

De aansprakelijkheid voor de preoperatieve oppuntstelling in de dagchirurgie

René Heylen, MD, PhD, Lic Jur
Secretaris BSAR-APSAR

- **1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**
- 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?**
- 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medico-technische techniek uitvoert?**
- 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen**
- 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten**
- 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak**
- 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medicotechnische interventies overlaten aan het eerste echelon?**
- 4. Besluiten**

Art. 51 van de Code van Geneeskundige Plichteleer

Dit artikel geeft terecht de chirurg een duidelijke taak:

“Indien een geneesheer met de anesthesie wordt belast, krijgt hij van de chirurg of ieder ander opererend geneesheer alle nuttige informatie en neemt hij zijn eigen verantwoordelijkheid op zich.”

Advies van 8 mei 1982 van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren, *Officieel Tijdschrift Orde van Geneesheren*, 1981-1982, n. 30, blz. 36

Corr. Rb. Leuven, 30 juni 1992

VI. T. Gez. 1992-1993, noot Dewallens

Overwegende dat uit het histopathologisch onderzoek van prof. X. blijkt, dat het slachtoffer geen vooraf bestaande anatomische of pathologische afwijkingen vertoonde, die een verhoogd risico vormden voor een algemene verdoving; dat de afwezigheid van een preoperatief onderzoek door de anesthesist weliswaar een schuldig verzuim uitmaakt, doch als dusdanig niet in causaal verband staat met de schade; dat redelijkerwijze moet aangenomen worden dat, indien dr. J.C. het slachtoffer wel preoperatief zou hebben onderzocht, hij de narcose op dezelfde wijze zou hebben verricht en de schade zich eveneens zou hebben voorgedaan.

*** Corr. Leuven, 30 juni 1992, *VI. T. Gez.*, 1992-1993, 109-121, noot Dewallens F.**

Hof van Beroep Antwerpen 27 mei 1980*

“Een geneesheer-anesthesist handelt niet zoals een normaal voorzichtige geneesheer wanneer hij voorafgaand aan een volledige narcose zich vergenoegt met een vluchtige ondervraging van de patiënt en haar huisarts; de onwetendheid van de anesthesist nopens het bestaan van een ernstig aangeboren hartgebrek waaraan patiënte leed vermindert zijn aansprakelijkheid niet, maar wijst op de noodzakelijkheid van het verrichten van de gebruikelijke onderzoeken bij de patiënt.”

* Hof van Beroep te Antwerpen, 27 mei 1980, *Vl. T. Gez.*, 38-39

Hof Brussel 1 oktober 1987*

Medische aansprakelijkheid.

Fout - Anesthesie - Geen inachtneming van het voorbehoud door de patiënt gemaakt.

“Een arts is in casu geplaatst voor waarschuwingen, niet ontbloot van geloofwaardigheid, hoewel weinig nauwkeurig toch duidelijk wat het bestaan betreft van een doodsgevaar, uitgaande van een 23-jarige volwassene, die ernstig gewond werd aan de rechterhand en die noodzakelijkerwijs spoedig en zonder pijn een ingreep verlangt die hem het gebruik van de vingers zou teruggeven.”

* Hof Brussel, 1 oktober 1987, R.G.A.R., 1990, 11598¹-11598²

Hof Brussel 1 oktober 1987*

“In deze omstandigheid mocht de geneesheer zich niet vergenoegen met het stellen van enkele vragen en nalaten te informeren, ten einde over meer inlichtingen te beschikken bij de ouders van zijn patiënt of bij de geneesheer of de instelling die de aandoening kende waaraan de nicht van de patiënt overleden was.

Dergelijke onvoorzichtigheid is geenszins het gevolg van een vergissing in de diagnose, maar van het feit dat de arts niet informeerde naar het gevaar dat zijn patiënt beweerde te lopen, terwijl hij hiertoe over de nodige tijd beschikte en over de concrete mogelijkheid om beter ingelicht te zijn.”

* Hof Brussel, 1 oktober 1987, R.G.A.R., 1990, 11598¹-11598²

Burgerlijke rechtbank te Brugge 10 november 1986*

Dodelijk ongeval in de recovery bij een beademde patiënt ten gevolge van een verkeerde connectie met het beademingstoestel.

“De anesthesist zou de patiënt in elk geval vóór de operatie aan een onderzoek moeten onderwerpen. In casu is dit zelfs niet eens gebeurd en de motieven die de anesthesist daartoe inroept, zijn niet ernstig en kunnen ten hoogste wijzen op een zekere nalatigheid in dit verband, te meer daar de anesthesist zelfs niet eens heeft bewezen waarom een dergelijk onderzoek ‘s morgens voor de operatie niet mogelijk was.”

* Rb. Brugge, 10 november 1986, *Vl. T. Gez.*, 1987, 284-305, noot Heylen, R. en R.W., 1987-1988, 293-302, noot Vanswevelt, T.

Burgerlijke rechtbank te Brugge 10 november 1986*

“Hoewel in het onderhavige geval het overlijden van de patiënte niet als een gevolg kan beschouwd worden van een gebrek aan een dergelijk onderzoek, dan wijst voormeld beginsel evenwel op de specifieke verantwoordelijkheden van een anesthesist.”

* Rb. Brugge, 10 november 1986, *Vl. T. Gez.*, 1987, 284-305, noot Heylen, R. en R.W., 1987-1988, 293-302, noot Vansweevelt, T.

Tribunal Correctionnel de Bruxelles 11 Décembre 1963*

“La nécessité d’un examen de contrôle la veille de l’opération, par le médecin-anesthésiste se justifie par la considération que l’état du malade peut évoluer entre l’examen préopératoire et le jour même de l’opération. Il apparaît dangereux de laisser l’opportunité d’une visite du médecin anesthésiste à l’appréciation des infirmières.

En ne prenant pas cette précaution d’effectuer une visite de contrôle au malade la veille du jour fixé pour l’intervention, l’anesthésiste a commis une faute relevant de la discipline médico-chirurgicale. Cette faute doit être appréciée sous l’angle de l’obligation générale de tout médecin d’avoir avec ses patient des rapports directs et suivis et d’éviter ainsi que ses soins ne prennent une forme anonyme qui dénaturerait et dégraderait la mission qu’il assume.”

* Corr. Bruxelles, 11 Décembre 1963, R.G.A.R., 1964, 7273¹-7273²

1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.
3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?
 - 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?
 - 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medicotechnische techniek uitvoert?
 - 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen
 - 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten
 - 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak
 - 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medicotechnische interventies overlaten aan het eerste echelon?
4. Besluiten

Hof van Beroep Mons 24 maart 1987*

“Wanneer de anesthesist gekozen wordt door de chirurg (of zelfs de kliniek), dan kan die keuze uitdrukkelijk of stilzwijgend worden bekrachtigd door de zieke. Een dergelijke bekrachtiging wordt afgeleid uit de feitelijke omstandigheden en is verwezenlijkt als de zieke zich vrijwillig en met kennis van zaken onderwerpt aan een onderzoek en aan preoperatoire zorgen verstrekt door de anesthesist. Deze bekrachtiging doet dan een afzonderlijk contract tot stand komen tussen de zieke en de practicus.”

* Mons, 24 maart 1987, R.G.A.R., 1989, 11458¹-11458²

Cour d'Appel de Mons

24 Mars 1987*

“Lorsque l’anesthésiste est choisi par le chirurgien (ou même par la clinique), ce choix peut être ratifié expressément ou tacitement par le malade; une telle ratification se déduit des circonstances de fait et elle est réalisée lorsque le malade se soumet volontairement et en connaissance de cause à un examen et à des soins pré-opératoires pratiqués par l’anesthésiste. Cette ratification donne alors naissance à un contrat séparé entre le malade et le praticien.”

* Mons, 24 Mars 1987, R.G.A.R., 1989, 11458¹-11458²

1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.
2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.
- 3. **Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**
 - 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?
 - 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medicotechnische techniek uitvoert?
 - 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen
 - 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten
 - 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak
 - 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medicotechnische interventies overlaten aan het eerste echelon?
4. Besluiten

- 1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**

→ **3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?**

3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medico-technische techniek uitvoert?

3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen

3.2.2. De Wet Patiëntenrechten

3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak

3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medico-technische interventies overlaten aan het eerste echelon?

4. Besluiten

Special articles

Informed Consent - Why are its goals imperfectly realized?

**Barrie R. Cassileth, Ph.D., Robert V. Zupkis, Ph.D., Katherine
Sutton-Smith, M.S., and Vicky March, B.Z.**

N. Engl. J. Med. 1980; 302: 896-900

Patiënten werden mondeling en via schriftelijke brochures geïnformeerd over diagnose, therapie, risico's en behandelingsalternatieven. Dit heeft zeker niet tot perfecte resultaten geleid:

- 81,5 % kende de diagnose**
- 60 % begreep het doel van de ingreep**
- 55 % was bij machte minstens één van de risico's of complicaties te vernoemen**
- 27 % kon minstens één behandelingsalternatief vernoemen**

Bewijs van de fout en het causaal verband

- **Bewijs van fout: de bewijslast ligt op de schouders van de patiënt (art. 1315; al. 1, B.W.).**
- **Bewijs van het oorzakelijkheid verband: de patiënt moet aantonen dat hij de ingreep zou hebben geweigerd, indien hem alle relevante informatie zou zijn medegedeeld.**

- 1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**

3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?

→ **3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medicotechnische techniek uitvoert?**

3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen

3.2.2. De Wet Patiëntenrechten

3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak

3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medicotechnische interventies overlaten aan het eerste echelon?

4. Besluiten

- 1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**
 - 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?**
 - 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medicotechnische techniek uitvoert?**
 - 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen**
 - 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten**
 - 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak**
 - 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medico-technische interventies overlaten aan het eerste echelon?**
- 4. Besluiten**

De medische noodzaak volgens de BSAR

1. Het wordt aanbevolen dat een anesthesist de patiënt een tijd voor de ingreep consulteert.
2. Er moet aan de patiënt een voorafgaande consultatie voorgesteld worden, en dit op een in de tijd van de ingreep verwijderd moment.
3. De preanesthesie evaluatie van de patiënt is gebaseerd op de anamnese en op het klinisch onderzoek van de patiënt. Op basis daarvan kunnen dan eventueel technisch diagnostische onderzoeken voorgeschreven worden.

De medische noodzaak volgens de BSAR

4. Van de preanesthesie-evaluatie wordt een verslag opgemaakt. Dit verslag kan bij het medisch dossier gevoegd worden maar vervangt het niet. In het verslag zelf wordt eveneens opgenomen dat de patiënt voldoende geïnformeerd is over het anesthesiologisch gebeuren.

De medische noodzaak volgens de BSAR

5. In elk geval dient de anesthesist vóór zijn ontmoeting met de patiënt te beschikken over alle informatie met betrekking tot de voorgenomen ingreep en met betrekking tot de patiënt zelf.

Dit veronderstelt dat de anesthesist ook beschikt over de anamnesische en klinische onderzoeken van collega's en van de resultaten van alle technisch-diagnostische onderzoeken van deze patiënt.

- 1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**
 - 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?**
 - 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medicotechnische techniek uitvoert?**
 - 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen**
 - 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten**
 - 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak**
 - 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medicotechnische interventies overlaten aan het eerste echelon?**
- 4. Besluiten**

Overzicht gewaarborgde rechten

- **Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening**
- **Recht op vrije keuze**
- **Recht op informatie**
- **Recht op toestemming**
- **Recht op inzage in dossier**
- **Recht op eerbiediging van persoonlijke levenssfeer**
- **Recht op klachtenbemiddeling**

Vorm van de diagnose-informatie

- In beginsel mondeling
- In '*duidelijke*' taal
- Aangepast tijdens parlementair debat:
 - in ontwerp stond '*begrijpelijke*' taal
 - eerbiediging van taalwetgeving en (verplicht) gebruik van tolk zijn verlaten
- Patiënt kan vragen om schriftelijke bevestiging van de informatie

Recht op toestemming

- Duidelijke wettelijke bekrachtiging van *informed consent*-beginsel
- Toestemming is:
 - uitdrukkelijk (niet hetzelfde als schriftelijk !)
 - tenzij de arts uit het gedrag van de patiënt « *redelijkerwijze zijn toestemming kan afleiden* »

- **Discussie over bewijslast en ‘*consent forms*’ niet beslecht**
- **Toestemming mag schriftelijk vastgelegd worden:**
 - op verzoek van patiënt of beroepsbeoefenaar
 - én met instemming van beroepsbeoefenaar of patiënt
- **Noodzaak van instemming van andere partij *zou* proliferatie van toestemmingsformulieren moeten indijken**

Inhoud van de behandelingsinformatie

- **Informatie over:**
 - **doel**
 - **aard**
 - **graad van urgentie**
 - **duur**
 - **alternatieven**
 - **financiële gevolgen van de behandeling**

- **In verband met risico's en tegenaanwijzingen: bekrachtiging van de theorie van de *'relevante risico's'*:**
 - « *de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's* »
- **criterium van *'redelijk voorzienbaar'* karakter van de risico's blijft onaangetast**

- **Behandelingsinformatie moet ‘*voorafgaandelijk en tijdig*’ verstrekt worden**
- **Vorm is identiek als voor diagnose-informatie**

- **Ziekenhuis is aansprakelijk voor:**
 - **tekortkomingen begaan door beroepsbeoefenaars in verband met rechten omschreven in patiëntenrechtenwet**
 - **behalve indien anders bepaald in informatie omtrent rechtsverhoudingen !**

- 1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**
 - 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?**
 - 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medico-technische techniek uitvoert?**
 - 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen**
 - 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten**
 - 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak**
 - 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medico-technische interventies overlaten aan het eerste echelon?**
- 4. Besluiten**

Rb. Antwerpen, 13 mei 1993

Facialisparalyse e frigore (Bell's paralyse): ORL-arts voert een decompressieve ingreep uit via een middenste fossa-benadering.

Postoperatief blijft de unilaterale facialisparalyse bestaan met daarenboven een unilaterale doofheid.

Rb. Antwerpen, 13 mei 1993

*“Bij ingrepen die niet routineus en niet urgent zijn moet de specialist de patiënt enige tijd gunnen om de ingreep met zijn huisarts te bespreken. **De informatieplicht rust op de arts die tot de ingreep besluit persoonlijk** en kan of dient niet afgewenteld te worden op andere collega's die voordien onderzoeken hebben uitgevoerd. Deze informatie moet in casu betrekking hebben op de betwiste aard van de ingreep en de operatietechniek, het weliswaar klein risico op doofheid, de ernst van de ingreep en het te verwachten resultaat.”*

Rb. Antwerpen, 13 mei 1993, *T. Gez.-Rev. Dr. Santé*, 1996-1997, II, 190-192.

Hof Antwerpen, 18 februari 1997

“De arts moet de patiënt informeren opdat deze laatste met kennis van zaken in de ingreep kan toestemmen. De patiënt moet het bewijs leveren dat hij onvoldoende werd geïnformeerd.”

Antwerpen, 18 februari 1997, T. Gez./Rev. Dr. Santé, 1997-1998, 3de jaargang, nr. 4, 341-343,
noot: Dit arrest hervormt Rb. Antwerpen, 13 mei 1993

- 1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**
 - 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?**
 - 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medicotechnische techniek uitvoert?**
 - 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen**
 - 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten**
 - 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak**
 - 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medicotechnische interventies overlaten aan het eerste echelon?**
- 4. Besluiten**

Door wie dient deze informed consent procedure uitgevoerd te worden?

- **Algemene regel: door de arts die de acte uitvoert**
- **Argumenten uit de rechtspraak**
- **Wettelijke regeling in Frankrijk, Nederland**
- **Uitzonderingsprocedure: de behandelende geneesheer (chirurg, internist, pediater, huisarts):**
 - **richtlijnen vanuit de dienst Anesthesie**
 - **hiaten in de basisopleiding geneeskunde**
 - **weigeringen van huisartsenverenigingen**

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE BELGE DES MEDECINS SPECIALISTES EN ANESTHESIE - REANIMATION
Union Professionnelle reconnue par la loi.

A.P.S.A.R.

BELGISCHE BEROEPSVERENIGING VAN DE GENEESHEREN SPECIALISTEN IN DE ANESTHESIE-REANIMATIE
Door de wet erkende Beroepsvereniging.

B.S.A.R.

Secrétariat: Avenue de la Couronne, 20 - 1050 BRUXELLES
Secretariaat: Kroonlaan, 20 - 1050 BRUSSEL

Brussel, 1 december 2005

Aan alle artsen die beroep doen op een anesthesist

Aan de voorzitters van de Provinciale Raden
Orde der Geneesheren

Aan de voorzitters van de medische raden

an de hoofdgeneesheren van de Belgische ziekenhuizen

Geachte collega's

2011/02/11

De Wet Patiëntenrechten stelt dat iedere patiënt het recht heeft op voorafgaandelijke informatie inzake de tussenkomst van de arts. Ook inzake anesthesie dienen specifieke inlichtingen aan de patiënt verstrekt te worden, met het oog op het verkrijgen van diens toestemming.

Wij stellen vast dat in de meeste ziekenhuizen de perioperatieve organisatie impliceert dat een meerderheid van de patiënten die anesthesie ondergaan, slechts inlichtingen verkrijgen inzake de anesthesie, de risico's en de alternatieve anesthesietechnieken op de dag zelf van de ingreep. In de gerechtelijke procedures voor medische aansprakelijkheid ondervinden de anesthesisten dan ook meermaals problemen wat betreft de informatieplicht over o.a. nevenwerkingen en risico's van de anesthesie, mogelijke alternatieve anesthesietechnieken, enz.

De beroepsvereniging Anesthesie is van oordeel dat ieder arts die beroep wenst te doen op een tussenkomst van een anesthesioloog, de patiënt voorafgaandelijk dient te wijzen op de wenselijkheid en mogelijkheid van een preoperatieve raadpleging anesthesie, met uitzondering uiteraard van urgente omstandigheden.

Indien die arts de preoperatieve oppuntstelling van de patiënt op zich neemt zonder een anesthesist hierin te betrekken, dient hij zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor de informatieoverdracht wat betreft de anesthesie aan de patiënt en dient hij/zij desgevallend in rechte te antwoorden indien deze informatieoverdracht en de hieraan verbonden toestemming gebrekkig zou verlopen zijn en de patiënt de kans niet gekregen heeft zich persoonlijk voorafgaandelijk te wenden tot een anesthesist voor advies.

De beroepsvereniging Anesthesie BSAR-APSAR wenst nogmaals de noodzaak van een preoperatieve raadpleging anesthesie te onderlijnen en dit zowel wegens medische motieven, nl. een optimale preanesthesievoorbereiding als gebaseerd op een wettelijke grondslag, nl. het recht op informatie inzake de anesthesie-alternatieven en -risico's afgeleid uit de Wet Patiëntenrechten.

Ontwerpnota:

Toestemmingsformulier voor locoregionale en algemene anesthesie bij weigering om gebruik te maken van de pre-operatieve consultatie anesthesie

De dienst Anesthesie van het Ziekenhuis Oost-Limburg wenst de patiënten die zich aanbieden voor geplande chirurgie bij voorkeur preoperatief te zien op een raadpleging.

De anesthesisten menen op deze wijze de kwaliteit en de communicatie met de patiënt te kunnen verbeteren.

**Ondergetekende, de
heer/mevr. _____**

**wenst als uitzondering op deze algemene richtlijn
uitdrukkelijk niet in te gaan op deze vraag en de
preanesthesie oppuntstelling over te laten aan zijn/haar
behandelende geneesheer en verklaart zich akkoord
dat:**

- hij/zij volledig ingelicht werd over de verschillende
anesthesietechnieken met de hieraan verbonden risico's,
waaruit de anesthesist zijn keuze zal maken na mondeling
eindakkoord vanwege de patiënt;**
- hij zijn toestemming geeft aan de anesthesist voor het
uitvoeren van de anesthesietechniek die de anesthesist
noodzakelijk vindt.**

**Ondergetekende, behandelende geneesheer, _____
bevestigt hiermede uitdrukkelijk dat:**

- **de patiënt volledig ingelicht werd over de verschillende anesthesietechnieken met de relevante risico's, waaruit de anesthesist zijn keuze zal maken na mondeling eindakkoord vanwege de patiënt;**
- **dat de patiënt, mede-ondertekenaar in zijn aanwezigheid na het verstrekken van deze informatie, alsook de alternatieve anesthesietechnieken, zijn toestemming gegeven heeft om de anesthesist de anesthesietechniek te laten uitvoeren die aangewezen is;**
- **de noodzakelijke preoperatieve vragenlijst ingevuld werd;**
- **alle nuttige elementen van het medisch dossier in bijlage overgemaakt worden aan de dienst Anesthesie.**

Voor akkoord

De heer/mevr.

Dokter _____

optredend als behandelend geneesheer/huisarts/chirurg

Minimale voorwaarden voor huisarts en/of chirurg om preoperatieve anesthesieonderzoeken uit te voeren en een eerste informed consentprocedure inzake de anesthesie met de patiënt te bespreken:

Voldoende kennis inzake risico's en complicaties van de anesthesie.

De pro en contra en risico's van de verschillende anesthesietechnieken kennen in toepassing op de onderliggende aandoeningen van de patiënt.

De anesthesist wordt hierdoor niet gebonden want hij blijft uiteindelijk verantwoordelijk.

Aangezien de anesthesist zelf uiteindelijk aansprakelijk en verantwoordelijk blijft voor het niet uitvoeren van de informatieplicht of de toestemmingsvereiste, zou hij een veiligheid kunnen inbouwen met een schriftelijke procedure waarbij de behandelende arts of huisarts zich garant stelt tegenover de anesthesist dat de procedure wel degelijk uitgevoerd werd.

Deze vrijwaringclausule is geen exoneratiebeding naar de patiënt toe, maar wel een veiligheidsprocedure waarin gedocumenteerd wordt dat de huisarts of de chirurg zijn verantwoordelijkheid genomen heeft, wat ook impliceert dat de anesthesist zich in rechte tot deze collega kan richten indien er zich problemen inzake de informatieoverdracht zouden voordoen.

De geoorloofdheid van exoneratiebedingen

Algemeen principe: Cass., 25 september 1959:
Principiële geldigheid van exoneratiebedingen

Drie uitzonderingen:

- het verbod van exoneratiebedingen door bijzondere wetten
- opzettelijke fouten of het persoonlijk bedrog van de schuldenaar
- wanneer het beding elke betekenis aan het contract zou ontnemen

- 1. De aansprakelijkheid voor een gebrekkige medische preoperatieve oppuntstelling.**
- 2. De invloed van een gebrekkige preoperatieve oppuntstelling op de rechtsverhoudingen tussen patiënt en artsen.**
- 3. Informed consent inzake anesthesietechnieken: op welk echelon?**
 - 3.1. De geïnformeerde toestemming: realiteit of illusie?**
 - 3.2. Door wie dient de informatie aan de patiënt verstrekt te worden: de behandelende geneesheer of de arts die de medicotechnische techniek uitvoert?**
 - 3.2.1. Guidelines vanwege wetenschappelijke verenigingen**
 - 3.2.2. De Wet Patiëntenrechten**
 - 3.2.3. Aanwijzingen uit de rechtspraak**
 - 3.3. Kan men de informed consent voor specialistische medicotechnische interventies overlaten aan het eerste echelon?**

→ **4. Besluiten**

Een preanesthesieconsultatie is belangrijk om medische en juridische redenen:

- **kwaliteit van de medische preoperatieve oppuntstelling voor de anesthesie**
- **informed consent inzake de gekozen anesthesietechnieken**
- **contractuele basis van de rechtsverhouding anesthesist/patiënt**

De patiënt dient de mogelijkheid te krijgen om zich te wenden tot een preoperatieve anesthesieraadpleging.

Indien patiënt en huisarts een preoperatieve anesthesieraadpleging weigeren, dan dient één en ander zowel medisch als juridisch grondig gedocumenteerd te worden: de arts die de medicotechnische interventie uitvoert blijft de uiteindelijke verantwoordelijke voor de kwaliteit van zijn medisch handelen, alsook voor de informatieoverdracht en de toestemmingsvereiste.