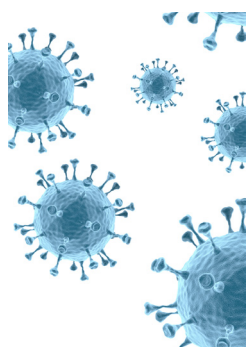


I Editoriaal



Speciaal dossier over griep

In volle herfst hebben we allemaal te kampen met het probleem om voldoende zorgverleners tegen griep in te enten, om op die manier onze patiënten beter te beschermen.

Hygiënisten komen elk met de meest originele voorstellen voor de dag om efficiënte vaccinatiecampagnes te organiseren. Het team van het AZ Sint-Maarten te Duffel bijvoorbeeld deelt met ons graag zijn geslaagde ervaring.

En wat als een patiënt een 'zorgeassocieerde' griep oploopt, omdat het personeel niet voldoende is ingeënt - wat zoals bekend niet verplicht is -, wie is dan aansprakelijk? Gelukkig hebben we een specialiste in huis die een heel interessant licht werpt op de problematiek. Thérèse Locoge is juridisch directeur van het UVC BXL en geeft ons een juridische toelichting.

Anne Simon

I Inhoud

- 2 | Effectiviteit van een aangepaste griep vaccinatiecampagne
- 4 | Besmetting van een patiënt met het griepvirus door een lid van het personeel en aansprakelijkheid. Juridische bedenkingen.

Met de steun van :
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van
de Voedselketen en Leefmilieu

Eurostation Blok II – 1ste verdieping
Victor Hortaplein, 40/10
1060 Brussel

Verantwoordelijke uitgever :

A. Simon : UCL
Ziekenhuishygiëne
Mounierlaan, Tour Franklin, - 2 Sud
B - 1200 Brussel



BAPCOC
Belgian Antibiotic Policy Implementation Committee



HOOFDARTIKEL

Effectiviteit van een aangepaste griep vaccinatie-campagne.

André De Haes

Stafmedewerker directie verpleging Verpleegkundig-ziekenhuishygiënist
AZ Sint-Maarten Mechelen – Duffel



Elk jaar opnieuw brengt de Hoge Gezondheidsraad een advies uit met betrekking tot de vaccinatie tegen de seizoensgebonden griep. Daarin worden de groepen personen bepaald, die voorrang moeten krijgen voor de griepvaccinatie. Eén van deze groepen zijn alle personen werkzaam in de gezondheidssector (1).

Sinds enige jaren is voor het team ziekenhuishygiëne van het AZ Sint-Maarten Mechelen-Duffel, dit advies het aangrijpingspunt om werk te maken van een gerichte vaccinatiecampagne,

ten einde een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad onder alle medewerkers te bekomen.

Uit tabel 1 blijkt dat in het verleden de vaccinatiegraad erg varieerde. In 2009 en 2010 was meer dan de helft van de medewerkers gevaccineerd. Dit goede resultaat was toe te schrijven aan de commotie die was ontstaan omtrent een mogelijke pandemie met Mexicaanse griep. Maar deze verbetering was van korte duur, want de jaren nadien daalde de vaccinatiegraad aanzienlijk

Tabel 1 Globale vaccinatiegraad personeel AZ Sint-Maarten 2008 – 2012

| 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 29,3% | 59,5% | 59,5% | 39,4% | 38,5% |

Naar een nieuwe vaccinatiewijze

Om alle medewerkers te sensibiliseren tot griepvaccinatie werd een campagne uitgewerkt.

Vooreerst werd in het voorjaar 2012 een symposium georganiseerd omtrent vaccinatie in het algemeen en waarbij de nodige aandacht gegeven werd aan het belang van de griepvaccinatie. Op deze wijze kon de juiste kennis overgebracht worden over het ziektebeeld en het vaccin. Alle redenen waarom men zich moet laten vaccineren werden aangehaald; argumenten en vooroordelen om zich niet te laten vaccineren werden weerlegd. Gastspreker was prof. dr. Marc Van Ranst van de KUL (Katholieke Universiteit Leuven). Uit zijn lezing werden de nodige lessen getrokken om de campagne inhoud te geven: Er werd een infovergadering belegd ten behoeve van de hoofdverpleegkundigen; er werd een mededeling verspreid via het intranet van het ziekenhuis; er werd een affiche verdeeld op alle afdelingen met de belangrijkste argumenten pro vaccinatie en met praktische gegevens. Er werd vooral gefocust op die afdelingen waar patiënten verblijven met een hoge risicograad op complicaties bij griep: afdelingen intensieve zorg, geriatrie, materniteit, oncologie en chronische zorg.

De belangrijkste maatregel betreft echter de grondige wijziging in de aanpak van de vaccinatie zelf. Uit het referaat van prof. dr. Marc Van Ranst bleek dat het werken met een vaccinatieteam leidt naar een vaccinatiegraad van ongeveer 50%. Andere maatregelen, zoals het organiseren van lezingen, het verloten van geschenkbonnen onder de gevaccineerden hebben slechts een marginale verbeteringsgraad van enkele procenten.

Werken met een vaccinatieteam

Sinds twee jaar wordt het vaccin toegediend door een “vaccinatieteam”. In werkelijkheid betreft het één verpleegkundige van de mobiele equipe per campus, die gedurende een aantal dagen in de periode half oktober – half november, langs de afdelingen gaat en alle geïnteresseerde medewerkers vaccineert. Medewerkers met vaste nachtdienst worden door de overkoepelende nachtcoördinator gevaccineerd en langdurig zieke medewerkers worden via het human resources (HR)-departement schriftelijk aangeschreven om zich eventueel in het ziekenhuis in die periode aan te bieden voor hun vaccinatie. Na de periode waarin het “vaccinatieteam” actief is, kan men zich nog laten vaccineren op de spoedgevallendienst. Medewerkers moeten dus zelf geen enkel initiatief nemen om zich te laten vaccineren. Na de vaccinatie wordt men “beloond” met een snoepje en met de badge “ik doe mee” die verdeeld wordt door het Agentschap zorg en Gezondheid (2). Afdelingen waarbij elke medewerker gevaccineerd is, worden getrakteerd op taart tijdens de eerstvolgende dienstvergadering. Indien men zich niet laat vaccineren, dan draagt men een mond-neusmasker bij direct patiëntencontact tijdens een griep-epidemie. Hiertoe wordt het wekelijks griepbulletin van het WIV-ISP geraadpleegd.

De opleidingsinstituten van wie studenten stage lopen in het ziekenhuis, wordt gevraagd hun studenten te motiveren om zich te laten vaccineren via hun huisarts. Zo zij niet zijn gevaccineerd wordt verondersteld dat ook zij tijdens een epidemie een mond-neusmasker dragen.

Evolutie in de vaccinatiegraad

Sinds het werken met een “vaccinatieteam” is de vaccinatiegraad onder de medewerkers gestegen ten opzichte van de voorbije jaren (zie tabel 1). Dit blijkt uit onderstaande tabel 2:

Tabel 2: Vaccinatiegraad personeel AZ Sint-Maarten 2013 – 2014

| 2013 | | 2014 | |
|----------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| Aantal gevaccineerde medewerkers | % | Aantal gevaccineerde medewerkers | % |
| 1128 | 58,4% | 1227 | 60,1% |

Toekomst

“Never change a winning team”. Voor het komende winterseizoen is de aanpak van de griepvaccinatie niet gewijzigd. Het team ziekenhuishygiëne gaat ervan uit dat de medewerkers die zich de voorbije jaren hebben laten vaccineren, dit ook dit en de volgende jaren zullen doen. Via blijvende sensibilisering en het gericht aanspreken van afdelingen met een lage vaccinatiegraad, wordt gepoogd om deze stelselmatig te verhogen.

Références

(1) Advies van de Hoge Gezondheidsraad 9211; vaccinatie tegen seizoensgebonden griep winterseizoen 2014-2015

(2) <http://www.griepvaccinatie.be/>

Besmetting van een patiënt met het griepvirus door een lid van het personeel en aansprakelijkheid. Juridische bedenkingen.

Thérèse Locoge

Vrije Universiteit Brussel (ULB), Ecole de Santé Publique, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, juridisch directeur van de CHU Brussel



Inleiding

In ziekenhuizen is de bescherming van de patiënt een constante bezorgdheid. De oorsprong van risico's is veelzijdig. Zij kunnen van biologische, chemische, elektrische, stralingsgebonden oorsprong zijn, of gebonden zijn aan de organisatie van het ziekenhuis of aan de keuze en het gebruik van uitrustingen om er enkele te noemen.

Nu de winter voor de deur staat hebben we het in deze bijdrage vooral over de mogelijke verplichtingen van het ziekenhuis of het personeel om de patiënt te beschermen tegen het zeer besmettelijke griepvirus. Zo gaan we na of het ziekenhuis juridisch aansprakelijk kan worden gesteld wanneer een patiënt een griepachtige ziekte oploopt na besmetting door een personeelslid dat niet is ingeënt. Vooral de zorgenheden krijgen met deze problematiek te maken omdat de contacten er langduriger zijn en het risico op besmetting dus groter. We gaan uit van de veronderstelling dat de patiënt (of zijn rechthebbenden in geval van overlijden) een zeker en exclusief verband kan (kunnen) aantonen tussen zijn besmetting met het griepvirus en de niet-inenting van een werknemer die met hem in contact staat (en behalve medische tegenindicatie voor griepvaccinatie in hoofde van die laatste). Er zijn immers verschillende besmettingsbronnen: bezoekers, andere patiënten of organisatorische factoren. In een ziekenhuisomgeving is

die problematiek nog prangender omdat patiënten vaak niet ingeënt zijn, in tegenstelling bijvoorbeeld tot een bewoner van een rust- en verzorgingstehuis. Tenslotte gaan we zien dat het belang van deze analyse zit in het feit dat de griepvaccinatie in een arbeidscontext niet verplicht is (ook niet in een private context).

Bij de analyse van deze problematiek zullen we twee aparte wettelijke regelingen moeten verzoenen: de bescherming van de gezondheid van de zorgverstreker en de veiligheidsvereiste bij de zorgverstrekking aan de patiënt.

Beide regelingen streven afzonderlijke doelstellingen na. Enerzijds moet de werkgever de gezondheid van de werknemer veilig stellen, rekening houdend met de risico's waaraan hij op zijn werkpost is blootgesteld. Vaccinatie van de werknemer is een van de beste manieren om de werknemer te beschermen tegen een besmette patiënt (andere mogelijke maatregelen zijn de zorgverlener die een masker draagt en handhygiëne). Anderzijds moet de patiënt worden beschermd tegen een wijziging van zijn gezondheidstoestand waarvan de oorzaak verschillend is van die van zijn initiële aandoening. De inenting van het personeel is dan ook een altruïstische daad ter bescherming van de gezondheid van de patiënt.

Het ziekenhuis heeft dan ook andere verplichtingen als

werkgever dan als zorgverstrekker. Bovendien kan de werkgever verschillende soorten arbeidsrelaties aangaan met zijn werknemer: overheidsstatuut (benoeming), loontrekkende of cao, wat een impact heeft op de manier waarop met deze problematiek wordt omgegaan. De werkgever heeft immers veel meer verplichtingen tegenover benoemde of loontrekkende werknemers, zowel in het kader van de bescherming op het werk, als binnen het kader van zijn aansprakelijkheid tegenover derden en dus de patiënten. We komen daar later nog op terug.

Vooraleer we deze problematiek juridisch gaan analyseren, moeten we erop wijzen dat een eventuele aansprakelijkheid enkel zin heeft indien de griepvaccinatie wetenschappelijk aanbevolen blijft. Vaccinatie is immers een preventieve medische handeling die schade berokkent aan de fysieke integriteit van de werknemer. Zo'n handeling mag dus enkel aangemoedigd of opgelegd worden indien zij nuttig is om een besmetting te vermijden of te beperken. Zijn die voorwaarden niet vervuld, dan zou het vanwege de werkgever volledig fout zijn om die te promoten. De wetenschappelijke wereld evalueert geregeld deze problematiek. In dit verband wijzen we naar het laatste advies van de Hoge Gezondheidsraad van juli 2015, die voor de inenting tegen de seizoensgriep 2015-2016, als 2de prioriteit, na de personen met complicatierisico's, het personeel uit de gezondheidssector aanwijst.⁽¹⁾ Dit betekent dus dat inenting wel degelijk aanbevolen blijft.

Bescherming op het werk

Verschiedene rechtsbronnen⁽²⁾ verplichten de werkgever de gezondheid van zijn werknemers veilig te stellen. Verschillende wetten passen deze juridische verplichting toe en voornamelijk de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk en de uitvoeringsbesluiten (strafwetgeving). Het toepassingsgebied is ruim, de wet geldt dan ook voor elke publieke of private werkgever en ten overstaan van elke statutaire werknemer, loontrekkende, student of stagiair. De wet kan bij koninklijk besluit worden uitgebreid naar andere personen, met name zelfstandigen die zich op de werkplek bevinden. Artikel 4 van deze wet voorziet uitdrukkelijk in de bescherming van de gezondheid op het werk via reglementaire maatregelen die een bindende werking hebben zowel tegenover de werkgever als tegenover de werknemer. Volgens deze benadering moet de werkgever de nodige maatregelen treffen om «risico's te voorkomen, de risico's bij de bron te bestrijden, de risico's te beperken» (artikel 5). Zo bepaalt het uitvoeringbesluit van 27 maart 1998 de verplichting om de preventie maatregelen te nemen om «risico's te voorkomen, schade te vermijden en schade te beperken». Bovendien moet elke werknemer volgens zijn mogelijkheden, zorg dragen voor «zijn eigen gezondheid en deze van de andere betrokken personen overeenkomstig zijn opleiding en de door de werkgever gegeven instructies» (artikel 6). Deze verplichting voor de werkgever, die in geval van niet-naleving evenwel nooit kan leiden tot een strafbaarstelling in hoofde van de werknemer, vertaalt zich volgens zijn mogelijkheden, zijn opleiding en de instructies van de werkgever, hoofdzakelijk in het correct gebruiken van de werk- en beschermingsmiddelen, het niet in gevaar brengen van de veiligheidssystemen, het verwittigen van en het samenwerken met de werkgever in geval van gevaar. Deze bescherming gebeurt o.a. via de medische surveillance die o.a. volgende doelstellingen nastreeft:

- De aanpassing van het werk aan de werknemer en niet omgekeerd;
- Vermijden dat werknemers worden tewerkgesteld aan taken waarvan zij, wegens hun gezondheidstoestand normaal de risico's niet kunnen dragen;
- Vermijden dat personen tot het werk worden toegelaten die getroffen zijn door ernstige besmettelijke aandoeningen of die een gevaar voor de veiligheid betekenen van de andere werknemers;
- Beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen opsporen, werknemers informeren en adviseren.⁽³⁾

De beslissingen die worden genomen om deze doelstellingen te bereiken zijn gebaseerd op een analyse van de risico's van de arbeidsposten (ofwel de analyse van de inhoud van het werk, van de risico's ervan en van zijn omgeving) en houden rekening met de kwalificatie van de arbeidspost zoals bepaald in het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers: de regels verschillen immers al naargelang werknemers een veiligheidsfunctie, een functie met verhoogde waakzaamheid of een activiteit met welbepaald risico uitoefenen (deze laatste verwijzing wordt op 1/01/2016 afgeschaft). In een ziekenhuisomgeving beantwoorden alle werkposten die met zorgverlening in contact staan aan deze definities: de veiligheidsfunctie of de functie met verhoogde waakzaamheid legt de nadruk op het mogelijk in gevaar brengen van de gezondheid en veiligheid van andere werknemers (maar geen derden en dus geen patiënten); bij een activiteit met welbepaald risico is er sprake van blootstelling aan een identificeerbaar risico (vb blootstelling aan een biologisch agens zoals het griepvirus). Indien een werknemer is getroffen door een overdraagbare ziekte (meestal opgelopen op het werk), zal het ziekenhuis als werkgever maatregelen treffen om te vermijden dat hij zijn collega's besmet (en dus zonder rechtstreeks rekening te houden met de belangen van de patiënten). De preventieconsulent-arbeidsgeneesheer (voor de statutaire werknemers en loontrekkenden) beschikt over deze medische informatie en mag die niet meedelen aan de werkgever om stigmatisering te vermijden en om de werkgelegenheid zo veel mogelijk te behouden. De arbeidsgeneesheer zal hem enkel informeren over de gevolgen van deze ziekte op de uitoefening van de job: geschikt met aangepaste arbeidstijd, aan het werk blijven met aanbevelingen, verwijdering van de post, medisch ongeschikt. De werkgever past deze aanbevelingen toe door het dragen van bescherming (bv.: dubbele handschoenen, maskers dragen) of door de werknemer naar een andere post over te plaatsen waar dit risico niet aanwezig is en, in uitzonderlijke gevallen, door definitieve verwijdering uit het ziekenhuis indien er geen zo'n functie wordt gevonden of omdat die niet vrij is. De bescherming van de patiënt gebeurt dan onrechtstreeks en gedeeltelijk door het toepassen van die maatregelen. Onrechtstreeks omdat de eerste doelstelling de bescherming van de werknemer blijft, gedeeltelijk omdat die maatregelen wettelijk niet van toepassing zijn op een zelfstandige.

Voor een werknemer die griep heeft zijn deze maatregelen die met de werkpost zijn gerelateerd niet van toepassing omdat griep een geneeslijke en tijdelijke ziekte is. De patiënt zal er dus geen bescherming kunnen uit putten. De bescherming van de patiënt gebeurt dan door de werknemer op ziekteverlof te sturen zodra de ziekte symptomatisch wordt - en hij dus begint te hoesten - ofwel door toepassing van klassieke maar minder efficiënte beschermingsmaatregelen: masker dragen of handen ontsmetten. Ook hier kan het verschil in statuut voor de patiënt een beperking van de bescherming impliceren:

de zelfstandige wordt tijdens zijn ziekteverlof niet betaald (volgens de huidige wetgeving), hij kan dus geneigd zijn om geen ziekteverlof te nemen.

Om besmetting van de werknemer te vermijden kan, wanneer er een vaccin bestaat, inenting juridisch aanbevolen en verplicht zijn (ook al is de niet-constante effectiviteit van het vaccin afhankelijk van het exacte subtype die verantwoordelijk is voor de epidemie enerzijds en die in het vaccin aanwezig zijn anderzijds: het vaccin 2014-2015 was bijvoorbeeld weinig efficiënt).

Griepvaccinatie, met name in ziekenhuizen, is in België niet verplicht, aangezien dit niet is bepaald in het Koninklijk Besluit (KB) van 4/08/1996 inzake bescherming van de werknemers tegen de risico's bij blootstelling aan biologische agentia op het werk. Het toepassingsgebied is hetzelfde als dat van de wet van 4/08/1996 en is een van de maatregelen bepaald in artikel 4 van deze wet (cf. supra). Het is van toepassing op de gezondheidszorg maar niet in het algemeen, op de bescherming tegenover een besmettelijke collega. De bijlage bij dit KB klasseert het influenzavirus in groep 2 (op 4), wat volgens artikel 4 het volgende betekent: «een agens dat bij de mens een ziekte kan veroorzaken en een gevaar voor de werknemers kan opleveren; het is onwaarschijnlijk dat het zich onder de bevolking verspreidt; er bestaat gewoonlijk een effectieve profylaxe of behandeling».

België maakt daarop geen uitzondering. Zo heeft Frankrijk op 14/10/2006 de verplichte griepvaccinatie afgevoerd. De 'Haut Conseil de la Santé publique français' of Franse hoge raad voor de Volksgezondheid, kreeg in 2013 een vraag voorgelegd van de minister van Sociale Zaken en Gezondheid over de plaats van inenting van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg in de grieppreventiestrategie. In maart 2014 heeft de raad zijn verslag ingediend met als titel «Grippe saisonnière vaccination des personnes âgées et vaccination des personnels soignants» (Seizoensgriep inenting van senioren en inenting van gezondheidswerkers). Uit dat verslag bleek dat de evaluatie van de efficiëntie van het griepvaccin moeilijk is. Op basis van de huidige studies is het niet mogelijk om met zekerheid een aanbeveling voor een verplichte inenting te ondersteunen.⁽⁴⁾ De werkgever gaat dus niet in fout door zijn werknemers niet te verplichten zich te laten inenten, op deze basis kan hij dus niet aansprakelijk worden gesteld.

Hij is wel verplicht zijn werknemers de mogelijkheid te bieden zich te laten inenten indien deze hiervoor nog niet immuun zijn (artikel 44). Het is de preventieconsulent-arbeidsgeneesheer die de plicht heeft, vóór de blootstelling, de loontrekkende en statutaire werknemers te informeren over de beschikbaarheid van een efficiënt vaccin en over de voor- en nadelen van het al dan niet inenten.

Immers uit wat volgt is verdere rol van werkgever duidelijk. De bepalende elementen voor inenting van de zorgverstrekkers volgens het 'Rapport du Haut Conseil de la Santé publique français' waren de volgende: zelfbescherming, bescherming van de patiënt, gratis en toegankelijke inenting, voorbeelden van collega's en vorige inenting. De werkgever moet er ook op toezien dat deze informatieplicht is aangepast aan de kennis van de gezondheidswerker. De verplichte informatie over de negatieve perceptie van het vaccin of over de foute perceptie van de griepvirus moet aan het doelpubliek zijn aangepast. De werkgever kan de inenting ook bevorderen door een goede organisatie ervan, die jaarlijks plaatsvindt tijdens de opstart van de campagne om te vermijden dat een werkgever er te snel vanaf ziet wegens niet voldoende toegankelijk. De mogelijkheid om zich in het ziekenhuis te laten inenten, of op een nabijgelegen plaats of zelf in de zorgeenheden, op uren die aansluiten bij de activiteiten van

die zorgeenheden, zowel overdag als 's nachts, een gratis inenting, of de promotie ervan zijn belangrijke stimuli waarmee de werkgever kan aantonen dat hij de meest bevorderlijke maatregelen heeft getroffen. Hij wordt daarin bijgestaan want tijdens een vaccinatiecampagne op het werk, met het oog op het voorkomen van besmettelijke ziekten, mag de apotheker vaccins afleveren aan de arbeidsgeneesheer (artikel 26 quater van het KB van 31/05/1885).

De werkgever moet rekening houden met twee belangrijke beperkingen: enerzijds moet hij rekening houden met de vrije keuze van de werknemer en hem niet blootstellen aan een overdreven druk, aangezien die laatste de keuze heeft om zich al dan niet te laten inenten. Het personeelslid moet kunnen weigeren zonder rekenschap af te leggen over de motivering en zonder dat dit hem schade toebrengt in de werkrelatie. Anderzijds moet de werkgever de vertrouwelijkheid van de inenting respecteren. Het gaat hier om een gezondheidsgegeven dat wordt bijgehouden door de preventieconsulent-arbeidsgeneesheer en dat niet aan de werkgever mag worden meegedeeld. Deze grens is soms moeilijk te trekken omdat bepaalde organisatorische maatregelen het in stand houden van deze waterdichte scheidingslijn tussen werkgever en arbeidsgeneesheer kunnen bemoeilijken. Neem bijvoorbeeld de inentingen in de zorgeenheden, om te vermijden dat het personeel zich moet verplaatsen, en op afgesproken uren, die er moeten voor zorgen dat hij geen tijd verliest, en die in dat geval een meer collectief karakter krijgen. De werkgever kan ook beslissen om zelfstandigen te onderwerpen aan de arbeidsgeneeskunde, door hen erbij aan te sluiten, wat de bescherming van eenieder verbetert. Deze beslissing heeft wel degelijk zin in een risico-omgeving zoals het ziekenhuis, waar virussen geen onderscheid maken op basis van de aard van de werkrelatie of van de hoedanigheid van de te beschermen persoon.

Zo'n proactieve aanpak van de werkgever zal er in ruime mate toe bijdragen dat een besmette patiënt weinig kans maakt dat een rechtbank zal ingaan op zijn schadeclaim, op basis van de verplichtingen van de werkgever inzake bescherming van de gezondheid.

Zoals we net hebben gezien, staan bij deze aanpak de rechten van de zorgverstrekker centraal en is de bescherming van de patiënt niet meer dan een extra voordeel. De patiënt zou dan geneigd kunnen zijn zich te informeren naar de inentingsstatus van de werknemer die hem zal verzorgen en in geval van niet-inenting, weigeren zich door hem te laten behandelen.⁽⁵⁾ Deze informatie kan om diverse praktische redenen niet aan de patiënt meegedeeld worden. Om te beginnen mag het ziekenhuis de gezondheidsgegevens van zijn werknemers niet meedelen aan patiënten, en dit om verschillende redenen: het gaat om vertrouwelijke gegevens die binnen de private levenssfeer van de werknemer vallen. Het ziekenhuis mag die niet bijhouden, de arbeidsgeneeskunde is daarvoor bevoegd. Artikel 3 van de wet van 28/01/2003 betreffende de medische onderzoeken die binnen het kader van de arbeidsverhoudingen worden uitgevoerd bepaalt dat de biologische tests, medische onderzoeken of mondelinge informatiegaring met het oog op het verkrijgen van medische informatie over de gezondheidstoestand van de zorgverstrekker niet mogen worden verricht om andere redenen dan die welke verband houden met de huidige geschiktheid van de werknemer voor en de specifieke kenmerken van de openstaande betrekking. En ook als we er nog vanuit zouden gaan dat de werkgever over deze informatie zou beschikken na instemming van de werknemer, dan nog wordt die instemming als niet geldig beschouwd door artikel 27 van het KB van 13/02/2001. Deze instemming doet immers niet ter zake indien het de werkgever

is die deze medische gegevens verwerkt en dit om de werknemer te beschermen tegen een risico op druk vanwege de werkgever. Om effectief te zijn zou dit verzoek van een patiënt in feite maar gericht kunnen zijn tegen een enkele werknemer. In een tijdperk van pluridisciplinaire geneeskunde, met tal van actoren, zou dit er in feite op neerkomen dat die vraag aan alle werknemers van het ziekenhuis moet worden gesteld, wat buitensporig zou zijn in verhouding tot het besmettingsrisico waaraan men is blootgesteld. Deze mededeling zou bovendien leiden tot een risico op stigmatisering van de werknemer en een onevenredige aantasting van de uitoefening van zijn beroepsactiviteit.

De veiligheid van de patiënt tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis

Algemeen wordt erkend dat het bij de klinische opvang van de patiënt om een middelenverplichting en niet om een resultaatsverplichting gaat. Dit betekent dat de verplichting er niet in bestaat de patiënt te genezen maar wel te behandelen volgens de normen van een gewetensvolle en zorgvuldige gezondheidswerker en volgens erkende goede praktijken. In een aantal activiteitensectoren kan deze middelenverplichting uitmonden in een resultaatsverplichting. Dit is het geval wanneer de activiteit in feite geen of amper risico's inhoudt: dan moet het resultaat worden bereikt. Een voorbeeld is bijvoorbeeld het tellen van kompressen na een chirurgische ingreep.

Als een patiënt dus niet het recht kan opeisen om het ziekenhuis genezen te verlaten, kan hij dan ook geen schadeloosstelling eisen omdat hij er tijdens zijn verblijf als gevolg van een besmetting een ziekte heeft opgelopen? Voor de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, heeft een deel van de rechtspraak en de doctrine gewezen op de veiligheidsverplichting voor het ziekenhuis op vlak van exogene ziekenhuisinfecties, die inherent onderdeel is van de zorgverplichting (met name, onafhankelijk van de gezondheidstoestand van de patiënt). (6) Om zich daarvan te ontheffen moest het ziekenhuis een externe oorzaak aanvoeren, met name een geval van overmacht of een fout in hoofde van de patiënt, wat uiterst moeilijk was en dus weinig toegepast. Het risico kwam dus ten laste van het ziekenhuis te liggen. Het andere deel van de rechtspraak was trouw gebleven aan de klassieke principes van de aansprakelijkheid en ging ervan uit dat indien de patiënt geen fout kon aantonen die verband hield met zijn schade, hij dit onvermijdbare risico moest dragen, en waarvan hij het bestaan overigens moest kennen toen hij zich in een ziekenhuis liet behandelen.

Sindsdien is deze wet van 31 maart 2010 van toepassing op het vergoeden van een schade die een patiënt heeft opgelopen, ofwel op basis van een fout, ofwel op basis van de nationale solidariteit, omwille van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Dit ongeval heeft te maken met een verstrekking van gezondheidszorg, waarvoor de zorgverstrekker niet aansprakelijk is, die niet het gevolg is van de toestand van de patiënt en die voor hem een abnormale schade als gevolg heeft. De abnormale schade is schade die zich niet had moeten voordoen, rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het Fonds voor de medische ongevallen vervult de instructie- en vergoedingsopdrachten indien de voorwaarden die met het medisch risico te maken hebben, verenigd zijn.

De memorie van toelichting bij deze wet bepaalt het stelsel dat van toepassing is op ziekenhuisinfecties, waaronder de seizoensgriep: ofwel vindt de infectie zijn oorsprong in de aansprakelijkheid van een zorgverstrekker, ofwel in een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. In dit laatste geval zal, wanneer aan de vereiste graad van ernst is voldaan, de volledige schade als gevolg van een griep die de patiënt niet had moeten oplopen, worden vergoed. De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan: een blijvende invaliditeit van 25 % of meer, een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden, de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt en tenslotte ook zijn overlijden. In de hypothese die ons aanbelangt is het overlijden van de patiënt die het meest waarschijnlijk tot tussenkomst van het Fonds zou leiden. Gezien de opdrachten die aan het Fonds zijn toevertrouwd, heeft de patiënt, of in geval van overlijden, zijn rechthebbende, er belang bij zich tot het Fonds te wenden. In het kader van het onderzoek van het verzoek om schadeloosstelling van de patiënt, kan het Fonds oordelen dat de zorgverstrekker wegens een fout aansprakelijk is en hem doorverwijzen naar zijn verzekeringsmaatschappij voor een voorstel tot schadeloosstelling; ofwel kan het Fonds oordelen dat er geen fout is maar wel een ongeval zonder aansprakelijkheid waarbij is voldaan aan het criterium van de ernst en die het volledig herstel van de schade mogelijk maakt; ofwel is er aan geen enkel criterium van de ernst voldaan, is de schade niet vergoedbaar en zal het Fonds ook niet tussenkomen. Schadeloosstelling lijkt in dat geval wel degelijk uitgesloten, aangezien die ook voor een rechtbank niet kan worden bekomen, omdat de dienstverstrekker geen fout heeft begaan. (7) De memorie van toelichting (Kamer 2009-2010 Doc 522240/001 pagina 28) bevestigt dit: «het Fonds zal dus geen besmettingen vergoeden waarvan het enige gevolg is dat de hospitalisatie met enkele dagen wordt verlengd. Het spreekt bovendien voor zich dat preventie het meest efficiënte wapen tegen ziekenhuisinfecties blijft».

Vooraleer hij dus beroep doet op de nationale solidariteit binnen de vastgestelde voorwaarden, zal de patiënt (of zijn rechthebbenden) moeten onderzoeken of hij een fout kan aantonen, vooraleer hij herstel van zijn schade (ook volledig) kan krijgen in geval van besmetting als gevolg van een niet-ingeënte werknemer. Welke bepalingen kan hij invoeren?

Artikel 17 van de wet van 3 juli 1978 (cf. nota 2), die verwijst naar de bescherming van derden, verplicht een loontrekkende werknemer zich te onthouden van al wat schade kan berokkenen. Deze verplichting kan bij overeenkomst worden vastgelegd voor de zelfstandige of in het administratieve statuut worden opgenomen voor de statutaire werknemer. De juridische strekking ervan is sterker dan artikel 6 van de wet van 4/08/1996 die de verplichting van de werknemer om zorg te dragen voor de gezondheid van een persoon die niet anders is omschreven beperkt, volgens zijn mogelijkheden en in de uitdrukkelijk hierboven vermelde gevallen. Elke zorgverlener heeft, ongeacht de aard van de arbeidsrelaties, de persoonlijke plicht over de gezondheid en het leven van zijn patiënten te waken. Aangezien er geen verplichting bestaat om zich in te enten is er dan ook geen voldoende rechtsgrondslag om enkel op basis daarvan, en met uitsluiting van eender welke andere fout, de niet-ingeënte werknemer of zijn werkgever aansprakelijk te stellen. Anders is het wanneer een werknemer met griepsymptomen niet de nodige maatregelen treft om besmetting te vermijden

(cf. supra). De werknemer mag ook geen passieve houding aannemen, hij moet zijn voorzichtigheidsplicht nakomen en de aanbevelingen van de werkgever opvolgen, zoals het dragen van een masker. Deze verplichting lijkt niet correct te worden opgevolgd door de zorgverstrekkers: nog steeds volgens het verslag van de 'haut Conseil de la santé publique', «wordt het nosocomiale risico dat door de zorgverstrekkers wordt veroorzaakt, nog versterkt doordat tussen de 50 en 80% van de zorgverstrekkers blijft werken, ook al zijn ze besmet». Tegenover derden kan de statutaire of loontrekkende werknemer enkel aansprakelijk worden gesteld voor een voorkomende lichte (dus toevallige) fout, of in geval van zware fout.(8) De zware fout is de onverschoonbare fout, zowel door de intrinsieke ernst ervan als door het maatschappelijke belang van de beschermde waarde. Begaat een werknemer met de griep die blijft werken een voorkomende lichte fout (die dus een zekere herhaling impliceert) of kan die onmiddellijk als zwaar worden gekwalificeerd? Dit is afhankelijk van de interne regelgeving (arbeidsreglement, administratief statuut) en van de omstandigheden waarin de werknemer de fout heeft begaan: werd zijn aandacht gevestigd op het gedrag dat hij er moet op nahouden of op de gevolgen in geval van niet-uitvoering van zijn kant? Werkt hij op een eenheid waar meer kwetsbare personen zijn gehospitaliseerd? Bij afwezigheid van bepalende elementen zal de balans eerder doorslaan in de richting van de aansprakelijkheid van de werkgever, met uitsluiting van die van de werknemer. Voor de zelfstandige legt artikel 30 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10/07/2008 de verplichting om erover te waken dat de rechten van de patiënt worden geëerbiedigd, bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis zal daar enkel mogen van afwijken indien het de patiënt uitdrukkelijk en vooraf, en volgens een vastgelegde procedure, heeft meegedeeld dat het gelet op de zelfstandige aard van de arbeidsrelatie, niet aansprakelijk kan worden gesteld. De wetgever wil de vrijstelling van aansprakelijkheid van de werkgever bemoeilijken omdat deze kennisgeving aan de patiënt in de praktijk heel moeilijk is (koninklijk besluit van 21 april 2007). Patiënten worden trouwens soms op de spoedgevallen opgenomen, zonder voorafgaande opnameformaliteiten tijdens de welke zo'n kennisgeving gebeurt (ook al is bepaald dat het ziekenhuis in dat geval zo snel mogelijk handelt).

Zou het ziekenhuis de patiënt op een aantal risico's kunnen wijzen, waar hij dan mee zou instemmen, waardoor het ziekenhuis zich aan zijn aansprakelijkheid zou kunnen onttrekken? Verschillende argumenten zowel ten gronde, als wat de haalbaarheid betreft, verzetten zich tegen de verleiding om de aansprakelijkheid voor een risico waarmee de patiënt zou hebben ingestemd, naar de patiënt door te schuiven. Om te beginnen is het ziekenhuis aansprakelijk voor het beheer van alle risico's. Het kan die aansprakelijkheid niet uithollen door van zijn patiënten en werknemers te eisen van hun wettelijke bescherming af te zien. Het risico dat wordt doorgeschoven op een patiënt is verschillend van het risico dat te maken heeft met een gezondheidsinterventie: wanneer een geneesheer zijn patiënt wijst op de risico's van een behandeling of een interventie, gaat hij uit van wetenschappelijke gegevens en van de gezondheidstoestand van de patiënt. De patiënt kiest om dit medische risico, dat met de interventie samenhangt, te aanvaarden of te weigeren. Indien deze informatie onvolledig was zal de patiënt bovendien zijn recht op schadevergoeding kunnen laten gelden (de schade als gevolg van een gebrekkige voorbereiding wordt sinds kort erkend).(9) Wanneer het daarentegen gaat om de kennisgeving van een globaal en algemeen risico, met name het aantal ziekenhuisinfecties, en zelfs als dit door de dienst gebeurt, kan de patiënt er de

redenen niet van kennen, die bovendien mogelijks fout zijn.(10) Hij heeft amper vat op de reële betekenis van deze informatie: dit gegeven is immers enkel relevant in vergelijking met dat in andere ziekenhuizen. Om deze vergelijking te kunnen maken, is er een gedeelde methodologie tussen ziekenhuizen nodig, wat momenteel niet het geval is. De patiënt heeft er dus geen enkel belang bij om het ziekenhuis vrij te stellen en een ontslag van aansprakelijkheid te ondertekenen. Mocht hij dat ondertekenen, dat moeten er vragen worden gesteld bij de geldigheid ervan. De relatie tussen het ziekenhuis die er alle belang bij heeft en de patiënt die er geen enkel belang bij heeft lijkt dermate scheefgetrokken, dat men zich vragen kan stellen bij de omstandigheden waarin het ziekenhuis deze instemming heeft verkregen en men zich kan afvragen of het wel degelijk om een vrije en geïnformeerde instemming ging.

Om de aansprakelijkheid eventueel te kunnen vaststellen of om bij een medisch ongeval een schadeloosstelling mogelijk te maken, moet men zich afvragen of de patiënt geïnformeerd moet zijn over zijn besmetting en de oorsprong ervan? Indien de antwoorden daarop positief zijn zal die informatie hem helpen bij de bewijslast van de oorsprong van zijn schade. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bekrachtigt het recht van de patiënt om kwaliteitsvolle zorgen te krijgen en om geïnformeerd te zijn over zijn gezondheidstoestand. Wanneer hij griep krijgt, ook al is er geen verband met zijn initiële aandoening, dan zien we niet in waarom de informatie over zijn gezondheidstoestand zou moeten worden beperkt. Het opsporen van de oorzaak van een besmetting door het griepvirus, vooral wanneer dit niet al te ernstig is, gebeurt meestal niet en zou toelatingen en middelen vergen waarover het ziekenhuis niet beschikt, zoals nagaan of bezoekers bij hun bezoek aan de patiënt geen griep hadden. Deze informatie is dus niet beschikbaar.

Richting een mogelijke verzoening

Reprenant cette référence à la prévention, il pourrait être tenté de dégager une nouvelle voie d'action, étroite au vu des législations contraignantes, qui sans porter atteinte aux droits des soignants permettrait de prendre aussi en compte les intérêts des patients à tout le moins les plus vulnérables face aux conséquences d'une grippe. L'hôpital pourrait ainsi déterminer des lieux d'hospitalisation où ils séjourneraient et seraient alors pris en charge par du personnel vacciné, sur base volontaire et donc quelle que soit la nature de la relation de travail, ou au moins porteur systématiquement d'un masque. C'est alors une mesure à double efficacité, le masque est un outil de travail qui protège le patient et est aussi un équipement de protection individuel qui protège le travailleur. Cette proposition répond au principe de proportionnalité en n'imposant pas à chaque travailleur de l'hôpital le port du masque. Cette approche doit être étudiée notamment par les services internes ou externes de prévention et de protection au travail (SIPP et SEPP), l'équipe d'hygiène hospitalière et discutée avec les organisations syndicales avant d'être décidée par les organes de décision de l'hôpital. Il faut aussi souligner que l'observation de moyens simples de précaution comme porter un masque protecteur, se laver les mains ou changer de paire de gants après un soin demeurent les mesures les plus efficaces en tant que mesures collectives de protection du patient. La vaccination est un renfort de celles-ci.

Referenties

(1). Hoge Gezondheidsraad: advies nr. 9296. Inenting tegen de seizoensgriep, winterseizoen 2015-2016, pagina 2. www.css-hgr.be

(2) a. Artikel 1134 van het Burgerlijk Wetboek: alle overeenkomsten die wettig zijn aangegaan, strekken degenen die deze hebben aangegaan, tot wet. Ze moeten te goeder trouw worden uitgevoerd.

Artikel 1135 van het Burgerlijk Wetboek Code Civil: overeenkomsten verbinden niet alleen tot hetgeen daarin uitdrukkelijk bepaald is, maar ook tot alle gevolgen die door de billijkheid, het gebruik of de wet aan de verbintenis, volgens de aard ervan, worden toegekend.

b. Wet van 3/07/1978 betreffende arbeidsovereenkomsten:

Artikel 16: werkgever en werknemer zijn elkander eerbied en achting verschuldigd. Gedurende de uitvoering van de overeenkomst moeten zij de welvoegelijkheid en de goede zeden in acht nemen en doen in acht nemen.

Artikel 17: de werknemer is verplicht (...) 4°) zich te onthouden van al wat schade kan berokkenen hetzij aan zijn eigen veiligheid, hetzij aan die van zijn medewerkers, van zijn werkgever, of van derden;

Artikel 20: de werkgever is verplicht (...) 2°) als een goed huisvader te zorgen dat de arbeid wordt verricht in behoorlijke omstandigheden met betrekking tot de veiligheid en de gezondheid van de werknemer (...)

Artikel 25: het beding waarbij de werkgever zich het recht voorbehoudt om de voorwaarden van de overeenkomst eenzijdig te wijzigen is nietig.

(3). KB van 28/05/2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers: artikel 3.

(4). Haut Conseil de la santé publique (Frankrijk). Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de la santé, collection avis et rapports, maart 2014 pagina's 27 en 36.

(5). J. Ter Heerdt: «de ongeloftheid van een ongevraagde hiv-test bij een aanstellingskeuring en de gevolgen van een hiv-specifiek onslag» Rev Doit Santé 1998-1999 p.49

Dr. J. Mornat Virus, geneesheer, zieke. Verslag goedgekeurd door de 'Conseil national de l'Ordre des médecins' 2005 p.7.

F.Raffi les professionnels de la santé infectés par le VIH font-ils courir des risques à leurs patient? Rev critique de l'actualité internationale sur le VIH et les virus des hépatites nr. 2 januari 1992

HUG (Hôpitaux universitaires de Genève) Conseil d'éthique clinique Attitude vis-à-vis des médecins et des soignants potentiellement infectieux pour les malades (HIV, HBV ou C positifs) 2005 p.6.

Office fédéral de santé publique (Zwitserland). Aanbevelingen voor het personeel besmet door het hepatitis B, hepatitis C of het menselijk immunodeficiëntie-virus: preventie van het risico op overdracht op patiënten. September 2013 p.3 en 15.

(6). G. Genicot «Infections nosocomiales: la responsabilité au milieu du gué» JLMB 2010 p.755 et s.

Rechtbank van 1ste aanleg Brussel, 28/01/2014, Rev Dt Santé 2014-2015 p.133 e.v..

C. Lemmens «Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener» Rev Dt Santé 2012-2013 p.369 e.v..

(7). G. Genicot «le nouveau régime belge d'indemnisation des dommages résultant de soins de santé» RGDM maart 2011 p.279

I. Boone en S.Lierman Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen p.29 Intersentia 2011.

(8). Wet van 3/07/1978: artikel 18

Wet van 10/02/2003 betreffende de aansprakelijkheid van en voor personeelsleden in dienst van openbare rechtspersonen: artikel 2.

(9). G. Genicot «Tours d'horizon de quelques acquis et enjeux actuels» Nouveaux dialogues de droit médical CUP 2012 P. 15 Anthemis.

(10). J-L Fagnart Actualités de droit médical. Information du patient et responsabilité du médecin. P.75, 2006 Bruylant.

I Redactie

Redactie

B. Catry, G. Demaiter, T. De Beer, A. Deschuymer, S. Milas, C. Potvliege, A. Simon, A. Spettante, E. Van Gastel, F. Van Laer, Y. Velghe, I. Wybo.
Ereleden: M. Zumofen, J. J. Haxhe

Redactiecoördinator

A. Simon

Redactiesecretariaat

A. Simon
UCL – Ziekenhuishygiëne
Mounierlaan, Tour Franklin, - 2 Sud
1200 Brussel
Tél: 02/764.67.33
Email : anne.simon@uclouvain.be

Nosoinfo publiceert artikels, overzichten en correspondenties met betrekking tot infectiepreventie en -beheersing. Deze worden geselecteerd door de redactie en gepubliceerd in het Frans en het Nederlands (vertaling door het tijdschrift). De inhoud van de publicaties blijft uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van hun auteurs.

I Onze partners

Voor inlichtingen over het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP)

Dienst Zorginfecties & Antibioticumresistentie
J. Wytsmanstraat 14
1050 Bruxelles
www.wiv-isp.be/
www.nsih.be



NVKVV - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Voedvrouwen

Voor inlichtingen over de werkgroep ziekenhuishygiëne NVKVV

Dhr. P. Braekeveld, voorzitter
Mevr. G. De Mey, stafmedewerker
Tél: 02/737.97.85
Fax: 02/734.84.60
Email: navorming@nvkvv.be



ABIHH

Voor inlichtingen over ABIHH

Franstalige verpleegkundigen groep
M. Ch. Barbier
Tél: 04/366.28.79
Fax: 04/366.24.40
Email: info@abh.be
www.ABIHH.be



BICS – Belgian Infection Control Society

Voor inlichtingen over de inschrijving op BICS, gelieve zich te richten tot de secretaris van BICS :

Dr. O. Denis
Hôpital Erasmus,
Lenniklaan, 808,
1070 Bruxelles.
Tél: 02/555.6643-4541
Fax: 02/555.85.44
Email : o.denis@ulb.ac.be



LIDGELD BICS :

Inschrijving als lid van BICS (zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen 25 €
Artsen 60 €
Artsen in opleiding 25 €
> via www.belgianinfectioncontrolsociety.be

noso info is ook beschikbaar op internet :
www.nosoinfo.be