr. 16, 7.

96 Artikel 8, §1, tweede lid Wet Patiëntenrechten; S. TACK en T. BALTHAZAR, "Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties", CABG 2007, 26.

97 S. TACK en T. BALTHAZAR, "Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties", CABG 2007, 26; W. DIJKHOFFZ, "Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming", T. Gez. 2003- 2004, 114.

98 S. TACK en T. BALTHAZAR, "Patiëntenrechten. Informed consent in de zorgsector: recente evoluties", CABG 2007, 26.

99 Artikel 8, §1, tweede lid Wet Patiëntenrechten; T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 387, nr. 889; T. GOFFIN, "Toestemming in het medisch recht, een nieuwe lezing van een oud probleem", RW 2007- 2008, 1310.

100 H. NYS en S. BLANQUAERT, "Privaatrechtelijke waarborgen voor de autonomie van de wilsbekwame patiënten bij het levenseinde", TPR 2001, 2245.

101 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 393, nr. 903.

102 H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven, Brugge, die Keure, 2010, 110.

103 H. NYS, K. VANHAUWAERT en P. CLAEYS, "De wet betreffende de rechten van de patiënt en de ombudsfunctie" in G. BENOIT, J. DE FRUYT, H. NYS, G. ROMMEL, G. STEEGEN, P. VAN PETEGHEM en J. VAN SPEYBROECK (eds.), De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Ethische, medische en juridische perspectieven, Brugge, die Keure, 2010, 110.

104 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie,

benoemd of treedt deze vertegenwoordiger niet op wanneer hij wordt aangesproken, dan zal de toestemming moeten worden verleend door een vertegenwoordiger die in de Wet Patiëntenrechten wordt aangeduid. Het gaat dan om een onbenoemde vertegenwoordiger. In eerste instantie gaat het om de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of om de feitelijk samenwonende partner. Bij ontstentenis van een echtgenoot of partner zal in dalende volgorde een meerderjarig kind, een ouder of een meerderjarige broer of zus de toestemming moeten geven. Indien er meerdere onbenoemde vertegenwoordigers van dezelfde graad zijn, kiest de arts, bij voorkeur in overleg met de betrokkenen, wie hij als onbenoemde vertegenwoordiger zal beschouwen. Komt men er niet uit omwille van een conflict tussen de betrokkenen, dan behartigt de arts zelf de belangen van de patiënt.<sup>105</sup> Het is echter mogelijk dat ook deze personen ontbreken of niet kunnen of willen optreden. Ook in dit geval voorziet de Wet erin dat het in laatste instantie de betrokken arts zal zijn die de belangen van de patiënt zal moeten behartigen<sup>106</sup>.

---

Brugge, die Keure, 2011, 411, nr. 938.

105 T. GOFFIN, De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de arts- patiëntrelatie, Brugge, die Keure, 2011, 413, nr. 942.

106 Y. VERMANT, masterproef van de opleiding 'master in de rechten', Dwangbehandeling van minderjarigen met een psychiatrische problematiek, pag. 46