

**Kinderrechtenforum**

# Rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg

Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw



1e jaargang – nr.2, 2004



# Kinderrechtenforum

Rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg

Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw

Gent, 2004



Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw  
Eekhout 4  
9000 Gent  
Tel: 09/225.90.25  
Email: [info@kinderrechtencoalitie.be](mailto:info@kinderrechtencoalitie.be)  
Website: <http://www.kinderrechtencoalitie.be>

# Voorwoord

Sinds de oprichting van de Kinderrechtencoalitie Vlaanderen in 1996 is het steeds onze betrachtning geweest om aan netwerking te doen door mensen, organisaties en ideeën samen te brengen omtrent rechten van kinderen, zoals die worden erkend in het door België geratificeerde Verdrag inzake de Rechten van het Kind. De Kinderrechtencoalitie wil specifiek vanuit het gezichtspunt van niet-gouvernementele organisaties (NGO's) een structurele bijdrage leveren aan de implementatie van de erkende rechten in dit Verdrag voor minderjarigen.

Eén van de middelen die de Kinderrechtencoalitie hierbij hanteert is de organisatie van Open Fora. Vier maal per jaar wordt een actueel thema m.b.t. rechten van minderjarigen uitgediept. Academici, NGO's, ambtenaren, beleidsinstanties, semi-overheden, het Kinderrechtencommissariaat en individuele geïnteresseerden zijn hierbij welkom voor discussie en overleg.

Omdat de vraag naar een verslag van deze Open Fora toenam trachten we er telkens een cahier rond samen te stellen die ter beschikking is van alle geïnteresseerden.

Dit tweede "*Kinderrechtenforum*" behandelt de thematiek van rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg, en bundelt de lezingen<sup>1</sup> die gegeven werden tijdens het gelijknamige Open Forum dat doorging op 10 oktober 2003 te Gent. Aanleiding hiervoor was de in augustus 2002 aangenomen wet betreffende de rechten van de patiënt, gesitueerd binnen een breder kader van gezondheid en ontwikkeling van adolescenten zoals dit wordt uiteengezet in het vierde Algemeen Commentaar van het Comité voor de Rechten van het Kind.

Met dit Kinderrechtenforum wil de Kinderrechtencoalitie de constructieve dialoog met alle betrokkenen verder verdiepen, en de discussies die hieromtrent worden gevoerd stimuleren.

Het Kinderrechtenforum zal als bronnenmateriaal worden gebruikt bij het alternatief rapport dat door de Kinderrechtencoalitie wordt samengesteld.

Karin Maes

Voorzitster Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw

---

<sup>1</sup> De standpunten die worden ingenomen in de bijdragen stemmen niet noodzakelijk overeen met de standpunten van de Kinderrechtencoalitie.



# Inhoudstafel

Voorwoord-----	5
Inhoudstafel-----	7
Minderjarigen in de gezondheidszorg en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind ( <i>Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw</i> ) -----	9
Minderjarigen en participatie in de gezondheidszorg ( <i>Debbie Mannaerts, wetenschappelijk medewerker UGent</i> ) -----	23
Rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg in het kader van de “ <i>Wet betreffende de Rechten van de Patiënt</i> ” ( <i>Ilse Weeghmans, Vlaams Patiëntenplatform</i> ) -----	37
Algemeen Commentaar nr. 4: De Gezondheid en Ontwikkeling van Adolescenten en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind-----	47
Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt-----	67
Aanbevelingen van de Kinderrechtencoalitie betreffende rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg -----	77
Aanbevolen literatuur-----	81
Over de deelnemers -----	85





# Minderjarigen in de gezondheidszorg en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind

Kinderrechtencoalitie Vlaanderen

## I. Inleiding

De intrede van het recht in voor jongeren relevante sectoren als onderwijs, hulpverlening, jeugdwerk,... is recentelijk ook doorgedrongen in de gezondheidszorg.<sup>2</sup> De ontwikkeling van het gezondheidsrecht m.b.t. minderjarigen wierp vragen op betreffende de toestemming van de minderjarige in een medische behandeling, het voorzien van informatie over de gezondheidstoestand van de minderjarige patiënt aan de minderjarige zelf, het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer enz. Het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind heeft hierin zonder twijfel een katalyserende rol gespeeld. Dit Kinderrechtenverdrag is in meer dan één opzicht inspirerend m.b.t. rechten van minderjarigen en de gezondheidszorg.

Hoewel het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind een comprehensief instrument is, waardoor de verschillende bepalingen in het Verdrag onderling afhankelijk zijn en dus niet geïsoleerd van elkaar kunnen worden gelezen, kan men rechten van minderjarigen en de gezondheidszorg vanuit verschillende perspectieven analyseren.

Zo kan een onderscheid gemaakt worden tussen sociale en individuele rechten. Sociale rechten in de gezondheidszorg verwijzen naar de verplichtingen die een overheid heeft om gezondheidszorgen te garanderen voor alle leden van de bevolking. Sociale rechten verwijzen tevens naar de gelijke toegankelijkheid tot gezondheidszorgen. Het genot van deze sociale rechten gebeurt collectief.

Tegenover sociale rechten staan de individuele rechten, die gelden in hoofde van de individuele patiënt. Het betreft hier rechten als de integriteit van de persoon, privacy, religieuze overtuigingen enz.

---

<sup>2</sup> VANSWEEVELT, T., De rechtspositie van de minderjarige in het gezondheidsrecht, in het bijzonder in het licht van het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind, de Wet Patiëntenrechten en de euthanasiewet, KIDS, I, 1.6. Gezondheidszorg, 2004, 1-34.

Geanalyseerd naar doelstelling stelt het Verdrag inzake de Rechten van het Kind op zijn minst twee grote taken voorop m.b.t. de gezondheidszorg, wil deze gezondheidszorg tegemoet komen aan de beginselen van het Kinderrechtenverdrag: het recht *op* gezondheidszorg en recht *in* de gezondheidszorg.<sup>3</sup>

Vooreerst dient een verdragsstaat het recht *op* gezondheidszorgen te garanderen (cf. collectief recht). Dit recht kan niet enkel worden afgeleid uit het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind, maar is tevens een verworvenheid op basis van een aantal andere mensenrechtenverdragen.<sup>4</sup>

Daarnaast garandeert het Kinderrechtenverdrag de rechten van minderjarigen *in* de gezondheidszorg (cf. individueel recht). Het betreft hier voornamelijk deze categorie van rechten die de verhouding regelt tussen de minderjarige en de zorgverstrekker, of de minderjarige en de voorziening.

Het perspectief van rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg plaatst de minderjarige in de kijker en kent hem een aantal rechten toe die hem op een gelijkwaardige manier benaderen als andere actoren binnen de gezondheidszorg. Deze zogenaamde participatierechten voor minderjarigen die worden erkend in het Kinderrechtenverdrag zijn een uiting van respect voor kinderen als volwaardige participanten. Met de focus van rechten van minderjarigen *in* de gezondheidszorg gaat dit Kinderrechtenforum m.a.w. naar het hart van het participatiedebat en begeeft het zich aldus tot één van de kernelementen van het kinderrechtendiscours.

## II. Het recht *op* gezondheidszorgen

Artikel 6 van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind, dat bepaalt dat ieder kind een inherent recht op leven heeft (artikel 6 §1), en dat staten in de ruimst mogelijke mate het overleven en de ontwikkeling van het kind

---

<sup>3</sup> VERHELLEN, E., Verdrag inzake de rechten van het kind. Achtergronden, motieven, strategieën, hoofdlijnen, Garant, Leuven-Apeldoorn, 2000.

<sup>4</sup> Artikel 25 van de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (1948) erkent het recht op medische verzorging. Ook in het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten is het recht op gezondheidszorgen opgenomen en uitgebreid (artikel 12). Het is echter de verdienste van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind een volwaardig recht op toegang tot gezondheidszorgen te garanderen, aangevuld met een niet-exhaustieve lijst van gepaste maatregelen die een staat dient te nemen (artikel 24), zie: UNICEF, Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child, United Nations Children's Fund, 1998.

waarborgen (artikel 6 §2), is cruciaal in de toepassing van het Verdrag als geheel. Overleven en ontwikkeling worden immers verder gespecificeerd in verschillende andere bepalingen van het Verdrag.

M.b.t. gezondheid en gezondheidszorg wordt het recht op leven en ontwikkeling gepreciseerd in artikel 24 van het Verdrag:

*“De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en het herstel van de gezondheid. De Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden.”* (artikel 24 §1)

Dit artikel waarborgt het recht *op* gezondheidszorgen. Dit recht op gezondheidszorgen wordt in België gegarandeerd door de grondwet als fundamenteel sociaal grondrecht. Dit grondrecht kan worden afgeleid uit artikel 23 §2 van de grondwet<sup>5</sup>, waarin wordt gesteld dat elkeen het recht heeft een menswaardig leven te leiden, inzonderheid het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale en geneeskundige bijstand.

Artikel 24 van het V.N.-Verdrag erkent niet zozeer het “recht op gezondheid”, doch eerder het recht op “geneeskundige verzorging”. Immers, zoals terecht wordt gesteld zou het erkennen van het recht op gezondheid een utopie zijn.<sup>6</sup>

Artikel 24 §2b kent het recht op de nodige medische hulp en gezondheidszorg toe aan alle kinderen. In combinatie met artikel 2 van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind, het zogenaamde non-discriminatiebeginsel, moeten verdragsstaten bij het Kinderrechtenverdrag de toegang tot de gezondheidszorg garanderen voor elke minderjarige onderdaan, ongeacht ras, huidskleur, geslacht, taal, godsdienst of welk discriminatiecriterium ook.

Ondanks de vele inspanningen die België de laatste jaren nam m.b.t. toegang tot de gezondheidszorg blijkt er nog steeds zowel een financiële (gebrek aan financiële middelen leidt tot weigering van medische zorgen aan patiënten) als culturele ontoegankelijkheid (verschillende “culturele” factoren als een laag

---

<sup>5</sup> Wet betreffende de Rechten van de patiënt. Memorie van toelichting, *Parl. St.* Kamer 2001-02, 50-1642/001.

<sup>6</sup> VANSWEEVELT, T., *o.c.*

opleidingsniveau, slechte beheersing van de taal, gevoel van afhankelijkheid en minderwaardigheid t.a.v. medische zorgverstrekkers, enz. liggen aan de basis van een weinig efficiënt gebruik van het zorgsysteem) te bestaan. Dit probleem stelt zich zowel t.a.v. "autochtone en allochtone kansarmoedegezinnen", als t.a.v. niet-begeleide minderjarige vluchtelingen en asielzoekers.<sup>7</sup> De Kinderrechtencoalitie pleit in haar alternatief rapport aan het Comité voor de Rechten van het Kind<sup>8</sup> dan ook voor een verdere verbreding en verfijning van het recht op gezondheidszorgen om de uniformisering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te garanderen.<sup>9</sup>

### III. Het recht *in* de gezondheidszorg

Naast de erkenning van de zogenaamde provisierechten (het recht *op* toegang tot voorzieningen, waaronder gezondheidszorg) ontstaat langzaam maar zeker ook de idee waarbij de minderjarige patiënt het recht heeft om juist geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand, het recht heeft op de eerbiediging van zijn of haar fysieke integriteit, de minderjarige zijn of haar toestemming dient te geven bij een medische behandeling,... M.a.w., een evolutie naar de erkenning van rechten van minderjarigen *in* de gezondheidszorg.

Met deze evolutie schrijft de gezondheidszorg zich in in een tendens die reeds enige tijd waarneembaar is, met name het toekennen van rechten aan minderjarigen zelf en de groeiende bekwaamheid van minderjarigen om de hen toegekende rechten ook effectief zelfstandig te effectueren. Deze tendens wordt zonder twijfel gestimuleerd door de aanneming van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Verschillende bepalingen in het Verdrag zijn hiervan een uiting, waardoor het Kinderrechtenverdrag het eerste internationaal

---

<sup>7</sup> Zie hiervoor MEDISCH STEUNPUNT MENSEN ZONDER PAPIEREN, Wacht tot Vannacht. Chronisch zieke minderjarigen zonder wettig verblijf in de Belgische Gezondheidszorg, 2000.

<sup>8</sup> Krachtens artikel 45 van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind zijn niet-gouvernementele organisaties als de Kinderrechtencoalitie in het kader van de controle op de toepassing van het Verdrag bevoegd om de vijfjaarlijkse evaluatie door de Belgische Staat aan te vullen met hun eigen ervaringen. De Kinderrechtencoalitie legde zijn eerste alternatief rapport voor n.a.v. het periodieke rapport van België aan het Comité in februari 2002. Het volgende rapport wordt verwacht tegen 2007.

<sup>9</sup> KINDERRECHTENCOALITIE VLAANDEREN VZW, Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Alternatief Rapport van de Belgische NGO's, september 2001, p. 116, te raadplegen op: <http://www.kinderrechtencoalitie.be>.

mensenrechteninstrument is dat een aantal participatierechten toekent aan minderjarigen.

### *III.1. Respect voor de mening van het Kind*

Eén van de centrale hoekstenen van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind is het zogenaamde participatiebeginsel. Artikel 12 van het Verdrag erkent dat het kind dat in staat is zijn of haar eigen mening te vormen, het recht heeft die mening vrijelijk te uiten in alle aangelegenheden die het kind betreffen, waarbij aan de mening van het kind passend belang wordt gehecht in overeenstemming met zijn of haar leeftijd en rijpheid, en dit in iedere gerechtelijke en bestuurlijke procedure die het kind betreft. Dit recht is fundamenteel wanneer we het hebben over de implementatie van rechten van minderjarigen *in* de gezondheidszorg. Immers dit recht ligt aan de basis tot toestemming in een medische behandeling, de zogenaamde geïnformeerde toestemming (informed consent).

Het recht van het kind om zijn mening te kennen te geven verleent aan de minderjarige de kans gehoord te worden alvorens definitieve toestemming wordt gegeven door ouders om over te gaan tot een medische interventie. Aan de mening van het kind moet conform artikel 12 passend belang worden gehecht. Echter, wanneer de minderjarige over voldoende maturiteit beschikt, m.a.w. voldoende onderscheidingsvermogen bezit, kan de geïnformeerde toestemming worden verkregen van de minderjarige zelf, eventueel los van de mening van de ouders of van diegenen die de voogdij uitoefenen over de minderjarigen, als dit in het belang blijkt van het kind, conform artikel 3 van het Verdrag. De ouders kunnen worden geïnformeerd over de genomen beslissing, wanneer zou blijken dat dit in het belang van het kind is. De mening van het kind is m.a.w. een uitermate determinerende factor. Zo kunnen in bepaalde situaties zowel de aard en de ernst van de medische interventie, als de leeftijd van de minderjarige en zijn capaciteiten tot begrijpen tegenover elkaar dienen te worden afgewogen. Dit zou kunnen leiden tot de conclusie dat de toestemming van de minderjarige nodig is, los van de mening van de ouders.

Om te verzekeren dat de mening van het kind wordt gerespecteerd dienen verdragsstaten bij het Kinderrechtenverdrag een juridisch kader te voorzien waarbij ofwel een duidelijke leeftijdsgrens de limiet weergeeft waarboven minderjarigen hun toestemming moeten geven bij een medische interventie, ofwel verwezen wordt naar het maturiteitscriterium en de evoluerende

capaciteiten van de minderjarige patiënt.<sup>10</sup> Leeftijd op zich is echter geen criterium. Het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind verwerpt specifieke leeftijdsgrenzen m.b.t. participatie van minderjarigen bij het nemen van beslissingen.<sup>11</sup>

In dit verband verwijzen we naar de discussie die werd gevoerd n.a.v. de aanname van de Wet betreffende de rechten van de patiënt.<sup>12</sup> Hoewel overwogen werd een leeftijdsgrens van 14 jaar (objectief criterium) voorop te stellen waarboven onderscheidingsvermogen wordt verondersteld besliste men uiteindelijk toch het maturiteitscriterium (subjectief criterium) te gebruiken, geïnspireerd door het V.N.-Kinderrechtenverdrag.<sup>13</sup>

Beide systemen hebben voor- en nadelen. Het Kinderrechtencommissariaat wijst in zijn advies m.b.t. de rechten van de minderjarige patiënt op het feit dat het *'oordeel des ondersheids'* criterium beter aangepast kan worden naargelang de concrete, individuele capaciteiten van de minderjarige zelf. Daartegenover staat wel een grotere rechtsonzekerheid voor de minderjarige, aangezien de bewijslast voor competentie bij de minderjarige komt te liggen, die moet aan tonen dat hij wel degelijk over het oordeelsvermogen beschikt. Bijkomend probleem hierbij is de vraag hoe een zorgverstrekker de maturiteit van een minderjarige zal beoordelen. Het *'leeftijd'* criterium daarentegen heeft het grote voordeel van rechtszekerheid. Echter, leeftijdsgrenzen zijn per definitie arbitrair.<sup>14</sup>

De combinatie van een subjectief criterium (oordeel des ondersheids) met een objectief criterium (bijvoorbeeld de leeftijd van 12 jaar) kan deze tegenstelling echter ten dele overstijgen. Hierdoor wordt de minderjarige vanaf de leeftijd van 12 jaar geacht zelfstandig zijn rechten te kunnen uitoefenen. Voor de kinderen jonger dan 12 jaar geldt het criterium van het oordeel des ondersheids, waarbij jonge patiënten met voldoende oordeelsvermogen in staat kunnen worden

---

<sup>10</sup> COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child, General Comment No. 4, 2003, te raadplegen op: <http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/doc/comment/adohealth.doc>.

<sup>11</sup> UNICEF, *o.c.*, p. 150.

<sup>12</sup> Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *B.S.* 26 september 2002.

<sup>13</sup> Verslag Kamercommissie, Parl. St., Kamer, 2001-2002, 50-1642/001; Nieuwsbrief Jeugdrecht, Rechten van de patiënt, september-oktober 2002.

<sup>14</sup> KINDERRECHTENCOMMISSARIAAT, De Rechten van de minderjarige patiënt. Advies voor de Commissie voor Volksgezondheid, Leefmilieu en Maatschappelijke Hernieuwing, 2001.

geacht hun rechten uit te oefenen (deze discussie wordt verder behandeld in hoofdstuk 2: *“Minderjarigen en participatie in de gezondheidszorg”*).

Opdat minderjarigen het recht om hun mening te kennen te geven effectief zouden kunnen uitoefenen dienen ouders, zorgverstrekkers en de openbare dienstverlening in het algemeen een omgeving te creëren waarin vertrouwen, het delen van informatie, luisterbereidheid en een degelijke begeleiding centraal staan, waardoor minderjarigen worden aangemoedigd op een gelijkwaardige manier te participeren in het hulpverleningsproces, inclusief in de toestemming tot een medische behandeling. Om deze participatieve cultuur te creëren binnen de context van gezondheidszorg zal aandacht moeten gaan naar de opleiding van gezondheidspersoneel m.b.t. rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg, en de betekenis van de geïnformeerde toestemming.

Het recht van het kind om zijn mening te kennen te geven behelst ook dat de minderjarige met onderscheidingsvermogen in de mogelijkheid dient te verkeren om zijn of haar zorgverstrekker vrij te kiezen, te veranderen van zorgverstrekker of om een “second opinion” te vragen aan een andere zorgverstrekker op gelijk welk tijdstip. Echter, gezien de financiële en sociaalrechtelijke afhankelijkheid van de minderjarige patiënt is de vrije keuze voor de minderjarige relatief beperkt.<sup>15</sup>

De minderjarige is echter niet de enige hulpvrager binnen de gezondheidszorg. Ook de ouder(s) zijn betrokken partij binnen de zorgverlening aan hun minderjarige kind. Deze brede gezinscontext dient dan ook betrokken te worden in de zorg aan de minderjarige patiënt. Het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind erkent in artikel 5 de rechten en verantwoordelijkheden van de ouders om *“te voorzien in passende leiding en begeleiding bij de uitoefening door het kind van de in dit Verdrag erkende rechten, op een wijze die verenigbaar is met de zich ontwikkelende vermogens van het kind.”* Het Comité voor de Rechten van het Kind wijst in dit licht op het belang van een ondersteunende omgeving die de ouders kunnen geven in de ontwikkeling van de capaciteiten van de minderjarige. Minderjarigen dienen erkend te worden door hun familie als actieve dragers van mensenrechten die de capaciteit bezitten in progressieve zin te evolueren tot verantwoordelijke burgers wanneer zij ondersteund en begeleid worden.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> KINDERRECHTENCOMMISSARIAAT, *o.c.*

<sup>16</sup> COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, *o.c.*

Naast het recht van de minderjarige om toestemming te verlenen bij een medische behandeling impliceert artikel 12 ook de deelname van minderjarigen aan de overleg-, advies- en beheersstructuren binnen de gezondheidszorg. Deze zogenaamde preventieve rechtsbescherming -reglementering m.b.t. de inspraakstructuren van de gezondheidszorg- zou de minderjarige in staat moeten stellen actief deel te nemen aan het beleid van gezondheidsvoorzieningen door zelfstandig voor hun belangen op te komen. Jammer genoeg is deze vorm van participatie eerder uitzondering dan regel. Ook belangenverenigingen van minderjarigen in de gezondheidszorg blijken onbestaande.<sup>17</sup>

De mate waarin respect wordt opgebracht voor de mening van de minderjarige in het kader van de gezondheidszorg wordt sterk bepaald door de ruimere maatschappelijke context waarin de minderjarige leeft. Om respect voor de mening van de minderjarige optimaal te waarborgen zal bijgevolg niet enkel aandacht dienen te gaan naar een mentaliteitsverandering binnen de gezondheidszorg, maar dient tevens aandacht te worden besteed aan de directe omgeving van de minderjarige, zijn familie, vrienden, de school, maar evengoed de ruimere omgeving zoals de lokale gemeenschap, de media, het beleid en de wetgeving.

### *III.2. Het recht op informatie*

De minderjarige zal maar toestemming kunnen geven tot medische behandeling wanneer hij of zij goed geïnformeerd is over zijn of haar gezondheidstoestand. Het recht op informatie wordt erkend in artikel 13 en 17 van het Kinderrechtenverdrag. Artikel 13 erkent de vrijheid om inlichtingen en denkbeelden te vergaren en te ontvangen, van welke aard ook. Dit behelst ook het recht tot toegang tot informatie die zijn of haar gezondheidstoestand betreft. Verder dienen staten, conform artikel 17 van het Verdrag te waarborgen "*dat het kind toegang heeft tot informatie en materiaal (...) in het bijzonder informatie en materiaal gericht op het bevorderen van zijn of haar sociale, psychische en morele welzijn en zijn of haar lichamelijke en geestelijke gezondheid.*" Dit recht betreft tal van gezondheidsgerelateerde situaties zoals

---

<sup>17</sup> DE WILDE, C., Het Juridisch Statuut van de minderjarige in de jeugdhulpverlening. Analyse van het huidige juridisch kader en eerste aanzet voor een effectieve rechtsbescherming van de minderjarige in de jeugdhulpverlening, Tussentijds rapport werkgroep positie van de cliënt – Integrale Jeugdhulp, februari 2003, te raadplegen op <http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be>.



die o.a. worden erkend in de artikelen 24 (familieplanning, preventieve gezondheidszorg, voedselveiligheid, pre- en postnatale zorg,...) en 33 (preventie t.a.v. middelenmisbruik) van het Verdrag.

Uiteraard zal de aard van de informatie en de manier waarop de informatie aan de minderjarige wordt verstrekt afhankelijk zijn van de leeftijd van de minderjarige. Zorgverstrekkers moeten m.a.w. de informatie aanpassen aan de leeftijd en rijpheid van de minderjarige.<sup>18</sup> Hierin spelen de communicatieve vaardigheden van de zorgverlener een cruciale rol, en dient nogmaals gewezen te worden op de noodzaak aan een aangepaste opleiding voor toekomstige zorgverstrekkers waarbij voldoende aandacht uitgaat naar het ontwikkelen van een bewustzijn over rechten van kinderen.

Uitzonderingen in het recht op informatie kunnen enkel worden ingegeven vanuit artikel 3 van het Verdrag, met name het belang van het kind. Therapeutische exceptie, waarbij welbepaalde informatie niet wordt medegedeeld aan de minderjarige patiënt, is dus mogelijk wanneer dit in het belang van het kind blijkt te zijn. Leeftijd is echter niet per definitie een legitimatie voor therapeutische exceptie. Integendeel, de jonge leeftijd van de minderjarige patiënt zou moeten leiden tot een verhoogde gevoeligheid voor de communicatie van medische informatie naar de minderjarige patiënt.<sup>19</sup> De therapeutische exceptie zou bijvoorbeeld wel kunnen worden ingeroepen in die situaties waar zou blijken dat het medelen van bepaalde informatie schade kan toebrengen aan de minderjarige patiënt, bijvoorbeeld ernstig zelfdestructief gedrag.<sup>20</sup>

### *III.3. Recht op bescherming van de privacy*

Het recht op privacy en vertrouwelijkheid zoals dit wordt erkend in artikel 16 van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind behelst onder meer vertrouwelijk advies en raadpleging m.b.t. alle gezondheidsaspecten. Gezondheidsverstrekkers hebben m.a.w. de verplichting vertrouwelijkheid te verzekeren omtrent medische informatie over de minderjarige in dezelfde mate waarin dit geldt voor volwassen patiënten. Deze informatie mag enkel worden vrijgegeven mits toestemming van de minderjarige of in die situaties waarbij de rechten van derden worden geschaad.

---

<sup>18</sup> VANSWEEVELT, T., o.c.

<sup>19</sup> KINDERRECHTENCOMMISSARIAAT, o.c.

<sup>20</sup> VANSWEEVELT, T., o.c.

Dit betekent ook dat minderjarigen met het oordeel des ondersheids zelfstandig een zorgverlener moet kunnen raadplegen zonder dat zijn recht op privacy en vertrouwelijkheid hierdoor in het gedrang komt. Ook hier geldt echter de zwakke financiële en sociaalrechtelijke positie van de minderjarige als potentieel nadeel.<sup>21</sup>

Wanneer de zorgverstrekker echter een vermoeden heeft dat de minderjarige niet over het vereiste onderscheidingsvermogen blijkt te beschikken, en de minderjarige dus niet in staat is te beslissen over het al dan niet starten van een bepaalde behandeling waardoor de gezondheidstoestand van de minderjarige gevaar dreigt te lopen, kan de zorgverlener de vertrouwelijke informatie meedelen aan de ouders of diegenen die het gezag uitoefenen over de minderjarige. De zorgverstrekker zou dit wel eerst dienen aan te kaarten met de minderjarige patiënt en de jongere trachten te overtuigen van de noodzaak de ouders in te lichten.

#### *III.4. Het recht om klachten te formuleren*

Artikel 4 van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind bepaald dat:

*“De Staten die partij zijn, nemen alle passende wettelijke, bestuurlijke en andere maatregelen om de in dit Verdrag erkende rechten te verwezenlijken. (...)”*

De V.N.-Conventie inzake de Rechten van het Kind haalt als dusdanig zijn legitimiteit uit het feit dat het een juridisch instrument is. Dit impliceert het principe van de bescherming van rechten van kinderen (rechtsbescherming), in tegenstelling tot de bescherming van kinderen. Eén van de fundamentele elementen van rechtsbescherming is de mogelijkheid de toegewezen rechten ook te kunnen afdwingen.<sup>22</sup> M.a.w.: geen recht zonder mogelijkheid tot klagen.

In de context van rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg verplicht artikel 4 van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind Verdragsstaten bij de Conventie een specifiek wettelijk kader te creëren dat de rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg garandeert.

---

<sup>21</sup> KINDERRECHTENCOMMISSARIAAT, *o.c.*

<sup>22</sup> VERHELLEN, *o.c.*

Daarom moeten minderjarige patiënten toegang hebben tot een individueel systeem van klachtenbehandeling dat schendingen in het kader van rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg behandelt. Deze klachtenbehandeling moet zowel buitengerechtelijk (bijvoorbeeld via ombudsdiensten in een ziekenhuis) als gerechtelijk (via de traditionele strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedures) kunnen gebeuren. De klachtenprocedure dient eenvoudig toegankelijk te zijn en fundamentele rechtswaarborgen te respecteren (beperking van de duur in de afhandeling van een klacht, het recht gehoord te worden, rechtsbijstand door een raadsman, de mogelijkheid tot hoger beroep).

#### IV. Open Forum Rechten van Minderjarigen *in* de Gezondheidszorg

Een belangrijke stap in de evolutie naar de erkenning van rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg werd gezet n.a.v. de aanneming van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002. Met deze nieuwe wet en met de bijzondere aandacht die wordt besteed aan de minderjarige patiënt trachtte de wetgever enerzijds een antwoord te formuleren op een aantal problemen (versnippering van de wetgeving, juridisch vacuüm t.a.v. een aantal categorieën van patiënten), en wilde hij anderzijds de wetgeving terzake actualiseren conform een aantal internationale ontwikkelingen, in het bijzonder de aanneming van een aantal mensenrechteninstrumenten op het internationale forum.<sup>23</sup>

Op die manier lijkt deze wet tegemoet te komen aan een aantal ruimere ontwikkelingen die zich in de samenleving voltrekken, met name de steeds verdere erkenning van de minderjarige als drager van fundamentele rechten, competent om deze in bepaalde gevallen zelfstandig uit te oefenen.

---

<sup>23</sup> Niet alleen het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind drong aan op een duidelijke rechtspositie van de minderjarige in de gezondheidszorg. Ook het Verdrag ter bescherming van de rechten van de mens en waardigheid van de mens m.b.t. de toepassing van biologie en geneeskunde: Verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde (1997) dwingt de ondertekenaars in zijn artikel 6 aan tot een dergelijk juridisch kader. In 1994 pleitte de Verklaring van Amsterdam van de Wereldgezondheidsorganisatie-europa reeds voor een versterking van de rechtspositie van de patiënt. In "A Declaration on the promotion of patients' rights in Europe" wordt een comprehensief kader aangeboden m.b.t. d patiëntenrechten, dat inspirerend kan zijn voor de aanneming van een nationale wetgeving terzake. Het principe om de minderjarige te horen in aangelegenheden die zijn of haar gezondheid betreffen wordt bepaald in artikel 3.5.

Met de competentiediscussie belanden we in het hart van het participatiedebat. Dit Kinderrechtenforum, het resultaat van het Open Forum "Rechten van minderjarigen in de Gezondheidszorg" wil bijgevolg bijdragen tot een beter begrip over competentie van minderjarigen, in het bijzonder in de gezondheidszorg. Hiermee begeeft de Kinderrechtencoalitie zich dan ook tot één van de kernelementen uit het kinderrechtendiscours, en hoopt op die manier mee te werken aan de verdere emancipatie van de minderjarige.

## Bibliografie

COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child, General Comment No. 4, 2003, te raadplegen op: <http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/doc/comment/adohealth.doc>.

COUNCIL OF EUROPE, COMMITTEE OF MINISTERS, Recommendation No. R (2000) 5 of the Committee of Ministers to member states on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care (*Adopted by the Committee of Ministers on 24 February 2000 at the 699<sup>th</sup> meeting of the Ministers' Deputies*), te raadplegen op <http://cm.coe.int/ta/rec/2000/2000r5.htm>.

Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens en de Biogeneeskunde (EVRMBio), Raad van Europa, 1997, te raadplegen op: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc>.

KINDERRECHTENCOALITIE VLAANDEREN VZW, Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Alternatief Rapport van de Belgische NGO's, september 2001, te raadplegen op: <http://www.kinderrechtencoalitie.be>.

KINDERRECHTENCOMMISSARIAAT, De Rechten van de minderjarige patiënt. Advies voor de Commissie voor Volksgezondheid, Leefmilieu en Maatschappelijke Hernieuwing, te raadplegen op: [http://www.kinderrechten.be/IUSR/adviezen/Adviezen/2000-2001\\_4\\_Rechten\\_van\\_de\\_minderjarige\\_patiënt.doc](http://www.kinderrechten.be/IUSR/adviezen/Adviezen/2000-2001_4_Rechten_van_de_minderjarige_patiënt.doc).

MORBE, E., De Wet betreffende de rechten van de patiënt, UGA, Heule, 2003.

NIEUWSBRIEF JEUGDRECHT, Rechten van de patiënt, september/oktober 2002.

VANSWEEVELT, T., Onbekwamen: de Wet patiëntenrechten en de euthanasiewet in: SENAËVE, P. & SWENNEN, F., (eds.), De hervormingen in het personen- en familierecht 2002-2003, Intersentia, Antwerpen, 2003.

VANSWEEVELT, T., De Rechtspositie van de minderjarige in het gezondheidsrecht, in het bijzonder in het licht van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind, de Wet Patiëntenrechten en de Euthanasiewet, in: Kinderrechtengids, Centrum voor de Rechten van het Kind, Universiteit Gent, Gent, Mys & Breesch, 2004.

Verklaring betreffende de promotie van de rechten van de patiënt in Europa (Verklaring van Amsterdam), Wereldgezondheidsorganisatie, 1994, te raadplegen op: [http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR\\_ICP\\_HLE\\_121.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HLE_121.pdf).

Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, B.S. 26 september 2002.

World Medical Association, Declaration of Ottawa on the Rights of the Child for Health Care, 1998, <http://www1.umn.edu/humanrts/instate/ottawa.html>.

# Minderjarigen en participatie in de gezondheidszorg

Debbie Mannaerts, wetenschappelijk medewerker UGent

## I. De minderjarige als patiënt en drager van rechten

Als kinderen ziek worden, dus patiënten worden, worden degenen die instaan voor de zorg van kinderen geconfronteerd met een heleboel vragen:

- Zouden we het kind de diagnose moeten vertellen?
- Hoeveel informatie zou het kind moeten krijgen betreffende de behandelingsprocedures, evenzeer wat risico's en de voordelen betreft van een medische behandeling, het niet opstarten of het stopzetten van een behandeling?
- Hoe worden belangrijke beslissingen rond de behandeling van het kind gemaakt?
- Welke rechten heeft het kind om te participeren in het maken van medische beslissingen die hem/haar betreffen, inclusief de beslissing om behandeling te weigeren?
- Wiens recht weegt het zwaarste of krijgt voorrang als er onenigheid is tussen de ouders, het kind en de staat?

In het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind worden aan minderjarigen alle fundamentele mensenrechten toegekend, waarbij vaak de driedeling provisie-, protectie- en participatierechten gehanteerd wordt.<sup>24</sup> Als patiënt vallen ze ook onder de wet op de patiëntenrechten. Nu is de kernvraag: hoe kunnen kinderen *participeren* in de zorg voor hen? Hoe kunnen ze hun rechten ook daadwerkelijk uitoefenen? Minderjarigen zijn wel drager van rechten, maar deze rechten uitoefenen is een andere zaak.

---

<sup>24</sup> In het kader van patiëntenrechten zijn een aantal artikelen zeer relevant: dit zijn de artikels 3, 6, 12, 13, 16 en 24. Zie hiervoor o.a. de teksten van dit Open Forum en A. Vandekerckhove, Kinderrechtencommissariaat, *De rechten van de minderjarige patiënt. Advies voor de Commissie voor Volksgezondheid, Leefmilieu en Maatschappelijke Hernieuwing*, te raadplegen op [http://www.kinderrechten.be/IUSR/Adviezen/2000-2001\\_4\\_Rechten\\_van\\_de\\_minderjarige\\_patiënt.doc](http://www.kinderrechten.be/IUSR/Adviezen/2000-2001_4_Rechten_van_de_minderjarige_patiënt.doc).

De minderjarige wordt juridisch als handelingsonbekwaam beschouwd. De persoon die het ouderlijke gezag heeft dient op te treden als wettige vertegenwoordiger. De notie van bescherming staat hier op de voorgrond: de minderjarigen moeten beschermd worden tegen hun eigen *on-volwassen* beslissingen. De ouders krijgen dus de autoriteit om belangrijke beslissingen te maken in de plaats van de minderjarige. De standaard die hierbij gehanteerd wordt, is die van de belangen van het kind. Hierbij stelt men zich de vraag naar datgene dat het welzijn van het kind ten goede komt.

## II. Geïnformeerde toestemming

De doctrine van de geïnformeerde toestemming vormt het kader voor het maken van medische beslissingen. Geïnformeerde toestemming omvat een ingewikkeld concept, gebaseerd op *ethische* principes, vastgelegd in *wetten* en regelgevingen en uitgevoerd in de *klinische* praktijk. Het is iets dat zich afspeelt tussen de zorgverstreker(s) en de patiënt.

Het is vereist dat een voldoende bekwame patiënt *vrijwillig* en ongedwongen instemt met een voorgestelde handeling op basis van adequate en voldoende *informatie*. Indien dergelijke toestemming ontbreekt, begaat de zorgverlener een niet toegelaten inbreuk op de fysieke integriteit van de patiënt.

Wanneer men spreekt over geïnformeerde toestemming wil dit zeggen dat de patiënt alle relevante en adequate informatie met betrekking tot de voorgestelde behandeling van de ziekte en alle mogelijke alternatieve behandelingswijzen ontvangen heeft, zodoende dat de patiënt een weloverwogen en gefundeerde beslissing kan maken. Dit brengt dus een plicht met zich mee bij zorgverstrekkers en instellingen om de benodigde informatie te ontsluiten, de patiënt niet te dwingen, hiervoor tijd en middelen te reserveren.

De vraag naar de toestemming van de patiënt is gebaseerd op het principe van respect voor personen en hun capaciteit tot autonomie. Er wordt hiermee een dubbel doel beoogd: *empowerment* en bescherming.

Maar, belangrijk, er wordt een voorwaarde gesteld: patiënten dienen competent te zijn om toestemming te geven, anders is hun toestemming niet geldig. Dit betekent dat ze in staat moeten zijn om de beslissing in kwestie te kunnen maken, dat ze hiertoe de capaciteiten bezitten. Competentie heeft een soort van 'gate-keeping' functie om een onderscheid te maken tussen degenen die in staat zijn een (specifieke) autonome beslissing te maken en degenen die dit niet kunnen en beschermd dienen te worden. De autoriteit om beslissingen te nemen is gebaseerd op het vermogen om beslissingen te nemen. Men gaat er tevens van uit dat *als* een patiënt competent is, diens beslissing zelden of nooit



verworpen of simpelweg opzij geschoven kan worden –in principe dient men zich aan een beslissing gemaakt door een competent persoon te houden.

Als iemand dus niet in staat is een bepaalde beslissing te maken, dan heeft deze persoon recht op bescherming en hulp. Is iemand echter wel in staat dit te doen (oordeelscompetentie, handelingsbekwaamheid) dan heeft deze persoon het recht om autonoom te handelen.

### III. Toestemming bij kinderen?

Dit alles geldt bij wet voor volwassenen. Maar wat in het geval van minderjarigen? Geïnformeerde toestemming bij kinderen roept een aantal problemen op. Juridisch gezien worden kinderen –zoals gezegd- verondersteld handelingsonbekwaam te zijn.<sup>25</sup> De minderjarige wordt in principe dus steeds vertegenwoordigd door de personen die met het ouderlijke gezag belast zijn, doorgaans de ouder(s). Er zijn wel uitzonderingen op die veronderstelde handelingsonbekwaamheid: er zijn een aantal gevallen waarin een minderjarige wél een geldige toestemming kan geven.

De **geëmancipeerde** minderjarige bijvoorbeeld. Dit ‘geëmancipeerd’ zijn is een statuskenmerk, concreet: je woont alleen, voorziet in je eigen levensonderhoud, bent getrouwd, ... De minderjarige is dus feitelijk onafhankelijk van zijn/haar ouders (of voogd) en mag ook zelf onafhankelijk van zijn/haar ouders beslissingen maken.

Dan heb je ook de notie van de **mature** minderjarige: de minderjarige ‘met oordeelsvermogen’. Als je voldoende intelligentie en maturiteit bezit om de aard en consequenties van de beslissing in te kunnen schatten enz., dan ben je feitelijk competent om beslissingen aangaande je medische behandeling te maken.

Ook voor een aantal specifieke gezondheidsproblemen kunnen minderjarigen hulp zoeken en toestemming geven voor bepaalde medische behandelingen. Dit is bijvoorbeeld zo voor medische zorg rond anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen, zwangerschap, alcohol- en drugsmisbruik en psychiatrische problemen. Dit in gevallen waarbij ze de ouders niet wensen in te lichten, waar ze risico lopen mochten ze geen gelijke toegang tot die zorg hebben.

Er zijn met andere woorden situaties waarin minderjarigen recht *zouden kunnen* hebben op het geven van toestemming op basis van hun competentie. Het is

---

<sup>25</sup> Volwassenen daarentegen genieten de veronderstelling van handelingsbekwaamheid, tot bewijs van het tegendeel.

echter vaak het geval dat kinderen onbekwaam worden geacht –en dit slechts op basis van hun leeftijd- zonder dat ze de kans krijgen hun bekwaamheid aan te tonen.

Ook op een ander vlak duiken er problemen op. Er is dus een standaard die zegt dat minderjarigen die voldoende *rijpheid* bezitten (het oordeel des onderscheids) wél zelf zouden mogen beslissen, maar net die invulling van ‘maturiteit’ blijft een open vraag.

Hoe beoordelen we of iemand voldoende rijpheid en vaardigheden bezit om oordeelsbekwaam genoemd te worden? Welke vaardigheden zijn hiertoe vereist? In welke mate moet aan elk van de eisen voldaan worden (bv. hoeveel kennis over de behandeling/procedures en de daaraan verbonden voordelen en risico’s is voldoende?)

Er wordt nergens duidelijk aangegeven wat de *standaarden* zijn om maturiteit te beoordelen, noch werd het *proces* van het bekomen van toestemming grondig bekeken.

Hoe gaan we bijvoorbeeld tewerk om de toestemming van minderjarigen te bekomen?

Dit gebeurt niet in een vacuüm, verscheidene elementen spelen een rol. Uiteraard is de capaciteit van het kind om informatie te hanteren relevant, maar ook de aard en de hoeveelheid *informatie* die gepresenteerd wordt bepalen de mate waarin iets begrepen wordt. Dit geldt evenzeer voor de manier (vorm) waarop informatie gebracht wordt en de persoon (bron) die de informatie overbrengt.

Het kan zijn dat mits begeleiding en aangepast taalgebruik het kind moeilijke medische informatie wél begrijpt. Aandacht dient besteedt te worden aan presentatie-vormen die het niveau van het verwerken van informatie bij kinderen verhogen (vb. Cijfers en percentages van slaagkansen van een behandeling grafisch weergeven).

Het is dus niet alleen gangbaar dat kinderen verondersteld worden onbekwaam te zijn, het is daarenboven zo dat die vereiste ‘rijpheid’ (om te kunnen participeren) moeilijk te vatten is, waardoor de rechtszekerheid ontbreekt en het aan bod laten komen van de minderjarige heel sterk afhangt van de houding van de zorgverstrekker en ouders in kwestie.

#### IV. Competentie nader bekeken

WAT IS feitelijke competentie? Hierbij dient meteen gezegd te worden dat competentie afhangt van de mentale vaardigheden van een individu, maar ook van de specifieke beslissing die gemaakt dient te worden. Het is ook geenszins

een alles-of-niets kwestie, waarbij je ofwel totaal incompetent ofwel volkomen handelingsbekwaam bent. Competentie is een operationeel concept en taakspecifiek. Competentie verwijst naar een bepaalde vaardigheid, waarbij je bekwaam bent om *iets* te doen, om een bepaalde taak te verrichten.

Vb. Je kan incompetent bevonden worden om een levensreddende operatie te weigeren (omdat je bv. de consequenties niet ten gronde kan inschatten). Maar diezelfde persoon kan wél handelingsbekwaam geacht worden om de toedieningswijze van medicatie te kiezen. Dit is een geheel ander soort beslissing, waarbij andere eisen gesteld worden aan de vermogens van de patiënt. Respect voor (de autonomie van) personen vereist dus dat we een individuele beoordeling maken van competentie voor de beslissing in kwestie, dit om het beslissingsgebied van de persoon zo breed mogelijk te houden.

Welnu, over de vraag wat competentie exact inhoudt bestaat er nog geen consensus. Het probeert een heel complex aan vaardigheden te vatten, het is nauw verbonden met rationaliteit en waarden, het is steeds geval per geval te bekijken en te beoordelen –naargelang de taak, de situatie, de vereiste vermogens. Wel is het zo dat er een aantal elementen in de definitie telkens terugkeren. We gaan eens kijken naar een paar vaak voorkomende definities van feitelijke competentie (als niet-juridisch, klinisch concept):

- het vermogen om rationele beslissingen te maken
- in staat zijn beslissingen te nemen op grond van goede redenen
- het vermogen om behoeften, wensen, voorkeuren te vormen, evalueren, herzien en aanvaarden (op grond van goede redenen)

Om dit te kunnen beoordelen splitst men dit concept op in componenten/standaarden:

• Appelbaum & Grisso<sup>26</sup>:

- het vermogen om keuzen mee te delen
- het vermogen om relevante informatie te begrijpen
- het vermogen om een bepaalde situatie te vatten: de informatie als op de eigen situatie van toepassing te zien
- het vermogen om door het gebruik van logische processen de voordelen en risico's van opties af te wegen

---

<sup>26</sup> Appelbaum & Grisso. "Assessing patients' capacities to consent to treatment". New England Journal of Medicine, vol. 319, n° 25 (1988), pp.1635-1638.

+ ruimer: het vermogen om te handelen in overeenstemming met je belangrijkste drijfveren, doelen, waarden –alles in overweging genomen.

- Buchanan & Brock<sup>27</sup>.
  - verscheidene vaardigheden ivm begrijpen en communicatie
  - redeneer- en deliberatievaardigheden
  - het bezit van een consistente, stabiele, persoonlijk onderzochte verzameling waarden

## V. Bekwaamheid beoordelen

Een heleboel vragen blijven de beoordeling van competentie omringen. Hoe vatten we bekwaamheid om medische beslissingen te maken op? Wat is een beslissing op basis van goede redenen? Wie beoordeelt dat? Wanneer laten we iemand zelf een beslissing maken? Wanneer is iemand bekwaam/onbekwaam? Wanneer is het nodig in te grijpen, het van de patiënt over te nemen –met het oog op diens bescherming? Vooral bij kinderen is dit dilemma tussen vrij laten en inmenging zeer groot, aangezien de eis van bescherming sterk aanwezig is als leidraad in het benaderen van kinderen.

Wat wordt er beoordeeld om iemand als onbekwaam of bekwaam te 'labelen'? Het probleem dat zich stelt is het volgende: om een beslissing van een persoon te aanvaarden, moet je weten of de patiënt competent is. Competentie is zoals gezegd een voldoende voorwaarde voor beslissingsautoriteit. Maar het feit dat anderen (de arts, familieleden) een bepaalde beslissing onaanvaardbaar vinden, wordt vaak gebruikt om competentie te ontkennen. Dus: je specifieke oordeel (de *inhoud* ervan) wordt gebruikt als argument om je *bekwaamheid* tot het nemen van beslissingen in twijfel te trekken. Dit is problematisch want: de beoordeling van de inhoud van een beslissing betreft waarden en normen die de beoordelaar met zich meedraagt. In principe zouden we het *denkproces* moeten onderzoeken: hoe zit het met de argumentatie? We moeten ook de redenen nagaan voor een specifieke beslissing. Een reden is adequaat als het in overeenstemming is met de normen en voorkeuren van de persoon die de beslissing maakt. Het denkproces wordt dus primair beoordeeld, maar men kan

---

<sup>27</sup> Buchanan & Brock, "Deciding for others: the ethics of surrogate decision making", Cambridge University Press, 1989.

wel de inhoud van de beslissing zelf hanteren als indicatie om het denkproces grondig te bekijken, als aanwijzing dat er misschien iets fout loopt.

In de praktijk worden patiënten vaak competent bevonden en in staat tot het geven van toestemming als ze het advies van de dokter volgen, maar worden als incompetent beschouwd als ze datzelfde advies weigeren op te volgen. Bij kinderen stelt dit probleem zich nog vaker omdat men reeds uitgaat van de veronderstelling van incompetentie en omdat bescherming een leidend principe is.<sup>28</sup> In het geval van kinderen wordt de standaard ook strenger toegepast: men legt de lat om bekwaam bevonden te worden hoger dan bij volwassenen.<sup>29</sup>

## VI. Hoe zit het nu feitelijk?

*Zijn* kinderen in feite in staat medische beslissingen te maken? De vraag naar de werkelijke competentie bij kinderen, bekeken als leden van een groep én als individu, is een belangrijke vraag. We kunnen geen beleid baseren op *veronderstellingen* (of zelfs vooroordelen) omtrent het kind-zijn, de conceptuele vermogens van kinderen, de redeneervaardigheden, etc. Het is dus nodig onderzoek te doen naar die factoren die een impact hebben op de oordeelsbekwaamheid van kinderen.

Wat zijn de relevante aspecten inzake competentie (hebben een invloed op de capaciteit tot het maken van beslissingen in medische contexten) die vaak vernoemd worden?

Leeftijd, persoonlijke vaardigheden mbt. beslissingen maken; het kunnen inschatten van de aard en risico's en voordelen van een bepaalde behandeling, de aard van de beslissing, omgevingsvariabelen (de hoeveelheid en kwaliteit van informatie, ondersteuning, ..), (ziekte-)ervaring, graad van rijpheid (sociale en psychologische ontwikkeling), educatie, training (al doende leren, verhogen van vaardigheden), emotionele factoren: hebben o.a. een impact op het opnemen en verwerken van informatie (controle, angst), ... .

Bluebond-Langner<sup>30</sup> wijst op *ervaring* als belangrijk element voor maturiteit en het vormen van de capaciteit tot begrijpen (van hun situatie, medische behandelingen).

---

<sup>28</sup> JPH Shield, JD Baum: *'Children's consent to treatment'*, BMJ 308: 1182-1183 (1994)

<sup>29</sup> Het is trouwens zo dat kinderen vergeleken worden met hypothetische volwassenen, die *overschat* worden op de rationaliteitsstandaard.

<sup>30</sup> Bluebond-Langner, Myra. *The private worlds of dying children*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1978.

Kinderen van 4 of 5 jaar oud mét ziekte-ervaring bleken soms meer te weten over hun prognose dan intelligente kinderen van 9 zonder. Zelfs zeer jonge kinderen hebben het vermogen om een zeer hoog niveau van begrijpen en kennis te bereiken omtrent hun ziekte-ervaring. De vraag naar de capaciteit van kinderen tot het maken van een beslissing betreft steeds een specifieke beslissing, omtrent een bepaald gebied van hun leven. Een gebied dat zij beter kennen naarmate ze er meer ervaring in opdoen. Dit resulteert in een specifieke kennis en het ontwikkelen van redeneervaardigheden die ver vooruit zijn op dat wat verwacht kan worden enkel afgaande op hun leeftijd.<sup>31</sup> Een goed voorbeeld hiervan is het leven met een chronische aandoening.

Ook belangrijk is dat begrijpen bevorderd wordt door het geven van accurate informatie.<sup>32</sup> Kinderen geven betekenis aan hun omgeving vanuit wat zij weten. Informatie –voldoende en juiste informatie- verkrijgen is hiervoor cruciaal. Er zijn sterke verbanden aangetoond tussen het geven van informatie en de reductie van angst, nervositeit en post-operatieve pijn. Bij kinderen, net als bij volwassenen, is er zowel een fysieke als een psychische component verbonden aan de pijnbeleving. Gaffney en Dunne (1986) hebben via onderzoek gevonden dat de omvang van een pijnervaring bij het kind kan verergerd worden door misvattingen; voornamelijk een verkeerd begrip omtrent immanente rechtvaardigheid. Als het kind pijn voelt, probeert het die pijn te kaderen en vragen ze zich dus af waarom ze pijn hebben. Kinderen tot 12 jaar kunnen de oorzaak toeschrijven aan door hen gemaakte overtredingen; ze denken dat ze gestraft worden. Soms denken ze ook dat ze dit allemaal moeten meemaken omdat de ouders niet meer van hen zouden houden. Als daarentegen een rationele verklaring wordt geboden op basis van informatie over hun ziekte-toestand of de behandeling, dan ervaren ze minder van deze overtuigingen van ‘rechtvaardigheid’, waardoor ze minder schuldgevoelens en stress ervaren. Het is ook zo dat het achterhouden van informatie niet zal beletten dat het kind de ernst van de situatie afleidt uit de spanning en de bezorgdheid van de omgeving.

Kinderen hebben dus nood aan een zo volledig mogelijk begrip van de situatie, gezien het duidelijk effect van goede communicatie. Wanneer het kind van de

---

<sup>31</sup> Walker, Nancy E. "Meaningful participation of minors with HIV/AIDS in decisions regarding medical treatment: Balancing the rights of children, parents, and state". International Journal of Law and Psychiatry, vol. 25, n° 3 (2002), pp. 271-297.

<sup>32</sup> Rushforth, Helen. "Practitioner's review: Communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness". Child Psychology and Psychiatry, Vol.40, No.5 (1999), pp.683-691.

ouders en het medisch personeel informatie krijgt heeft dit als gevolg dat het kind zich betrokken voelt en een gevoel van *controle* verkrijgt over de situatie, wat positieve gevolgen heeft op het welbevinden van het kind. Wanneer het kind daarbij ook inspraak krijgt op bepaalde beslissingen betreffende de behandeling, vergroot dit gevoel van controle en angstreductie nog meer. Wel moet men er uiteraard op toezien dat de informatie wordt gegeven op een wijze die aangepast is aan de verstandelijke vermogens van het kind; in een verstaanbaar woordgebruik en op een rustig tempo, wanneer dit niet gebeurt is desinteresse of angst ten gevolge van niet-begrijpen mogelijk.

Er is dus nood aan verder onderzoek rond de relevante aspecten die een rol spelen. Ontwikkelingspsychologisch onderzoek is nodig naar de leeftijdsgebonden aard van competentie en de *ontwikkelingsvariabelen* die hiervoor relevant zijn. Ook dringt de vraag zich op hoe de oordeelsvorming bij kinderen in *real life*-contexten gebeurt. Al te vaak gebruikt men hypothetische situaties, waarbij een aantal relevante variabelen niet bekeken kunnen worden (werkelijke stress, coping, ervaring, ...). Op basis van het uitklaren van een aantal van deze kwesties kunnen we streven naar een duidelijker beleid, waarbij er rekening wordt gehouden met relevante empirische gegevens en waardoor aldus de betrokken partijen, waaronder de zorgverleners die voor de beoordeling van de competentie instaan, kunnen worden geïnformeerd. Ondoorzichtigheid, onwetendheid en/of een aantal werkzame veronderstellingen omtrent het kind-zijn werken de uitoefening van rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg nu enorm tegen.

## VII. Leeftijd en competentie

De beperkingen die werkzaam zijn bij het beslissingen maken door kinderen zijn gebaseerd op leeftijd, in wezen te arbitrair om een *ultiem* criterium te kunnen zijn, hoewel handig. Vanuit pragmatisch oogpunt is het een dankbaar criterium, aangezien het ons de tijd en moeite bespaart om de werkelijke competentie na te gaan van een hele groep personen –minderjarigen dus. Een eenduidig criterium zoals dat van de leeftijd verschaft de betrokkene uiteraard ook een grotere rechtszekerheid.

Het probleem bestaat erin dat leeftijd als criterium tegelijk onder- en over-inclusief is.

Het is *onder*-inclusief omdat er een aantal kinderen –die feitelijk competent zijn- uit de boot zullen vallen omdat ze nog niet de vereiste leeftijd bereikt hebben. Zoals reeds gezegd zijn er grote individuele verschillen, die gerelateerd zijn aan

een heleboel factoren (ervaring, persoonlijkheidsfactoren, omgevingsvariabelen, ..). Ook dienen we nog eens te benadrukken dat competentie taakspecifiek is en de context en het soort beslissing een grote rol spelen in de vraag of de persoon bekwaam is om net die beslissing te maken.

Maar leeftijd als criterium is ook *over-inclusief* aangezien een bepaalde leeftijd niet meteen garant staat voor competentie: er zijn ook volwassenen die incompetent zijn. Dit geldt tot op bepaalde hoogte trouwens ook voor 'geëmancipeerde' minderjarigen. Het feit dat ze onafhankelijk leven, betekent zeker niet altijd dat ze de vereiste capaciteiten bezitten om handelingsbekwaam genoemd te worden.

De veronderstellingen liggen anders: volwassenen worden verondersteld competent te zijn, of er moesten aanwijzingen zijn dat dit niet zo is en dan gaat men de competentie van dat individu na. Kinderen daarentegen worden verondersteld incompetent te zijn, maar kunnen bewijzen dat ze wél feitelijk competent zijn. Het probleem ligt hem dus in de grote bewijslast voor kinderen: zij moeten aantonen dat ze handelingsbekwaam zijn. Bij volwassenen moet bewezen worden dat ze niet-handelingsbekwaam zijn. Een wereld van verschil en vaak een groot probleem voor kinderen die ernstig ziek zijn en door verzwakking en progressie van de ziekte vaak niet in staat zijn die grote test te passeren (qua communicatieve vaardigheden, inspanning en concentratie, ..).

Een individuele analyse, geval per geval, lijkt in de praktijk dan weer enorm tijdrovend en moeilijk werkbaar te zijn, gezien de complexe aard van het concept maturiteit en/of competentie. Zeker gezien de onduidelijkheid over de manier om deze te beoordelen en de waardengeladenheid en de subjectieve aard van het beoordelingsproces die erkend dienen te worden.

## VIII. Het uitoefenen van rechten

Het is nodig om personen kansen te bieden op het uitoefenen van hun rechten. Het draagvlak is uiteraard broodnodig, evenals de *erkenning* van rechten van kinderen –ook in de wetgeving, maar het moet ook in de praktijk gebracht kunnen worden.

Het is hierbij belangrijk om twee andere vragen/kwesties goed uit elkaar te houden<sup>33</sup>:

- 1) of de patiënt competent is

---

<sup>33</sup> Checkland, David; Silberfeld, Michael. "Mental competence and the question of beneficent intervention". *Theoretical Medicine*, 17 (1996), pp. 121-133.



2) of we de beslissing van de patiënt zouden *respecteren*

Zelfs al wordt een (specifiek) kind beoordeeld als niet-handelingsbekwaam, dan blijft het uiteraard een drager van rechten en geniet het respect. Aangepaste informatie geven, luisteren naar hun mening en in de mate van het mogelijke hiermee rekening houden blijven eisen. Indien een minderjarige echter wél feitelijk competent is, dan zijn hier extra participatierechten aan verbonden. Om kinderen in de hoogst mogelijke mate te kunnen laten participeren aan de beslissingen die rond hun medische behandeling worden gemaakt, is het dus fundamenteel om de capaciteit tot het maken van beslissingen te kunnen beoordelen. Zodat beslissingen niet over de hoofden van competente minderjarigen gemaakt worden en zodat incompetentere minderjarigen voldoende bescherming kunnen genieten, met evenwel de eis dat hun wensen tenminste gehoord worden en er in de mate van het mogelijke rekening mee wordt gehouden. Hun belangen (best interests) zullen hier fungeren als standaard.

Hoewel een minderjarige geen wettelijk bindende toestemming kan geven (*consent*), is een vorm van toestemming (*assent*) aan de minderjarige vragen toch sterk aanbevolen. *Assent*, te onderscheiden van *consent* (wettelijk bindend), bestaat erin:

- de patiënt te helpen een begrip van de aard van zijn/haar aandoening/situatie te verkrijgen dat in overeenstemming is met het ontwikkelingsniveau
- de patiënt te vertellen wat hij/zij kan verwachten van de procedures/behandeling
- een beoordeling maken van de mate waarin de patiënt de situatie begrijpt en van de factoren die hierin een rol spelen
- de patiënt te vragen zijn/haar wensen uit te drukken ivm de voorgestelde zorg

Dit bewerkstelligt een vorm van *empowerment*, het bevorderen van vertrouwen, een betere arts-patiënt-verhouding en het werkt zelfs bevorderend voor de lange-termijn resultaten van de behandeling. Doorslaggevend blijft echter de toestemming van de ouders, die de eindverantwoordelijkheid voor de beslissing dragen. De nadruk op de toestemming van het kind moet groter worden naarmate het kind rijper is.

De bescherming wordt echter allerminst opgeheven vanuit de eis tot het bevorderen van de betrokkenheid en de autonomie van het kind. Kinderen dienen te worden *bijgestaan* in het participeren aan de beslissingen die rond de

zorg voor hen gemaakt worden. Dit is cruciaal voor het werkelijk respecteren van de rechten van kinderen in de gezondheidszorg. De bijstand bestaat erin steun te geven: informatie, advies en eventueel hulp om concepten te begrijpen die zonder hulp niet begrepen werden. Bescherming op verschillende manieren: tegen schade voortkomend uit het maken van een specifieke beslissing, tegen de schade van het maken van een niet volkomen geïnformeerde beslissing indien er geen bijstand zou geweest zijn, tegen de schade van het niet hebben mogen maken van een persoonlijke beslissing (wegens niet-competentie).

Dit alles betreft een proces waarbij het kind groeit van een volkomen afhankelijkheid van de ouder als 'pleitbezorger' en in het begin zelfs substituut-beslisser, naar een positie waarbij het rijper wordende kind een steeds grotere en actievere rol speelt in het maken van relevante beslissingen.

Daarenboven *hoeven* kinderen niet zelf hun beslissingen te nemen –al zijn ze competent- als ze zich hier niet klaar voor voelen. Kinderen geven trouwens zélf aan dat ze in staat gesteld willen worden tot het maken van autonome beslissingen *als* ze zich er klaar voor voelen.<sup>34</sup> Om af te sluiten: kinderen willen ook geenszins hun ouders van de troon stoten, kinderen willen niet alleen gelaten worden in die –vaak belangrijke- beslissingen, wél willen ze erbij betrokken zijn, een aandeel hebben.

---

<sup>34</sup> Verhellen, E., *Children's attitudes towards their rights*, 1996.

## Bibliografie

APPELBAUM & GRISSO, "Assessing patients' capacities to consent to treatment", New England Journal of Medicine, vol. 319, n° 25 (1988), pp.1635-1638.

BLUEBOND-LANGNER, MYRA. *The private worlds of dying children*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1978.

BYRNES, JAMES P., "The development of decision-making", Journal of Adolescent Health, vol. 31:6 (2002), pp. 208-215.

CHECKLAND, DAVID SILBERFELD, MICHEL, "Mental competence and the question of beneficent intervention", Theoretical Medicine, 17 (1996), pp. 121-133.

CRISP JACKIE, UNGERER, JUDY A., GOODNOW, JACQUELINE J, "The impact of experience on children's understanding of illness". Journal of Pediatric Psychology, vol. 21, n°1 (1996), pp. 57-72.

DORN, LORAH D.; SUSMAN, ELIZABETH J.; FLETCHER, JOHN C. "Informed consent in children and adolescents: Age, maturation and psychological state". Journal of Adolescent Health, vol. 16 (1995), pp. 185-190.

FRIEDMAN ROSS, LAINIE. "Health care decisionmaking by children. Is it in their best interest?" Hastings Center Report, vol. 27, n° 6 (1997), pp. 41-45.

GLASS, KATHLEEN CRANLEY. "Refining definitions and devising instruments: Two decades of assessing mental competence". International Journal of Law and Psychiatry, vol. 20:1 (1997), pp. 5-33.

MELTON, GARY B.; KOOCHER, GERALD P.; SAKS, MICHAEL J. *Children's competence to consent*. New York & London: Plenum Press, 1983.

ONDRUSEK, NANCY; ABRAMOVITCH, RONA; PENCHARZ, PAUL; KOREN, GIDEON. "Empirical examination of the ability of children to consent to clinical research". Journal of Medical Ethics, vol. 24 (1998), pp. 158-165.

RUSHFORTH, HELEN. "Practitioner's review: Communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness". Child Psychology and Psychiatry, Vol.40, No.5 (1999), pp.683-691.

WALKER, NANCY E. "Meaningful participation of minors with HIV/AIDS in decisions regarding medical treatment: Balancing the rights of children, parents, and state". International Journal of Law and Psychiatry, vol. 25, n° 3 (2002), pp. 271-297.

# Rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg in het kader van de *“Wet betreffende de Rechten van de Patiënt”*

Ilse Weeghmans, Vlaams Patiëntenplatform

## I. Internationaal Verdrag inzake Rechten van het Kind (IVRK)

Graag verwijzen wij naar uitgebreide tekst over het IVRK in het dossier.

## II. De voorlopers van de wet

Om een duidelijk beeld te scheppen van de rechten van de minderjarige zoals die vermeld worden in de wet op de patiëntenrechten, worden hier eerst enkele voorlopers van deze wet besproken.

### *II.1. Wetsvoorstel Marcel Colla (24 maart 1999)*

Een eerste wetsvoorstel is van de hand van minister Colla. Hij stelt voor om informatie aan ouders, eventueel de voogd én de minderjarige te geven. Hierop wordt een uitzondering gemaakt als het over informatie gaat met betrekking tot een seksueel overdraagbare aandoening of het seksuele leven van de minderjarige. Vanaf de leeftijd van 14 jaar worden de ouders hier niet meer over ingelicht. Eveneens wordt de toestemming om een medische handeling te verstrekken bij de minderjarige gelegd vanaf de leeftijd van 14 jaar. Vanaf dan krijgt de minderjarige ook het recht op inzage van zijn dossier.

### *II.2. Wetsvoorstel Hubert Brouns (9 september 1999)*

Een andere voorloper van de wet op de patiëntenrechten is het wetsvoorstel van Hubert Brouns. Dit voorstel stelt dat de ouders of voogd van de minderjarige plaatsvervangende toestemming krijgen. Zij nemen de beslissing na overleg met de zorgverlener. Wanneer de minderjarige in staat is zijn wil duidelijk te maken, wordt hij bij de beslissing betrokken. Indien hij de leeftijd van 16 jaar bereikt,

volstaat zijn toestemming en kan de behandeling verricht worden zonder toestemming van de ouders of voogd.

### *II.3. Wetsvoorstel Patrik Vankrunkelsven (15 juni 2000)*

Patrik Vankrunkelsven stelde een wetsvoorstel voor dat eveneens dieper ingaat op de rechten van de minderjarige. Hij stelt dat de informatie in principe aan de patiënt zelf gegeven moet worden. Het is echter mogelijk dat in de eerste plaats aan de ouders of de voogd van de minderjarige informatie gegeven wordt, toestemming gevraagd wordt en inzage verleend wordt. Op deze regel zijn er enkele uitzonderingen. Ten eerste is een minderjarige vanaf de leeftijd van 16 jaar volledig bekwaam om een medisch contract aan te gaan. Een tweede uitzondering geldt voor jongeren ouder dan 13 jaar die een onderzoek of behandeling moeten ondergaan in verband met hun seksueel leven. In deze twee gevallen kan het informeren van de personen die over het ouderlijk gezag beschikken, enkel gebeuren indien de minderjarige toestemming geeft. Een belangrijk besluit dat uit dit wetsvoorstel getrokken kan worden, is dat een minderjarige vanaf 16 jaar medisch meerderjarig is.

### *II.4. Wetsvoorstel Maggie De Block (6 november 2000)*

In België is een minderjarige handelingsonbekwaam tot de leeftijd van 18 jaar. In de praktijk wordt deze onbekwaamheid gerelativeerd door rekening te houden met de mondigheid van de minderjarige. Bovendien mag men ervan uitgaan dat een minderjarige vanaf 16 jaar voldoende rijp en mondig is om zelfstandig te kunnen instemmen met een medische ingreep. Maggie De Block stelt in haar wetsvoorstel voor om minderjarigen vanaf 16 jaar medisch handelingsbekwaam te verklaren. Tussen de leeftijd van 16 en 18 jaar wordt er dus uitdrukkelijk rekening gehouden met de wens van de minderjarige. De mening van minderjarigen jonger dan 16 jaar wordt eveneens in overweging genomen, rekening houdend met de leeftijd en het niveau van ontwikkeling.

### *II.5. Voorontwerp wet op de patiëntenrechten (14 juni 2001)*

Dit voorontwerp stelt dat de ouders of de voogd de rechten uitoefenen van een minderjarige patiënt. De minderjarige patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en zijn rijpheid. Indien

hierbij blijkt dat hij zijn rechten zelf kan uitoefenen, heeft hij dus het recht dit zelf te doen zonder tussenkomst van zijn ouders of voogd.

Opmerking: de besproken wetsvoorstellen werden enkel bestudeerd in het perspectief van de minderjarige en zijn rechten.

### III. Wet op de patiëntenrechten

Op 26 september 2002 werd de wet betreffende de rechten van de patiënt gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De uiteindelijke bedoeling van de wet is het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg. De wet is een belangrijk instrument om de kwaliteit van de relatie met de zorgverstrekker te verbeteren.

De wettekst hanteert het woord 'beroepsbeoefenaar'. Het gaat hier om artsen, verpleegkundigen, kinesisten, tandartsen en apothekers.

#### III.1. De wet en minderjarigen

*"Bij een patiënt die minderjarig is, worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd." (Art. 12. §1)*

*"De patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. De in deze wet opgesomde rechten kunnen door de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zelfstandig worden uitgeoefend." (Art. 12. §2)*

Wanneer we dit artikel over de rechten van de minderjarige in de wet op de patiëntenrechten kritisch bekijken, kunnen we vaststellen dat 'rekening houden met de maturiteit' van de minderjarige en 'zelfstandige uitoefening bij een redelijke beoordeling van zijn belangen' vage omschrijvingen zijn. Deze vage invulling heeft gevolgen voor het zelfstandig uitoefenen van de rechten door een minderjarige. Het zal van de invulling van dit artikel afhangen of de jongere al dan niet zijn rechten kan uitoefenen.

De memorie van toelichting van de wet vermeldt dat de beroepsbeoefenaar in contact met de minderjarige patiënt nagaat of het aangewezen is de minderjarige patiënt te betrekken bij het uitoefenen van zijn rechten en op

welke wijze dat dient te gebeuren. De beroepsbeoefenaar gaat dit geval per geval na.

### *III.2. De rechten*

De volgende individuele rechten werden vastgelegd in de wet op de patiëntenrechten:

#### **Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening**

Iedereen heeft recht op een goede, zorgvuldige en kwaliteitsvolle dienstverlening. De best mogelijke zorg moet verstrekt worden in functie van de beschikbare medische kennis en technologie en met naleving van de geldende wetenschappelijke standaarden en aanbevelingen.

#### **Recht op vrije keuze van zorgverlener**

Elke patiënt kan zelf een zorgverstreker kiezen en kan die keuze steeds herzien. Elke patiënt heeft bovendien het recht om een tweede zorgverstreker te raadplegen voor een tweede advies. Het recht op vrije keuze geldt ook in het geval van een doorverwijzing naar een andere zorgverstreker. Het recht op vrije keuze is echter niet absoluut. Het recht kan namelijk bij wet of door omstandigheden eigen aan de organisatie van de gezondheidszorg beperkt zijn.

#### **Recht op informatie over de gezondheidstoestand**

De patiënt heeft het recht om informatie te ontvangen waardoor hij inzicht krijgt in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan (diagnose, gewenste gedrag,...) . De communicatie moet gebeuren in een duidelijke taal waarbij rekening gehouden wordt met leeftijd, opleiding,... Deze informatie wordt meestal mondeling meegedeeld. De patiënt kan echter een afschrift vragen. De patiënt kan ook schriftelijk laten vastleggen dat de informatie ook aan een vertrouwenspersoon wordt meegedeeld.

De patiënt heeft ook het recht om niet te weten: de patiënt heeft het recht om te vragen dat de informatie niet aan hem wordt meegedeeld. Hij kan wel vragen dat de informatie aan een derde, een vertrouwensfiguur, wordt meegedeeld (zie verder bij vertegenwoordiging). De beroepsbeoefenaar kan de patiënt wel informeren bij bijvoorbeeld besmettelijke ziekten. Het gaat dan om een ernstig nadeel voor de patiënt en zijn omgeving.



Een therapeutische exceptie is dat de beroepsoefenaar het initiatief kan nemen om informatie niet aan de patiënt mee te delen.

- Dit kan alleen wanneer de mededeling ernstig nadeel voor de patiënt zou meebrengen. Indien dit nadeel verdwijnt moet de informatie toch nog meegedeeld worden.
- De beroepsoefenaar moet vooraf een andere beroepsoefenaar raadplegen.
- De beroepsbeoefenaar moet een schriftelijke motivering toevoegen aan het patiëntendossier.
- Indien de patiënt een vertrouwenspersoon aanduidde, dan moet de beroepsbeoefenaar de informatie aan deze vertrouwenspersoon meedelen.

### **Recht op toestemming na informatie**

Het recht op informatie staat los van de tussenkomst van een beroepsbeoefenaar. Als er een tussenkomst moet gebeuren, moet de patiënt uitdrukkelijk zijn toestemming geven. De toestemming kan ook geacht worden impliciet te zijn gegeven, afgeleid uit de gedragingen tijdens het geven van de informatie.

De patiënt en de beroepsbeoefenaar kunnen vragen dat de toestemming of weigering schriftelijk wordt vastgelegd en wordt toegevoegd aan het patiëntendossier.

De informatie voor de toestemming moet gaan over het doel van de tussenkomst, de aard van de frequentie, het eventuele spoedeisende karakter, de duur, de frequentie, nevenwerkingen en risico's, nazorg, mogelijke alternatieven, financiële gevolgen, mogelijke gevolgen bij weigering. De patiënt kan steeds om bijkomende informatie vragen.

De informatie moet voorafgaandelijk aan elke tussenkomst en tijdig worden verstrekt. Zo heeft de patiënt de tijd om een andere beroepsbeoefenaar te raadplegen.

De patiënt kan zijn recht om niet te weten ook hier uitoefenen. De beroepsbeoefenaar kan de informatie niet onthouden aan de patiënt (therapeutische exceptie geldt niet, de beroepsbeoefenaar moet informeren).

Mensen die wilsonbekwaam zijn (bijvoorbeeld in coma) kunnen toch hun recht om bepaalde tussenkomsten te weigeren uitoefenen. Dit kan als ze voorafgaandelijk een schriftelijke wilsverklaring laten toevoegen aan hun patiëntendossier.

De patiënt en de beroepsbeoefenaar kunnen vragen dat de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk wordt vastgelegd en wordt toegevoegd aan het patiëntendossier.

Bij spoedgevallen handelt de beroepsbeoefenaar in het belang van de gezondheid van de patiënt. Het recht op toestemming na informatie niet kan worden uitgeoefend. De beroepsbeoefenaar moet dit vermelden in het patiëntendossier. Zo gauw dit mogelijk is moet de informatie en toestemmingsverplichting worden nageleefd.

## **Rechten in verband met het patiëntendossier**

Het recht op inzage is rechtstreeks: men heeft steeds de mogelijkheid om zelf het patiëntendossier in te zien. Het recht op inzage moet ten laatste 15 dagen na ontvangst van het verzoek uitgeoefend kunnen worden. Persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar zijn uitgesloten. De patiënt kan zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon naar keuze (beroepsbeoefenaar of niet). De patiënt kan zijn inzage recht laten uitoefenen door een persoon naar keuze. Indien de vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, heeft die ook inzagerecht in de persoonlijke notities.

De patiënt heeft recht op een afschrift bij inzage. De werkelijke kostprijs wordt hiervoor aangerekend. De beroepsbeoefenaar kan een afschrift weigeren wanneer er aanwijzingen zijn dat de patiënt onder druk wordt gezet door bijvoorbeeld een verzekeringsmaatschappij.

De nabestaanden hebben recht op inzage:

- als ze echtgenoot, wettelijk samenwonende partner, partner of bloedverwant tot en met de tweede graad zijn (ouder, kind, broer/zus, kleinkind, grootouder);
- als ze een voldoende gemotiveerd belang hebben dat opweegt tegen de privacy van de overleden patiënt (testament, genetica, verzekeringsovereenkomst, aansprakelijkheidsprocedure). De nabestaanden kunnen enkel de documenten van het dossier inzien die relevant zijn;
- Als er geen verzet was van de patiënt tijdens zijn leven. Nabestaanden kunnen dit recht enkel uitoefenen via een beroepsbeoefenaar (die ook inzage heeft in de persoonlijke notities).

## **Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Een onderdeel van dit recht is de ruimtelijke privacy. Hier is uitdrukkelijk bepaald dat bij een tussenkomst enkel personen aanwezig mogen zijn van wie de aanwezigheid beroepshalve vereist is. De persoonlijke levenssfeer van de patiënt moet ook beschermd worden op vlak van de informatie over zijn gezondheid. Het is verboden om de patiënt of de beroepsbeoefenaar onder druk te zetten om informatie aan derden mee te delen zoals aan verzekeringsmaatschappijen of de werkgever.

## **Recht om een klacht neer te leggen bij de bevoegde ombudsinstantie**

De patiënt heeft recht op klachtenbemiddeling. De patiënt kan klacht indienen in verband met de hierboven opgesomde rechten. De ombudsfunctie heeft een bemiddelende en een preventieve taak. Vanaf 1 november 2003 zal elk algemeen ziekenhuis een ombudspersoon in dienst moeten hebben. De psychiatrische ziekenhuizen hebben de keuze tussen de organisatie van een interne ombudsdienst of het gebruik maken van de bemiddelingsdiensten van de provinciale overlegplatforms in de Geestelijke Gezondheidszorg. Alle ambulante klachten worden behandeld door de Franstalige of Nederlandstalige ombudspersoon van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt. Zij evalueren ook de werking van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen.

### *III.3. Uitoefening van de rechten*

In principe worden de rechten door de patiënt zelf uitgeoefend. In bepaalde gevallen worden de rechten noodgedwongen door een andere persoon uitgeoefend wegens onbekwaamheid van de patiënt. Dit geldt voor de minderjarige en de meerderjarige handelingsonbekwame patiënt die onder het statuut van de verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring valt. De ouders of de voogd zullen dan optreden. Bij de minderjarige kan het zijn dat gezien leeftijd en maturiteit de jongere toch bekwaam is om zijn rechten uit te oefenen zonder ouders en voogd.

Personen die handelingsbekwaam geacht worden maar in feite niet in staat zijn om hun wil te uiten, worden vertegenwoordigd door:

- Een benoemde vertegenwoordiger die door de patiënt nog aangeduid was toen hij nog handelingsbekwaam was.

- Een aantal informele vertegenwoordigers: de samenwonende echtgenoot, wettelijke samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner, in tweede instantie een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus.
- In laatste instantie de beroepsbeoefenaar in multidisciplinaire overleg.

De vertegenwoordiger moet optreden in het belang van de patiënt. Als dit niet het geval is kan de beroepsbeoefenaar hiervan afwijken. Dit is het geval in het belang van de patiënt, om een bedreiging van het leven of een ernstige aantasting van de gezondheid van de patiënt af te wenden. Dit gebeurt in multidisciplinaire overleg.

#### *III.4. Algemene bedenkingen bij de wet*

Deze wet houdt een enorm potentieel in om de patiënt actief te laten participeren in zijn behandeling en verzorging. De grote bekommernissen van het Vlaams Patiëntenplatform vzw zitten vervat in de wet.

Het klachtrecht vormt het sluitstuk van de wet op de patiëntenrechten. De installatie van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen geeft onvoldoende waarborg voor onafhankelijkheid bij het neerleggen van een klacht. Vanuit de perceptie van patiënt is de onafhankelijkheid van de ombudsdienst in een ziekenhuis niet voldoende gegarandeerd als deze dienst afhankelijk is van middelen van het ziekenhuis. Van een strikte neutraliteit en onpartijdigheid kan dan geen sprake zijn.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw had liever geen therapeutische exceptie gezien in de wet. Het recht op informatie is een absolute basisvoorwaarde om als patiënt actief betrokken te worden in het zorgproces.

De wet op de patiëntenrechten zou parate kennis van elke burger moeten zijn. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw hoopt dan ook dat de overheid extra middelen voorziet voor de bekendmaking van de wet

### *III.5. Minderjarigen en de wet: bedenkingen*

Zoals eerder aangehaald is de wet vaag wat betreft het toewijzen van rechten aan minderjarigen. De vertegenwoordiging van patiënten werd geregeld in artikel 12-15.

Het recht op informatie geeft duidelijk aan dat de beroepsbeoefenaar bij het verstrekken van informatie, zich altijd moet aanpassen aan de leeftijd en het niveau van opleiding van de patiënt, dus ook aan minderjarigen.

Hoe wordt er omgegaan met deze wet in situaties van gedwongen opname in de geestelijke gezondheidszorg? Hoe kan deze wet op een begrijpelijke manier overgebracht worden aan jongeren?

De brochure van de wet op de patiëntenrechten kan aangevraagd worden bij:

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid  
Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu  
Directoraat – Generaal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen  
Rijksadministratief Centrum  
Vesaliusgebouw V 502  
B – 1010 Brussel  
Of via de website: [www.health.fgov.be/vesalius](http://www.health.fgov.be/vesalius)



# Algemeen Commentaar nr. 4: De Gezondheid en Ontwikkeling van Adolescenten en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind\*

Verdrag inzake de Rechten van het Kind  
Comité voor de Rechten van het Kind  
CRC/GC/2003/4  
19 mei – 6 juni 2003

## Inleiding

1. In het Verdrag inzake de Rechten van het Kind wordt een kind gedefinieerd als “ieder mens jonger dan achttien jaar, tenzij volgens het op het kind van toepassing zijnde recht de meerderjarigheid eerder wordt bereikt” (artikel 1). Bijgevolg genieten adolescenten tot aan de leeftijd van achttien jaar alle rechten die in het Verdrag werden vastgelegd; ze hebben recht op bijzondere beschermingsmaatregelen en kunnen, in overeenstemming met hun zich ontwikkelende vermogens, hun rechten in toenemende mate uitoefenen (artikel 5).

2. De adolescentie is een periode die wordt gekenmerkt door snelle lichamelijke, cognitieve en sociale veranderingen, ook op het gebied van de seksuele en reproductieve ontwikkeling, waarbij de capaciteiten geleidelijk aan toenemen om uiteindelijk volwassen gedrags- en rolpatronen aan te nemen, wat nieuwe verantwoordelijkheden meebrengt waarvoor nieuwe kennis en nieuwe vaardigheden zijn vereist. Het is een dynamische overgangperiode naar de volwassenheid vol van mogelijkheden en hoewel adolescenten over het algemeen een gezonde bevolkingsgroep uitmaken, stelt deze periode hun gezondheid en ontwikkeling ook op de proef omwille van hun betrekkelijke kwetsbaarheid en de druk vanwege de maatschappij, onder andere van leeftijdsgenoten, om gedrag te vertonen dat de gezondheid kan schaden. Die

---

\* Officiële Nederlandse vertaling. Zie: KIDS, II, 2.1.B. Verdrag inzake de Rechten van het Kind – Comité voor de Rechten van het Kind – 19 mei-6 juni – Algemeen Commentaar nr. 4 (2003) – De gezondheid en ontwikkeling van adolescenten, 188-202.

uitdagingen houden onder meer in de ontwikkeling van een individuele persoonlijkheid en het omgaan met seksualiteit. De adolescentie is gewoonlijk ook een periode van positieve veranderingen, in gang gezet door het opmerkelijke vermogen van adolescenten om snel te leren, om nieuwe en verschillende situaties te beleven, om kritisch te leren denken, om met vrijheid te leren omgaan, om creatief te zijn en om zich in de maatschappij aan te passen.

3. Het Comité voor de Rechten van het Kind stelt met bezorgdheid vast dat de Verdragsluitende Staten bij de naleving van hun verplichtingen volgens het Verdrag onvoldoende aandacht hebben geschonken aan de specifieke eigenheid van adolescenten als dragers van rechten en aan het bevorderen van hun gezondheid en ontwikkeling. Dit vormde voor het Comité de aanleiding om deze Algemene Commentaar aan te nemen om het bewustzijn aan te wakkeren en de Verdragsluitende Staten te begeleiden en te ondersteunen bij hun inspanningen om het respect voor, en de bescherming en de verwezenlijking van de rechten van adolescenten te waarborgen, onder meer door het formuleren van specifieke strategieën en beleidsplannen.

4. Het Comité ziet de begrippen “gezondheid en ontwikkeling” in een veel bredere zin dan louter beperkt tot de bepalingen die in de artikelen 6 en 24 van het Verdrag werden omschreven, respectievelijk met betrekking tot het recht op leven, overleven en ontwikkeling en het recht op gezondheid. Het is precies een van de doelstellingen van deze Algemene Commentaar om de belangrijkste mensenrechten te identificeren die door de Verdragsluitende Staten moeten worden gepromoot en beschermd om te verzekeren dat adolescenten de grootst mogelijke mate van gezondheid genieten, tot een harmonische ontwikkeling komen, voldoende voorbereid zijn op het volwassen leven en in hun gemeenschap en in de maatschappij in het algemeen een constructieve rol aannemen. Naast het Verdrag inzake de Rechten van het Kind moet deze Algemene Commentaar worden begrepen in samenhang met de Facultatieve Protocols van het Verdrag (2001), respectievelijk inzake de Verkoop van Kinderen, Kinderprostitutie en Kinderpornografie, en het alsook in samenhang met andere relevante internationale regels en normen inzake mensenrechten<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Dergelijke internationale mensenrechtenverdragen zijn onder andere de Internationale Overeenkomst inzake Burgerlijke en Politieke Rechten, de Internationale Overeenkomst inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, Het Verdrag tegen foltering, het Internationale Verdrag inzake de Uitbanning van Alle Vormen van Rassendiscriminatie, het Internationale Verdrag inzake de Bescherming van de Rechten van Alle Migrantenaanwerkers en hun Familieleden en het Verdrag inzake de Eliminatie van elke vorm van Vrouwendiscriminatie.



## **I. Basisprincipes en andere verplichtingen voor de Verdragsluitende Staten**

5. Zoals het Comité er herhaaldelijk op wees en zoals dit ook op het Congres inzake Mensenrechten in Wenen (1993) werd erkend, zijn de rechten van kinderen onlosmakelijk met elkaar verbonden. In de artikelen 6 en 24 van het Verdrag zijn andere bepalingen en beginselen van het Verdrag van cruciaal belang om te garanderen dat adolescenten ten volle kunnen genieten van hun recht op gezondheid en ontwikkeling:

### **Het recht op non-discriminatie**

6. De Verdragsluitende Staten hebben de verplichting te verzekeren dat ieder mens jonger dan achttien jaar alle in het Verdrag beschreven rechten geniet, zonder discriminatie van welke aard ook (artikel 2), ook met betrekking tot "ras, huidskleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale, etnische of maatschappelijke afkomst, welstand, handicap, geboorte of andere omstandigheid". Dit omvat ook de seksuele geaardheid en de gezondheidstoestand van de adolescent (met inbegrip van HIV/AIDS en de geestelijke gezondheid). Het Comité erkent dat alle adolescenten die het onderwerp zijn van discriminatie kwetsbaarder zijn voor misbruik, andere vormen van geweld en exploitatie. Bovendien lopen hun gezondheid en ontwikkeling nog groter gevaar. Daarom moeten zij vanuit alle geledingen van de maatschappij bijzondere aandacht en bescherming krijgen.

### **Passende begeleiding in de uitoefening van hun rechten**

7. Het Verdrag erkent de verantwoordelijkheden, rechten en plichten van de ouders (of andere personen die wettelijk voor het kind verantwoordelijk zijn) "voor het voorzien in passende leiding en begeleiding bij de uitoefening door het kind van de in het Verdrag erkende rechten, op een wijze die verenigbaar is met de zich ontwikkelende vermogens van het kind" (artikel 5). Het Comité is van oordeel dat de ouders of andere personen die wettelijk voor het kind verantwoordelijk zijn hun verantwoordelijkheden en rechten nauwgezet moeten uitoefenen om hun adolescente kinderen leiding en begeleiding te verschaffen bij de uitoefening door de adolescenten van hun rechten. In dit verband hebben de ouders en andere wettelijke voogden de verplichting om met de mening van de adolescenten rekening te houden in overeenstemming met hun leeftijd en rijpheid, en een veilige en ondersteunende omgeving te garanderen voor de ontwikkeling van de capaciteiten van de adolescent. Adolescenten moeten door

de hun omringende familieleden worden erkend als actieve dragers van rechten die in staat zijn om geleidelijk aan volwaardige en verantwoordelijke burgers te worden wanneer ze passende begeleiding en leiding krijgen.

### **Respect voor de mening van het kind**

8. Het recht om zijn mening vrijelijk te uiten en dat met deze mening rekening wordt gehouden (artikel 12) is ook fundamenteel voor de verwezenlijking van het recht van adolescenten op gezondheid en ontwikkeling. De Verdragsluitende Staten moeten verzekeren dat adolescenten echt de kans krijgen om hun mening vrijelijk te uiten in alle aangelegenheden die hen betreffen, vooral binnen het gezin, op school en in hun leefgemeenschap. Om adolescenten in staat te stellen dit recht op een veilige en passende manier uit te oefenen, moeten de openbare instanties, de ouders en andere volwassenen die met of ten behoeve van kinderen werken, een omgeving creëren die gebaseerd is op vertrouwen, het delen van informatie, het vermogen te luisteren en een degelijke begeleiding, wat de adolescenten ertoe moet brengen in dezelfde mate in de maatschappij, met inbegrip van de besluitvormingsprocessen, te participeren.

### **Wettelijke en juridische maatregelen en processen**

9. De Verdragsluitende Staten worden verzocht "alle passende wettelijke bestuurlijke en andere maatregelen [te nemen] om de in dit Verdrag erkende rechten te verwezenlijken" (artikel 4). In het kader van de rechten van adolescenten op gezondheid en ontwikkeling, moeten de Verdragsluitende Staten verzekeren dat in de nationale wetgeving specifieke wettelijke voorzieningen worden gewaarborgd, met inbegrip met betrekking tot het vaststellen van een minimumleeftijd voor seksuele toestemming, huwelijk en de mogelijkheid tot medische behandeling zonder toestemming van de ouders. Die minimumleeftijden mogen niet discrimineren tussen jongens en meisjes (artikel 2 van het Verdrag) en moeten een getrouwe weergave zijn van de erkenning van de positie van alle mensen jonger dan achttien jaar als dragers van rechten, in overeenstemming met hun zich ontwikkelende vermogens, hun leeftijd en rijpheid (artikel 5 en de artikelen 12 tot 17). Verder moeten adolescenten gemakkelijker toegang krijgen tot systemen voor individuele klachten en tot juridische en passende niet-rechterlijke herstelmechanismen. Die mechanismen moeten in elke Verdragsluitende Staat makkelijk toegankelijk zijn voor jongeren

en borg staan voor een eerlijk en passend proces, met speciale aandacht voor het recht op privacy (artikel 16).

### **Burgerrechten en vrijheden**

10. Het Verdrag definieert in de artikelen 13 tot 17 de burgerrechten en vrijheden van kinderen en adolescenten. Zij zijn fundamenteel voor het waarborgen van het recht van adolescenten op gezondheid en ontwikkeling. Artikel 17 stelt dat ze het recht hebben op "toegang tot informatie en materiaal uit een verscheidenheid van nationale en internationale bronnen, in het bijzonder informatie en materiaal gericht op het bevorderen van [hun] sociale, psychische en morele welzijn en [hun] lichamelijke en geestelijke gezondheid". Het Comité erkent dat het recht van adolescenten op toegang tot passende informatie voor de Verdragsluitende Staten van cruciaal belang is om rendabele preventieve maatregelen te promoten, met inbegrip via wetten, beleidsplannen en programma's. Dit recht is van toepassing op tal van gezondheidssituaties, ook die welke in de artikelen 24 en 33 zijn vervat, zoals gezinsplanning, ongevallenpreventie, bescherming tegen schadelijke traditionele praktijken, met inbegrip van huwelijken op jonge leeftijd en genitale verminking van vrouwen, het gebruik van alcohol en tabak, en drugsmisbruik.

11. Om de gezondheid en de ontwikkeling van adolescenten te bevorderen, worden de Verdragsluitende Staten ertoe aangemoedigd om het recht op privacy en vertrouwelijkheid strikt te respecteren, met inbegrip van vertrouwelijk advies en counseling inzake alle aangelegenheden die de gezondheid betreffen (artikel 16). Wie in de gezondheidszorg werkt, heeft de verplichting vertrouwelijk om te gaan met de medische informatie van adolescenten in het licht van de beginselen van non-discriminatie, het belang van het kind, het recht op leven, overleven en ontwikkeling en het recht om zijn of haar mening vrijelijk te uiten in alle aangelegenheden (artikelen 2, 3, 6 en 12 van het Verdrag). Dergelijke informatie mag enkel worden vrijgegeven met de toestemming van de adolescent of in situaties waarbij er inbreuk zou kunnen worden gepleegd op de vertrouwelijkheid van een volwassene. Adolescenten die men rijp genoeg acht om counseling te krijgen in afwezigheid van een van de ouders of een andere persoon, hebben recht op privacy en kunnen om vertrouwelijkheid vragen, met inbegrip van een vertrouwelijke behandeling.

## **Bescherming tegen alle vormen van misbruik, verwaarlozing, geweld en exploitatie<sup>36</sup>**

12. De Verdragsluitende Staten moeten alle passende maatregelen nemen om te verzekeren dat adolescenten worden beschermd tegen alle vormen van geweld, misbruik, verwaarlozing en exploitatie (artikel 19, artikelen 32 tot 36 en artikel 38). Ze moeten een grotere aandacht hebben voor specifieke vormen van misbruik, verwaarlozing, geweld en exploitatie die deze leeftijdsgroep treffen. Ze moeten vooral speciale maatregelen nemen om de lichamelijke, seksuele en geestelijke integriteit te waarborgen van gehandicapte adolescenten, die bijzonder kwetsbaar zijn voor misbruik en verwaarlozing. De Verdragsluitende Staten moeten ook waarborgen dat door armoede getroffen en sociaal gemarginaliseerde adolescenten niet in de criminele sfeer terechtkomen. In dit verband moeten financiële steun en mensen worden toegewezen om onderzoek op dat vlak te bevorderen als ondersteuning voor het opzetten van passende lokale en nationale wetten, beleidsplannen en programma's. Beleidsplannen en strategieën moeten regelmatig worden geëvalueerd en dienovereenkomstig gewijzigd. Bij het nemen van deze maatregelen moeten de Verdragsluitende Staten rekening houden met de zich ontwikkelende vermogens van adolescenten om hen op passende wijze te betrekken bij het uitwerken van doeltreffende maatregelen, onder andere programma's, om hen te beschermen. In dit verband benadrukt het Comité de positieve impact van onderricht door leeftijdsgenoten en de positieve invloed van rolmodellen, vooral die in de wereld van de kunst, entertainment en de sport.

### **Verzamelen van gegevens**

13. Opdat de Verdragsluitende Staten in staat zouden zijn om toezicht te houden op de gezondheid en de ontwikkeling van adolescenten is het nodig op systematische wijze gegevens te verzamelen. De Verdragsluitende Staten moeten mechanismen voor het verzamelen van gegevens instellen die het mogelijk maken te desaggregeren volgens geslacht, leeftijd, afkomst en sociaal-economische positie, zodat de situatie van verschillende groepen kan worden gevolgd. Er moet ook informatie worden verzameld om de situatie te bestuderen van specifieke groepen, zoals etnische en/of autochtone minderheden, migranten- of vluchtelingenkinderen, gehandicapte adolescenten, werkende

---

<sup>36</sup> Zie ook de Algemene Discussie inzake Geweld tegen Kinderen van het Comité voor de Rechten van het Kind (2000 en 2001) en de Aanbevelingen die in dat verband werden aangenomen (CRC/...).

adolescenten enz. Waar nodig moeten de adolescenten ook bij de analyse worden betrokken om te garanderen dat de informatie ook vanuit hun belevingswereld wordt begrepen en gehanteerd.

## **II. Een veilige en ondersteunende omgeving creëren**

14. De gezondheid en ontwikkeling van adolescenten worden sterk bepaald door hun omgeving. Het creëren van een veilige en ondersteunende omgeving bestaat erin dat men aandacht heeft voor het gedrag en de handelingen van de onmiddellijke omgeving van de adolescent, de familie, leeftijdsgenoten, de school en de voorzieningen, maar ook voor die van de ruimere omgeving die onder andere wordt gevormd door de leefgemeenschap en de religieuze leiders, de media, de politiek en de wetgeving. Het bevorderen en toepassen van de bepalingen en beginselen van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, vooral die welke zijn vastgelegd in de artikelen 2 tot 6, 12 tot 17, 24, 28, 29 en 31, zijn van cruciaal belang voor het garanderen van het recht van de adolescent op gezondheid en ontwikkeling. De Verdragsluitende Staten moeten maatregelen nemen om een bewustzijn te creëren en initiatieven te stimuleren en/of te reglementeren door het formuleren van beleidsplannen of wetten en de uitvoering van specifieke programma's voor adolescenten.

15. Het Comité erkent het belang van het gezinsmilieu, en indien van toepassing ook van familieleden in ruimere zin en de leefgemeenschap of andere personen die wettelijk voor het kind of de adolescent verantwoordelijk zijn (artikelen 5 en 18). Hoewel de meeste adolescenten in een goedfunctionerend familieverband opgroeien, staat dit laatste niet altijd garant voor een veilige en ondersteunende omgeving.

16. In overeenstemming met de zich ontwikkelende vermogens van de adolescent, roept het Comité de Verdragsluitende Staten op om wetten, beleidsplannen en programma's uit te werken en uit te voeren ter bevordering van de gezondheid en de ontwikkeling van adolescenten, die (a) in passende bijstand voorzien voor de ouders (of wettelijke voogden) door het installeren van instellingen, voorzieningen en diensten ten voordele van het welzijn van adolescenten, en, indien de behoefte daaraan bestaat, ook voorzien in materiële bijstand en ondersteuning wat betreft voeding, kleding en huisvesting (artikel 27(3)); (b) passende informatie verschaffen en de ouders ondersteunen om makkelijker een vertrouwensrelatie op te bouwen, waarin het mogelijk is thema's met betrekking tot bijvoorbeeld seksualiteit, seksueel gedrag en risicovolle levensstijlen openlijk te bespreken en aanvaardbare oplossingen te

vinden die de rechten van adolescenten respecteren (artikel 27(3)); (c) steun en begeleiding verschaffen aan adolescente moeders en vaders ter verzekering van zowel hun eigen welzijn als dat van hun kinderen (artikelen 24(f) en 27(2-3)); (d) met respect voor de waarden en normen van etnische en andere minderheden, bijzondere aandacht, begeleiding en ondersteuning geven aan adolescenten en ouders (of wettelijke voogden) wier tradities en normen kunnen verschillen van die van de maatschappij waarin ze leven; en (e) waarborgen dat gezinsinterventies om de adolescent te beschermen en hem/haar zonodig van zijn/haar familie te scheiden, bijvoorbeeld in geval van misbruik of verwaarlozing, in overeenstemming zijn met de daarop toepasselijke wet en procedures. Dergelijke wetten en procedures moeten worden geëvalueerd om te waarborgen dat ze conform zijn aan de Verdragsbeginselen.

17. De school speelt een belangrijke rol in het leven van vele adolescenten, als een convergentieplaats voor leren, ontwikkeling en socialisatie. Artikel 29(1) stelt dat onderwijs moet gericht zijn op “de zo volledig mogelijke ontplooiing van de persoonlijkheid, talenten en geestelijke en lichamelijke vermogens van het kind”. Bovendien stelt de Algemene Commentaar Nr. 1 inzake de doelstellingen van het onderwijs dat: “geen enkel kind de school mag verlaten zonder voldoende bagage om de uitdagingen aan te kunnen waarmee hij of zij in het leven kan worden geconfronteerd. Basisvaardigheden moeten het vermogen omvatten om evenwichtige beslissingen te nemen, conflicten op een geweldloze manier op te lossen om een gezonde levensstijl en goede sociale relaties te ontwikkelen”. Gezien het belang van passend onderwijs voor de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten, nu en in de toekomst, maar ook voor hun kinderen, spoort het Comité, in overeenstemming met de artikelen 28 en 29 van het Verdrag, de Verdragsluitende Staten ertoe aan om (a) te waarborgen dat kwaliteitsvol basisonderwijs voor iedereen verplicht en beschikbaar, toegankelijk en gratis is, en dat middelbaar en hoger onderwijs voor alle adolescenten beschikbaar en toegankelijk; (b) goedfunctionerende school- en recreatievoorzieningen te voorzien die de gezondheid van de studenten niet schaden, met inbegrip van proper water en een goede riolering en veiligheid op de weg naar school; (c) de nodige maatregelen te nemen om alle vormen van geweld en misbruik op school te voorkomen en te verbieden, met inbegrip van seksueel misbruik, het toedienen van lijfstraffen en andere onmenselijke of vernederende praktijken of straffen, zowel door het schoolpersoneel als onder de studenten zelf; (d) maatregelen, attitudes en activiteiten te introduceren en te ondersteunen die een gezonde levensstijl bevorderen door het opnemen van relevante thema's in de schoolcurricula.

18. Tijdens de adolescentie gaat een stijgend aantal leerlingen van school af en begint te werken om de familie te helpen ondersteunen of als schadeloosstelling, en dit in de formele of informele sector. Deelname aan de arbeidsmarkt in overeenstemming met de internationaal geldende normen kan de ontwikkeling van de adolescent ten goede komen, voor zover dit niet het genot van alle andere rechten van adolescenten in gevaar brengt, zoals het recht op gezondheid en het recht op onderwijs. Het Comité spoort de Verdragsluitende Staten ertoe aan om alle maatregelen te nemen die nodig zijn om alle vormen van werk beneden de wettelijke leeftijd te verbieden, beginnend met de ergste vormen, de bestaande nationale regelgeving betreffende minimumleeftijden voortdurend te evalueren om deze in overeenstemming te brengen met de internationale maatstaven, en om de werkomgeving en de arbeidsomstandigheden voor werkende adolescenten te reglementeren (in overeenstemming met artikel 32 van het Verdrag en de ILO Conventies 138 en 182), om te waarborgen dat ze volledig beschermd zijn en toegang hebben tot wettelijke schadeloosstellingsmechanismen.

19. Het Comité benadrukt ook dat, in overeenstemming met artikel 23 (3) van het Verdrag, rekening moet worden gehouden met de bijzondere rechten van gehandicapte kinderen en bijstand moet worden verleend om te waarborgen dat het gehandicapte kind / de gehandicapte adolescent effectief toegang heeft tot kwaliteitsvol onderwijs en dit ook krijgt. De Staten moeten het beginsel erkennen van gelijke kansen inzake basisonderwijs, middelbaar en tertiair onderwijs voor kinderen/adolescenten in een geïntegreerde omgeving.

20. Het Comité maakt er zich zorgen over dat huwelijk en zwangerschap op jonge leeftijd een belangrijke rol spelen bij gezondheidsproblemen die verband houden met de seksuele en reproductieve gezondheid, met inbegrip van HIV/AIDS. Zowel de wettelijke minimumleeftijd als de feitelijke huwelijksleeftijd, vooral voor meisjes, zijn nog altijd erg laag in verschillende Verdragsluitende Staten. Hierbij stellen zich ook andere bezorgdheden die niet betrekking hebben op de gezondheid; gehuwde kinderen, vooral meisjes, worden vaak verplicht het onderwijssysteem te verlaten en worden uitgesloten van sociale activiteiten. Verder worden gehuwde kinderen in sommige Verdragsluitende Staten wettelijk als volwassenen beschouwd, zelfs wanneer het huwelijk plaatsvond voordat de leeftijd van achttien jaar werd bereikt, waardoor ze zijn uitgesloten van alle bijzondere beschermingsmaatregelen waarop ze volgens het Verdrag recht hebben. Het Comité raadt de Verdragsluitende Staten ten stelligste aan om de wetgeving en de rechtspraktijken te evalueren en zonedig te wijzigen om de minimumleeftijd voor het huwelijk met en zonder toestemming van de ouders tot 18 jaar te verhogen, zowel voor meisjes als voor jongens (zie voor een

soortgelijke aanbeveling Algemene Commentaar Nr. 21 (1994) van het Comité inzake de Uitbanning van Vrouwendiscriminatie).

21. In de meeste landen zijn onopzettelijke verwondingen of verwondingen als gevolg van geweld de voornaamste doodsoorzaak of oorzaak van blijvende handicap bij adolescenten. In dat verband maakt het Comité zich zorgen met betrekking tot verwondingen en sterfte als gevolg van verkeersongevallen waarnaar verhouding meer adolescenten het slachtoffer van zijn. De Verdragsluitende Staten moeten wetten en programma's uitwerken en uitvoeren om de verkeersveiligheid te verbeteren, zoals rijlessen en examens voor adolescenten en de aanvaarding en uitvoering van wetten waarvan men weet dat ze heel doeltreffend zijn, zoals de verplichting om een geldig rijbewijs te hebben, autogordels en valhelmen te dragen en het afbakenen van autovrije zones.

22. Het Comité is ook erg bezorgd over het hoge zelfmoordcijfer onder deze leeftijdsgroep. Geestesstoornissen en psychosociale ziekten komen tamelijk veel voor onder adolescenten. Vele landen kennen een stijging van het aantal symptomen zoals depressie, eetstoornissen en zelfdestructief gedrag, die soms tot zelfverminking en zelfmoord leiden. Dit kan onder andere gerelateerd zijn aan geweld, mishandeling, misbruik en verwaarlozing, waaronder ook seksueel misbruik, en onrealistisch hoge verwachtingen en/of bedreigingen of pesterijen in en buiten de school. De Verdragsluitende Staten moeten voor deze adolescenten in alle nodige diensten voorzien.

23. Geweld vloeit voort uit een complexe wisselwerking tussen individuele, familiale, gemeenschaps- en maatschappelijke factoren. Vooral kwetsbare adolescenten, zoals thuisloze adolescenten of adolescenten die in instellingen verblijven, die tot een bende behoren of die als kindsoldaten werden gerekruteerd, worden blootgesteld aan zowel institutioneel als interpersoonlijk geweld. Volgens artikel 19 van het Verdrag moeten de Verdragsluitende Staten alle passende maatregelen<sup>37</sup> nemen ter preventie en uitbanning van het aanwenden van: (a) institutioneel geweld tegen adolescenten, met inbegrip van wetten en bestuurlijke maatregelen met betrekking tot openbare en privé-instellingen voor adolescenten (scholen, instellingen voor gehandicapte adolescenten, heropvoedingsinstellingen voor de jeugd enz.); opleiding van en toezicht op het personeel van instellingen voor kinderen of personeel dat via het werk met kinderen in contact komt, zoals de politie; en (b) interpersoonlijk

---

<sup>37</sup> Zie de Dagen van Algemene Discussie over Geweld tegen Kinderen van het Comité voor de Rechten van het Kind, 2000 en 2001.



geweld tegen en tussen adolescenten, onder andere door bijstand aan ouders voor een passende opvoeding van hun kinderen en mogelijkheden, voor sociale en educatieve ontwikkeling tijdens de kindertijd; de ontwikkeling van geweldloze culturele normen en waarden (zoals voorzien in artikel 29 van het Verdrag); strenge controle van vuurwapens; en beperkingen qua toegang tot alcohol en drugs.

24. In het licht van de artikelen 3, 6, 12, 19 en 24.3 moeten de Verdragsluitende Staten alle doeltreffende maatregelen nemen om een einde te maken aan alle vormen van handelingen en activiteiten die het recht op leven van adolescenten bedreigen, zoals doden omwille van de eer. Het Comité dringt er bij de Verdragsluitende Staten op aan om bewustmakingscampagnes, onderwijsprogramma's en wetten uit te werken en uit te voeren gericht op het veranderen van heersende gebruiken, en de rolpatronen aanpakken toebedeeld aan mannen en vrouwen en stereotypen die bijdragen tot schadelijke traditionele praktijken. Verder moeten de Verdragsluitende Staten het oprichten vergemakkelijken van multidisciplinaire informatie- en adviescentra met betrekking tot de schadelijke aspecten van sommige schadelijke traditionele praktijken, zoals kindhuwelijken en genitale verminking van vrouwen.

25. Het Comité maakt zich zorgen over de invloed die de marketing van ongezonde producten en levensstijlen uitoefent op het gedrag van adolescenten met betrekking tot een gezonde levenswijze. In overeenstemming met artikel 17 van het Verdrag worden de Verdragsluitende Staten ertoe aangespoord om adolescenten te beschermen tegen informatie die schadelijk is voor hun gezondheid en ontwikkeling, daarbij het recht onderstempelend van adolescenten op toegang tot informatie en materiaal uit een verscheidenheid van nationale en internationale bronnen. Daarom worden de Verdragsluitende Staten ertoe aangespoord om informatie over en marketing van verslavende middelen zoals alcohol of tabak te reglementeren of te verbieden, vooral wanneer deze gericht zijn op kinderen en adolescenten<sup>38</sup>.

### **III. Informatie, het ontwikkelen van vaardigheden, counseling en diensten voor gezondheidszorg**

26. Adolescenten hebben recht op toegang tot passende informatie die van essentieel belang is voor hun gezondheid en hun ontwikkeling en voor het vermogen op een zinvolle manier in de samenleving te participeren. De

---

<sup>38</sup> Zoals voorgesteld op het Kader Congres over Tabakscontrole (2003).

Verdragsluitende Staten hebben de verplichting om te verzekeren dat alle adolescente jongens en meisjes, zowel op school als erbuiten, correcte en passende informatie krijgen, en niet worden ontzegd, over hoe ze hun gezondheid en ontwikkeling kunnen beschermen en gezond kunnen leven. Er moet onder andere informatie worden verschaft over het gebruik of misbruik van tabak, alcohol en andere middelen, over veilig en respectvol sociaal en seksueel gedrag, dieetgewoonten en lichaamsbeweging.

27. Om op passende wijze met de informatie om te gaan, moeten adolescenten vaardigheden ontwikkelen om een gezonde groei te bevorderen en bepaalde gezondheidsproblemen te voorkomen. Er zijn vaardigheden nodig zodat adolescenten in staat zijn om op doeltreffende wijze om te gaan met de eisen en uitdagingen die het dagelijkse leven hen stelt. Die levensnoodzakelijke vaardigheden omvatten onder andere weten hoe men voor zichzelf kan zorgen, bijvoorbeeld hoe men een evenwichtige voeding kan samenstellen en bereiden of hoe men er een goede persoonlijke hygiëne kan op nahouden; en vaardigheden om met bepaalde sociale situaties om te gaan, zoals interpersoonlijke communicatie, het nemen van beslissingen, omgaan met stress en conflicten. De Verdragsluitende Staten moeten initiatieven stimuleren en ondersteunen die bijdragen tot het verwerven van dergelijke vaardigheden, onder andere via formele en informele educatieve en opleidingsprogramma's, jeugdverenigingen en de media.

28. In het licht van de artikelen 3, 17 en 24 van het Verdrag, moeten de Verdragsluitende Staten adolescenten toegang verlenen tot seksuele en reproductieve voorlichting, met inbegrip van voorlichting over gezinsplanning en contraceptie, het gevaar van zwangerschap op jonge leeftijd, HIV/AIDS-preventie en preventie en behandeling van seksueel overdraagbare infecties. Daarnaast moeten de Verdragsluitende Staten toegang verzekeren tot passende informatie, ongeacht de huwelijkssituatie, en voorafgaande toestemming van de ouders of de voogden. Het is van essentieel belang om passende middelen en methodes voor informatieoverdracht te vinden die doeltreffend zijn en rekening houden met de specifieke eigenschappen en de specifieke rechten van adolescente meisjes en jongens. Daartoe worden de Verdragsluitende Staten aangemoedigd om te waarborgen dat adolescenten actief bij het uitwerken en het verspreiden van informatie worden betrokken via verschillende kanalen buiten de school, zoals jeugddiensten, de religieuze gemeenschap en religieuze groepen, en de media.

29. In artikel 24 van het Verdrag worden de Verdragsluitende Staten ertoe aangespoord om passende behandeling en rehabilitatie te voorzien voor

geestelijk gehandicapte adolescenten, om de gemeenschap bewust te maken van de vroege tekenen en symptomen en de ernst van die stoornissen en om adolescenten te beschermen tegen factoren die psychosociale stress veroorzaken. De Verdragsluitende Staten worden er ook toe aangespoord om discriminatie en stigmatisering te bestrijden die gepaard gaan met geestesstoornissen, in overeenstemming met hun verplichtingen volgens artikel 2. Elke adolescent met een geestesstoornis heeft het recht om zoveel mogelijk te worden behandeld en verzorgd in de gemeenschap waarin hij of zij leeft. Indien hospitalisatie of plaatsing in een psychiatrische instelling nodig is wegens geestelijke gestoordheid, moet die beslissing stroken met het principe van het belang van het kind. In geval van hospitalisatie of plaatsing in een instelling, moet de patiënt de grootst mogelijke kans krijgen op het genot van al zijn of haar rechten zoals deze in het Verdrag worden erkend, met inbegrip van het recht op onderwijs en het recht op toegang tot ontspanningsactiviteiten<sup>39</sup>. Waar nodig moeten adolescenten van volwassenen worden gescheiden. De Verdragsluitende Staten verzekeren dat adolescenten beroep kunnen doen op een persoonlijke vertegenwoordiger die geen familielid is, om hun belangen te verdedigen waar dit nodig en aangewezen is<sup>40</sup>. In overeenstemming met artikel 25 van het Verdrag moeten de Verdragsluitende Staten een periodieke evaluatie waarborgen van de plaatsing van adolescenten in ziekenhuizen of psychiatrische instellingen.

30. Adolescenten, zowel meisjes als jongens, lopen het risico met of door seksueel overdraagbare infecties, zoals HIV/AIDS, te worden besmet of getroffen<sup>41</sup>. De Verdragsluitende Staten moeten waarborgen dat passende goederen, voorzieningen en informatie voor de preventie en behandeling van seksueel overdraagbare infecties, zoals HIV/AIDS, beschikbaar en toegankelijk zijn. Hiertoe worden de Verdragsluitende Staten aangespoord om (a) doeltreffende preventieprogramma's te ontwikkelen, onder andere maatregelen om de culturele opvattingen over de behoefte van adolescenten aan contraceptie en preventie van seksueel overdraagbare infecties, en culturele en andere taboes rond seksualiteit in de adolescentie aan te pakken; (b) wetten aan te

---

<sup>39</sup> Zie voor verdere begeleiding de Beginselen voor de Bescherming van Personen met een Geestesziekte en de Bevordering van Geestelijke Gezondheidszorg, aangenomen door de Resolutie van de Algemene Vergadering nr. 46/119, 1991.

<sup>40</sup> 'Beginselen voor de bescherming van personen met een geestesziekte en de verbetering van de geestelijke gezondheidszorg', Resolutie van de Algemene Vergadering nr. 46/119 van 17 december 1991, in het bijzonder Beginselen 2, 3 en 7.

<sup>41</sup> Zie voor verdere begeleiding over dit onderwerp de Algemene Commentaar Nr. 3 (2003) van het Comité voor de Rechten van het Kind, handelend over HIV/AIDS en de Rechten van het Kind.

nemen ter bestrijding van praktijken die het risico van adolescenten op infecties vergroten, of bijdragen tot de marginalisering van adolescenten die al met HIV of een seksueel overdraagbare ziekte zijn besmet; (c) maatregelen te nemen om alle barrières op te heffen die de toegang van adolescenten tot informatie, preventieve maatregelen zoals het gebruik van condooms, en verzorging in de weg staan.

31. Adolescente meisjes moeten toegang hebben tot informatie over de negatieve impact van huwelijk en zwangerschap op jonge leeftijd en zwangere tienermeisjes moeten toegang hebben tot diensten voor gezondheidszorg die rekening houden met hun specifieke eigenschappen en rechten. De Verdragsluitende Staten moeten maatregelen nemen om bij adolescente meisjes ziekte en sterfte als gevolg van zwangerschap te reduceren, vooral indien dit het gevolg is van een te vroege zwangerschap en onveilige abortuspraktijken, en om adolescente moeders en vaders in hun ouderschap te ondersteunen. Jonge moeders, vooral indien ze geen steun krijgen, kunnen slachtoffer worden van depressies en angsten, waarbij hun vermogen om voor hun kind te zorgen in gevaar komt. Het Comité spoort de Verdragsluitende Staten ertoe aan om (a) programma's uit te werken en toe te passen die de toegang waarborgen tot diensten voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg, met inbegrip van gezinsplanning, contraceptieve methoden en diensten voor veilige abortus in situaties waarin abortus wettelijk toegelaten is, passende allesomvattende kraamzorg en counseling; (b) een positieve en ondersteunende houding tegenover ouderschap in de adolescentie aanmoedigen, voor moeders en vaders; en (c) positieve beleidsplannen te ontwikkelen om adolescente moeders de kans te bieden verder naar school te gaan.

32. Voordat de ouders hun toestemming geven, moeten adolescenten de kans krijgen hun mening vrijelijk te uiten en moet hieraan passend belang worden gehecht, in overeenstemming met artikel 12 van het Verdrag. Indien de adolescent echter voldoende rijpheid heeft bereikt, zal van de adolescent zelf geïnformeerde toestemming worden verkregen, terwijl ook de ouders worden geïnformeerd indien dit "in het belang van het kind is" (artikel 3).

33. Met betrekking tot de privacy en vertrouwelijkheid, en de aanverwante kwestie van geïnformeerde toestemming voor behandeling, moeten de Verdragsluitende Staten (a) wetten of reglementeringen uitvaardigen om te waarborgen dat vertrouwensdiensten en geïnformeerde toestemming van adolescenten worden voorzien voor behandeling, door ofwel een bepaalde leeftijd vast te leggen, of door te verwijzen naar de zich ontwikkelende vermogens van het kind; en (b) opleiding verzekeren voor personeel in de

gezondheidszorg inzake het recht van adolescenten op privacy en vertrouwelijkheid, het recht geïnformeerd te zijn over de geplande behandeling en het recht geïnformeerde toestemming te geven voor de behandeling.

#### **IV. Kwetsbaarheid en risico**

34. Bij het waarborgen van het recht van adolescenten op gezondheid en ontwikkeling moet men rekening houden met zowel het individuele gedrag als met de omgevingsfactoren die de kwetsbaarheid en het risico vergroten. Omgevingsfactoren, zoals gewapend conflict of sociale uitsluiting, vergroten de kwetsbaarheid van adolescenten voor misbruik en andere vormen van geweld en exploitatie, waarbij de capaciteiten van adolescenten om individueel gezond gedrag te stellen, sterk worden ingeperkt. Individueel gedrag zoals onveilig vrijen verhogen voor adolescenten het risico van een slechte gezondheid.

35. In overeenstemming met artikel 23 van het Verdrag hebben adolescenten met een geestelijke en/of een lichamelijke handicap evenveel recht op de hoogst mogelijke norm inzake lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg. De Verdragsluitende Staten hebben de verplichting om voor gehandicapte adolescenten in de nodige middelen te voorzien om hun rechten te verwezenlijken<sup>42</sup>. De Verdragsluitende Staten moeten (a) waarborgen dat er voorzieningen, goederen en diensten voor gezondheidszorg voorhanden en toegankelijk zijn voor alle adolescenten met een handicap en dat die voorzieningen en diensten hun zelfstandigheid en actieve participatie in de gemeenschap bevorderen; (b) waarborgen dat de nodige uitrusting en persoonlijke ondersteuning beschikbaar zijn zodat ze zich kunnen verplaatsen, kunnen participeren en communiceren; (c) bijzondere aandacht schenken aan de speciale seksuele behoeften van gehandicapte adolescenten; en (d) de barrières wegnemen die voor adolescenten met een handicap een belemmering vormen om hun rechten te verwezenlijken.

36. De Verdragsluitende Staten moeten speciale bescherming voorzien voor thuisloze adolescenten, met inbegrip van adolescenten die in de informele sector werken. Thuisloze adolescenten zijn bijzonder kwetsbaar voor geweld, misbruik en seksuele uitbuiting, zelfdestructief gedrag, druggebruik en geestesstoornissen. In dit verband moeten de Verdragsluitende Staten (a) beleidsplannen ontwikkelen en wetten uitwerken en uitvoeren die deze adolescenten tegen geweld te beschermen, bv. via de ordehandhaving; (b)

---

<sup>42</sup> VN-standaardvoorschriften inzake Gelijke Kansen voor Personen met een Handicap.

strategieën ontwikkelen voor het voorzien van passend onderwijs en toegang tot gezondheidszorg, en van mogelijkheden voor de ontwikkeling van levensnoodzakelijke vaardigheden.

37. Seksueel uitgebuite adolescenten, met inbegrip van de slachtoffers van prostitutie en de porno-industrie, worden blootgesteld aan grote risico's voor de gezondheid, zoals het risico van seksueel overdraagbare ziekten, HIV/AIDS, ongewenste zwangerschap, onveilige abortus, geweld en psychologische problemen. Ze hebben recht op lichamelijk en geestelijk herstel, en op sociale herintegratie in een omgeving die bevorderlijk is voor hun gezondheid, zelfrespect en waardigheid (artikel 39). De Verdragsluitende Staten hebben de verplichting wetten uit te werken en uit te vaardigen om alle vormen van seksuele uitbuiting en de daarmee gepaard gaande mensenhandel te verbieden; om met andere Verdragsluitende Staten samen te werken om de grensoverschrijdende mensenhandel uit te bannen; en om in passende diensten voor gezondheidszorg en counseling te voorzien voor seksueel misbruikte adolescenten, garanderend dat deze laatsten als slachtoffers en niet als misdadigers worden behandeld.

38. Bovendien kunnen adolescenten die in armoede leven, gewapende conflicten meemaken of alle vormen van onrechtvaardigheid, een uiteenvallen van het gezin, politieke, sociale en economische onstabiliteit, en alle vormen van migratie, bijzonder kwetsbaar zijn. Die situaties kunnen hun gezondheid en ontwikkeling ernstig belemmeren. Door zwaar te investeren in een preventief beleid en preventieve maatregelen kunnen de Verdragsluitende Staten de kwetsbaarheid en risicofactoren drastisch terugdringen. Verder zullen ze de maatschappij rendabele benaderingen bieden om te waarborgen dat adolescenten zich op harmonieuze wijze in een vrije samenleving ontwikkelen.

## **V. De verplichtingen van de Staten**

39. Voor elke verplichting met betrekking tot de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten moeten de Verdragsluitende Staten altijd ten volle rekening houden met de algemene Verdragsbeginselen, namelijk met de beginselen van non-discriminatie, het belang van het kind, het recht op leven, overleven en ontwikkeling, en respect voor de mening van het kind. Het Comité is van oordeel dat de Verdragsluitende Staten alle passende wettelijke, bestuurlijke en andere maatregelen moeten nemen voor de verwezenlijking van en het toezicht op het recht van adolescenten op gezondheid en ontwikkeling zoals dit in het Verdrag is

erkend. Daartoe moeten de Verdragsluitende Staten vooral de volgende in het Verdrag vastgelegde verplichtingen naleven:

- (a) voor adolescenten een veilige en ondersteunende omgeving creëren, ook binnen hun familie, op school, in alle types van instellingen, op de werkvloer en/of in de maatschappij in ruime zin;
- (b) verzekeren dat adolescenten toegang hebben tot passende informatie die van essentieel belang is voor hun gezondheid en ontwikkeling en die de mogelijkheid biedt om te participeren in besluitvormingsprocessen die hun gezondheid aanbelangen (vooral via geïnformeerde toestemming en het recht op vertrouwelijkheid), levensbelangrijke vaardigheden te verwerven, passende informatie te krijgen in overeenstemming met hun leeftijd, en te onderhandelen over de keuzes die ze maken betreffende gedragingen die van belang zijn voor hun gezondheid;
- (c) waarborgen dat kwaliteitsvolle voorzieningen, goederen en diensten voor gezondheidszorg beschikbaar en overal toegankelijk zijn, die rekening houden met de eigenheid van de adolescent, met inbegrip van counseling en diensten voor geestelijke, seksuele en reproductieve gezondheidszorg;
- (d) verzekeren dat adolescente meisjes en jongens de kans krijgen om actief deel te nemen aan het plannen en uitstippelen van hun eigen gezondheid en ontwikkeling;
- (e) adolescenten beschermen tegen alle vormen van arbeid die het genot van hun rechten in gevaar kan brengen, vooral door alle vormen van minderjarige arbeid af te schaffen en door de werkomgeving en arbeidsomstandigheden te reglementeren in overeenstemming met de internationale maatstaven;
- (f) adolescenten beschermen tegen alle vormen van opzettelijke en onopzettelijke verwondingen, met inbegrip van geweld en verkeersongevallen;
- (g) adolescenten beschermen tegen alle schadelijke traditionele praktijken, zoals huwelijk op jonge leeftijd, doden omwille van de eer en genitale verminking van vrouwen;
- (h) waarborgen dat bij de naleving van de hierboven genoemde verplichtingen ten volle rekening wordt gehouden met adolescenten die tot bijzonder kwetsbare groepen behoren;

- (i) maatregelen invoeren ter preventie van geestesstoornissen en het bevorderen van de geestelijke gezondheid van adolescenten.

40. Het Comité wijst de Verdragsluitende Staten op de Algemene Commentaar Nr. 14 van het Comité voor Economische, Sociale en Culturele Rechten (CESCR), die stelt dat: “de Verdragsluitende Staten een veilige en ondersteunende omgeving moeten creëren voor adolescenten, die hen de mogelijkheid biedt om deel te nemen aan besluitvormingsprocessen die hun gezondheid betreffen, levensnoodzakelijke vaardigheden te ontwikkelen, passende informatie te verwerven, counseling te krijgen en te onderhanden over de keuzes die ze maken inzake gedragingen die van belang zijn voor hun gezondheid. De verwezenlijking van het recht van adolescenten op gezondheid is afhankelijk van het voorzien van gezondheidszorg die rekening houdt met de eigenheid van adolescenten, die de vertrouwelijkheid en privacy respecteert en passende diensten voor seksuele en reproductieve gezondheidszorg omvat.”

41. In overeenstemming met de artikelen 24, 39 en andere aanverwante bepalingen van het Verdrag, moeten de Verdragsluitende Staten diensten voor gezondheidszorg verzekeren die rekening houden met de bijzondere behoeften en mensenrechten van alle adolescenten door aandacht te schenken aan de volgende eigenschappen:

- (a) *Beschikbaarheid*. Basisgezondheidszorg moet diensten omvatten die rekening houden met de behoeften van adolescenten, met bijzondere aandacht voor de seksuele, reproductieve en geestelijke gezondheid.
- (b) *Toegankelijkheid*. Voorzieningen, goederen en diensten voor gezondheidszorg moeten bekend zijn bij en makkelijk toegankelijk zijn voor alle adolescenten, zonder enige discriminatie. Dit omvat economische, lichamelijke en sociale toegankelijkheid. Indien nodig moet vertrouwelijkheid worden gegarandeerd.
- (c) *Aanvaardbaarheid*. Ten volle rekening houdend met de bepalingen en beginselen van het Verdrag, moeten alle voorzieningen, goederen en diensten de culturele waarden respecteren, rekening houden met het geslacht, de medische ethiek respecteren en aanvaardbaar zijn voor zowel adolescenten als voor de gemeenschap waarin ze leven.
- (d) *Kwaliteit*. Diensten en goederen voor gezondheidszorg moeten wetenschappelijk en medisch geschikt zijn, dit vereist personeel dat bekwaam is om adolescenten te verzorgen, passende voorzieningen en wetenschappelijk aanvaarde methoden.



42. De Verdragsluitende Staten moeten, waar mogelijk, een multisectorale benadering hanteren voor de bevordering en bescherming van de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten door het instellen te vergemakkelijken van doeltreffende en duurzame verbanden en partnerships tussen alle relevante actoren. Op het nationale niveau vraagt een dergelijke benadering een nauwe en systematische samenwerking en coördinatie binnen de Regering, om de noodzakelijke betrokkenheid van alle relevante regeringsafdelingen te verzekeren. Diensten voor volksgezondheid en andere diensten waarop adolescenten een beroep doen, moeten ook worden aangemoedigd en bijgestaan bij het zoeken naar samenwerking met, onder andere, privé- en/of traditionele artsen, professionele organisaties, apotheken en organisaties voor dienstverlening aan kwetsbare groepen adolescenten.

43. Een multisectorale benadering van de bevordering en bescherming van de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten zal niet doeltreffend zijn zonder internationale samenwerking. Daarom moeten de Verdragsluitende Staten, waar nodig, samenwerking zoeken met gespecialiseerde instanties, programma's en organen van de Verenigde Naties, internationale NGO's en bilaterale hulporganisaties, internationale professionele verenigingen en andere niet-staatsgebonden actoren.



# Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

(B.S. 26 september 2002; erratum, B.S. 20 december 2002)

## HOOFDSTUK I. — *Algemene bepaling*

**Art. 1.** Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

## HOOFDSTUK II. — *Definities en toepassingsgebied*

**Art. 2.** Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder:

1° patiënt: de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;

2° gezondheidszorg: diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;

3° beroepsbeoefenaar: de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsnijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

**Art. 3.** § 1. Deze wet is van toepassing op privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt.

§ 2. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de in artikel 16 bedoelde commissie kan de Koning nadere regels bepalen inzake de toepassing van de wet op door Hem te omschrijven in § 1 bedoelde rechtsverhoudingen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming.

**Art. 4.** In de mate waarin de patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden. In het belang van de patiënt pleegt hij desgevallend multidisciplinair overleg.

### HOOFDSTUK III. — *Rechten van de patiënt*

**Art. 5.** De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.

**Art. 6.** De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

**Art. 7.** § 1. De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.

§ 2. De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke taal. De patiënt kan erom verzoeken dat de informatie hem schriftelijk wordt bevestigd. Op schriftelijk verzoek van de patiënt kan de informatie worden meegedeeld aan een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Dit verzoek van de patiënt en de identiteit van deze vertrouwenspersoon worden opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 3. De informatie wordt niet aan de patiënt verstrekt indien deze hierom uitdrukkelijk verzoekt tenzij het niet meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt of derden oplevert en mits de beroepsbeoefenaar hierover voorafgaandelijk een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd en de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon, bedoeld in § 2, derde lid, heeft gehoord. Het verzoek van de patiënt wordt opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 4. De beroepsbeoefenaar mag de in § 1 bedoelde informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voorzover het meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen en mits de beroepsbeoefenaar hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd. In dergelijk geval voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier en licht hij de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon bedoeld in § 2, derde lid, in. Zodra het meedelen van de

informatie niet langer het in het eerste lid bedoelde nadeel oplevert, moet de beroepsbeoefenaar de informatie alsnog meedelen.

**Art. 8.** § 1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden. Op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in § 1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.

§ 3. De in § 1 bedoelde informatie wordt voorafgaandelijk en tijdig verstrekt en onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten voorzien in § 2 en § 3 van artikel 7.

§ 4. De patiënt heeft het recht om de in § 1 bedoelde toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken. Op verzoek van de patiënt of de beroepsbeoefenaar wordt de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier. De weigering of intrekking van de toestemming heeft niet tot gevolg dat het in artikel 5 bedoelde recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking jegens de beroepsbeoefenaar ophoudt te bestaan. Indien de patiënt toen hij nog in staat was de rechten zoals vastgelegd in deze wet uit te oefenen, schriftelijk te kennen heeft gegeven zijn toestemming tot een welomschreven tussenkomst van de beroepsbeoefenaar te weigeren, dient deze weigering te worden geëerbiedigd zolang de patiënt ze niet herroept op een moment dat hij in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen.

§ 5. Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger zoals bedoeld in hoofdstuk IV, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De beroepsbeoefenaar maakt hiervan melding in het in artikel 9 bedoelde

patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen van de voorgaande paragrafen.

**Art. 9.** § 1. De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbeoefenaar door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.

§ 2. De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier. Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven. De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten. Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de in het derde lid bedoelde persoonlijke notities. Indien het patiëntendossier een schriftelijke motivering bevat zoals bedoeld in artikel 7, § 4, tweede lid, die nog steeds van toepassing is, oefent de patiënt zijn inzagerecht uit via een door hem aangewezen beroepsbeoefenaar, die ook inzage heeft in de in het derde lid, bedoelde persoonlijke notities.

§ 3. De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, tegen kostprijs, overeenkomstig de in § 2 bepaalde regels. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is. De beroepsbeoefenaar weigert dit afschrift indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mee te delen.

§ 4. Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het in § 2 bedoelde recht op inzage voorzover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de in § 2, derde lid, bedoelde persoonlijke notities.

**Art. 10.** § 1. De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid. De patiënt heeft recht op respect voor zijn intimiteit. Behoudens akkoord van de patiënt, kunnen enkel de personen waarvan de aanwezigheid is verantwoord in het kader

van de dienstverstrekking van de beroepsbeoefenaar, aanwezig zijn bij de zorg, de onderzoeken en de behandelingen.

§ 2. Geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht dan voor zover het bij wet is voorzien en nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid of voor de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen.

**Art. 11.** § 1. De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

§ 2. De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten:

1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;

2° het bemiddelen bij de in § 1 bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;

3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing;

4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;

5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in § 1 bedoelde klacht.

§ 3. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad regelt de Koning de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie dient te voldoen wat betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, de organisatie, de werking, de financiering, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

#### HOOFDSTUK IV. — *Vertegenwoordiging van de patiënt*

**Art. 12.** § 1. Bij een patiënt die minderjarig is, worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd.

§ 2. De patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. De in deze wet opgesomde rechten kunnen door de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zelfstandig worden uitgeoefend.

**Art. 13.** § 1. Bij een meerderjarige patiënt die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door zijn ouders of door zijn voogd.

§ 2. De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

**Art. 14.** § 1. Bij een meerderjarige patiënt die niet valt onder e´e´n van de in artikel 13 bedoelde statuten, worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen. De aanwijzing van de in het eerste lid bedoelde persoon, verder « de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger » genoemd, geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt. Dit mandaat kan door de patiënt of door de door hem benoemde vertegenwoordiger via een gedagtekend en ondertekend geschrift worden herroepen.

§ 2. Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger benoemd of treedt de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger niet op dan worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner. Indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt. Indien ook een dergelijke persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt. Dit is eveneens het geval bij conflict tussen twee of meer van de in deze paragraaf genoemde personen.

§ 3. De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

**Art. 15.** § 1. Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt zoals bedoeld in artikel 10, kan de betrokken beroepsbeoefenaar het verzoek van de in artikel 12, 13 en 14 bedoelde persoon om inzage of afschrift zoals bedoeld in artikel 9, § 2, of § 3, geheel of gedeeltelijk weigeren. In dergelijk geval wordt het recht op inzage of afschrift uitgeoefend door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.

§ 2. In het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden, wijkt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, af van de beslissing genomen door de in artikel 12, 13 en 14, § 2, bedoelde persoon.



Indien de beslissing genomen werd door een in artikel 14, § 1, bedoelde persoon, wijkt de beroepsbeoefenaar hiervan slechts af voor zover die persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt.

§ 3. In de gevallen van § 1, en § 2, voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier.

#### HOOFDSTUK V. — *Federale commissie « Rechten van de patiënt »*

**Art. 16.** § 1. Bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu wordt een Federale commissie « Rechten van de patiënt » opgericht.

§ 2. Bedoelde commissie heeft tot taak:

1° verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden;

2° op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars;

3° evalueren van de toepassing van de rechten bepaald in deze wet;

4° evalueren van de werking van de ombudsfuncties;

5° behandelen van klachten omtrent de werking van een ombudsfunctie.

§ 3. Bij de commissie wordt een ombudsdienst opgericht. Deze is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, door te verwijzen naar de bevoegde ombudsfunctie of bij ontstentenis hiervan, deze zelf te behandelen, zoals bedoeld in artikel 11, § 2, 2°, en 3°.

§ 4. De Koning bepaalt nadere regelen inzake de samenstelling en de werking van de Federale commissie « Rechten van de patiënt ». In de samenstelling wordt een evenwichtige verhouding gewaarborgd tussen vertegenwoordigers van de patiënten, van de beroepsbeoefenaars, de ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 2, *i*, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Als leden met raadgevende stem kunnen eveneens ambtenaren van betrokken ministerieel departementen of overheidsdiensten worden voorzien.

§ 5. Het secretariaat van de commissie wordt waargenomen door de ambtenaar-generaal aangeduid door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid.

**Art. 17.** In de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In titel 1 wordt een hoofdstuk V (nieuw) ingevoegd, luidend als volgt: «HOOFDSTUK V. - Naleving van de rechten van de patiënt.»;

2° Er wordt een artikel 17*novies* ingevoegd, luidend als volgt: Art. 17*novies*. Ieder ziekenhuis leeft, binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt. Bovendien waakt ieder ziekenhuis erover dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen. Ieder ziekenhuis waakt erover dat alle klachten in verband met de naleving van het vorig lid, kunnen worden neergelegd bij de in artikel 70*quater* bedoelde ombudsfunctie om er te worden behandeld. Op zijn verzoek heeft de patiënt het recht om uitdrukkelijk en voorafgaandelijk informatie inzake de in het eerste lid bedoelde rechtsverhoudingen te ontvangen die door de Koning wordt bepaald na advies van de in artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bedoelde commissie. Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen, begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars, in verband met de eerbiediging van de in deze wet bepaalde rechten van de patiënt, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door beroepsbeoefenaars ten aanzien van wie in de in het vorige lid bedoelde informatie uitdrukkelijk anders is bepaald. »;

3° Er wordt een artikel 70*quater* ingevoegd, luidend als volgt: « Art. 70*quater*. Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend.»

**Art. 18.** § 1. Het eerste lid van artikel 10, § 2, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, zoals gewijzigd door de wet van 11 december 1998 wordt als volgt gewijzigd: « Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 9, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, heeft elke persoon het recht om hetzij op rechtstreekse wijze hetzij met behulp van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg kennis te krijgen van de persoonsgegevens die betreffende zijn gezondheid worden verwerkt. »

§ 2. Het tweede lid van artikel 10, § 2, van dezelfde wet, wordt als volgt gewijzigd: « Onverminderd het bepaalde in artikel 9, § 2, van voornoemde wet, kan op verzoek van de verantwoordelijke van de verwerking of op verzoek van de betrokkene, de mededeling gebeuren door tussenkomst van een door de betrokkene gekozen beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. »

**Art. 19.** Artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt vervangen door de volgende bepaling: « Art. 95. - Medische informatie - De door de verzekerde gekozen arts kan de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen afleveren die voor het sluiten of het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn. Deze verklaringen beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand. Deze verklaringen mogen uitsluitend aan de adviserend arts van de verzekeraar worden bezorgd. Deze mag de verzekeraar geen informatie geven die niet-pertinent is gezien het risico waarvoor de verklaringen werden opgemaakt of betreffende andere personen dan de verzekerde. Het medisch onderzoek, noodzakelijk voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst, kan slechts steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand van de kandidaatverzekerde en niet op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen. Mits de verzekeraar aantoont de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, geeft de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak. Wanneer er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, bezorgt de adviserend arts de geneeskundige verklaringen, op hun verzoek, terug aan de verzekerde of, in geval van overlijden, aan zijn rechthebbenden.



## Aanbevelingen van de Kinderrechtencoalitie betreffende rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg

1. De maatschappelijke positie van de minderjarige maakte de voorbije decennia een hele evolutie door. De afhankelijke en onmondige minderjarige evolueert langzaam maar zeker naar een minderjarige die drager is van fundamentele rechten en in bepaalde gevallen deze rechten ook zelfstandig kan uitoefenen. De Kinderrechtencoalitie stelt deze evolutie met genoeg vast en tracht mee te werken aan de verdere emancipatie van de minderjarige.

2. Deze evolutie, waarbij bijzondere aandacht uitgaat naar participatierechten van minderjarigen, zet zich ook door in specifieke sectoren als de gezondheidszorg. Het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind speelde hierin zonder twijfel een katalyserende rol. Complementair aan dit Kinderrechtenverdrag moet de positie van de minderjarige in de gezondheidszorg ook begrepen worden vanuit het *Algemeen Commentaar Nr. 4* van het Comité voor de Rechten van het Kind m.b.t. de *gezondheid en ontwikkeling van adolescenten en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind*. Centraal hierin staat het concept van "gezondheid en ontwikkeling", waarbij bijzondere aandacht uitgaat naar het verzekeren van de hoogst mogelijke graad van gezondheid, het bereiken van een harmonische ontwikkeling, voldoende voorbereid zijn op het volwassen leven en in hun gemeenschap en in de maatschappij het algemeen een constructieve rol aannemen.

3. Ondanks een aantal recente maatschappelijke evoluties stelt de Kinderrechtencoalitie vast dat de rechtspositie van de minderjarige in de hulpverlening in het algemeen en in de gezondheidszorg in het bijzonder relatief zwak is. De *Wet betreffende de Rechten van de Patiënt van 22 augustus 2002* trachtte deze situatie te wijzigen voor wat betreft de rechtspositie van de minderjarige in de gezondheidszorg.

4. Deze wet kent aan patiënten een aantal fundamentele rechten toe, ook aan de minderjarige patiënt. De Kinderrechtencoalitie is verheugd met de aanname van deze wet, en meer bepaald met artikel 12 van de wet die de rechten van de minderjarige patiënt regelt. Hiermee komt de federale overheid tegemoet aan een eis van de NGO-wereld zoals die werd bepleit in het Alternatieve Rapport van de Kinderrechtencoalitie aan het Comité voor de Rechten van het Kind in het kader van de ratificatie van het Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

5. Hoewel met de Wet betreffende de rechten van de patiënt duidelijkheid is geschapen over de rechtspositie van de minderjarige in de gezondheidszorg vindt de Kinderrechtencoalitie het jammer dat deze wet slechts een bevestiging is van een bestaande praktijk, en dat de wetgever er niet in geslaagd is een meer emanciperende regelgeving uit te werken voor de minderjarige patiënt.

6. Zo blijft een grote rechtsonzekerheid bestaan voor de minderjarige in het kader van de wet op de patiëntenrechten wanneer het gaat over de beoordeling van het concept van "maturiteit". De Kinderrechtencoalitie pleit daarom dan ook voor een bijzondere aandacht en respect voor de eigen inbreng van de minderjarige patiënt. Noodzakelijke aandacht en initiatieven zullen dan ook ondernomen moeten worden om de evolutie naar een meer kindvriendelijke attitude bij beroepsbeoefenaars in de zorg voor minderjarigen te bewerkstelligen.

7. Naast actieve deelname aan het individuele hulpverleningsproces dient de minderjarige ook betrokken te worden in het beleid van de gezondheidsvoorzieningen. Structurele inspraakstructuren en belangenverenigingen van minderjarigen kunnen hierin ondersteunend werken. Jammer genoeg stelt de Kinderrechtencoalitie vast dat dergelijke initiatieven op weinig steun kunnen rekenen.

8. Vanuit een kinderrechtenperspectief draagt de Kinderrechtencoalitie het principe van rechtsbescherming hoog in het vaandel. De Kinderrechtencoalitie is daarom zeer verheugd dat in de wet betreffende de rechten van de patiënt bijzondere

aandacht wordt besteed aan een klachtrecht. De Kinderrechtencoalitie is echter bezorgd omtrent de werking van de ombudsdiensten die instaan voor de klachtenbehandeling m.b.t. de rechten in het kader van deze wet. Meer bepaald spreekt de Kinderrechtencoalitie zijn bezorgdheid uit over de noodzakelijke onafhankelijkheid van deze diensten. Tevens bestaat onduidelijkheid over de noodzakelijke kindgerichtheid van deze ombudsdiensten.

9. De Kinderrechtencoalitie vindt het tevens een gemiste kans dat naar aanleiding van de wet betreffende de rechten van de patiënt geen werk is gemaakt van een grondige hervorming van het rechtsstatuut van de minderjarige in de hulpverlening. Samenwerking met de gemeenschapsoverheden had ervoor kunnen zorgen dat een éénduidig rechtsstatuut voor de minderjarige in de hulpverlening tot stand kwam. Door de aanname van de wet op de rechten van de patiënten raakt de wetgeving m.b.t. de rechtspositie van de minderjarige in de hulpverlening nog meer versnipperd en nog meer onduidelijk voor de betrokken minderjarigen. De Kinderrechtencoalitie wees reeds op dit probleem in haar alternatief rapport, waar zij stelde: *“De bepaling van de wettelijke minimumleeftijd voor het uitoefenen van bepaalde rechten en plichten, gebeurt geval per geval. Hoewel we voor sommige gevallen de noodzaak kunnen begrijpen om de leeftijd aan te passen aan het soort recht of verplichting in kwestie, stoten we hieromtrent momenteel echter op heel wat verwarring, wat ertoe kan leiden dat sommigen denken dat ze niet de vereiste leeftijd hebben voor het uitoefenen van bepaalde rechten.”*

10. Gezien de bezorgdheden van de Kinderrechtencoalitie m.b.t. de wet op de rechten van de patiënt en de onduidelijkheden waarmee deze wet kampt pleit de Kinderrechtencoalitie ervoor dat:

- (a) Verder werk wordt gemaakt van een eenduidig statuut voor minderjarigen in de hulpverlening met een harmonisering van de leeftijdscriteria waar mogelijk en wenselijk, over sectoren en beleidsbevoegdheden heen;

- (b) Hierbij dient aandacht besteed te worden aan een sterkere rechtspositie van de minderjarige;
- (c) Initiatieven worden genomen waarbij kinderen en jongeren geïnformeerd worden over hun rechten in de gezondheidszorg;
- (d) Voldoende aandacht wordt besteed aan rechten van minderjarigen in de opleiding van de beroepsbeoefenaars;
- (e) Kinderen en jongeren moeten de garantie krijgen om actief deel te nemen aan structurele inspraakstructuren binnen de gezondheidszorg;
- (f) De ombudsdiensten die instaan voor de klachtenbehandeling van de patiënten onafhankelijk opereren van zorginstellingen. Deze ombudsdiensten dienen bijzondere aandacht te besteden aan de minderjarige patiënt;
- (g) De klachtenbehandeling tijdens de klachtenprocedure dient fundamentele rechtswaarborgen (beperking van de duur van de afhandeling van de klacht, het recht gehoord te worden, rechtsbijstand door een raadsman, mogelijkheid tot hoger beroep) te garanderen;
- (h) Binnen de Federale Commissie rechten van de patiënt een werkgroep minderjarigen wordt opgericht die de specifieke belangen van kinderen en jongeren opvolgt in het kader van de toepassing van de wet, en desgevallend advies kan verlenen tot bijsturing van de wet.



## Aanbevolen literatuur

### Literatuur

Committee on the Rights of the Child, Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child, General Comment No. 4, 2003, <http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/doc/comment/adohealth.doc>. Officieuze Nederlandse vertaling. Zie: KIDS, II, 2.1.B. Verdrag inzake de Rechten van het Kind – Comité voor de Rechten van het Kind – 19 mei-6 juni – Algemeen Commentaar nr. 4 (2003) – De gezondheid en ontwikkeling van adolescenten, 188-202.

de Thibault de Boesinghe, L., Enkele aspecten van medische deontologie, in: Verhellen, E., Spiesschaert, F. & Cattrijsse, L. (Ed.), Rechten van kinderen. Een tekstbundel van de Rijksuniversiteit Gent naar aanleiding van de UNO-Conventie voor de Rechten van het Kind, Kluwer Rechtswetenschappen, Antwerpen, 1989.

Hermans, H.E.G.M., Gezondheidsrecht en minderjarigen. De rechtspositie van minderjarigen in de gezondheidszorg, Kluwer-Deventer, 1990.

Kinderrechtencommissariaat, De Rechten van de minderjarige patiënt. Advies voor de Commissie voor Volksgezondheid, Leefmilieu en Maatschappelijke Hernieuwing, te raadplegen op: [http://www.kinderrechten.be/IUSR/adviezen/Adviezen/2000-2001\\_4\\_Rechten\\_van\\_de\\_minderjarige\\_patiënt.doc](http://www.kinderrechten.be/IUSR/adviezen/Adviezen/2000-2001_4_Rechten_van_de_minderjarige_patiënt.doc).

Morbe, E., De Wet betreffende de rechten van de patiënt, UGA, Heule, 2003.

Nieuwsbrief Jeugdrecht, Rechten van de patiënt, september/oktober 2002.

Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens en de Biogeneeskunde (EVRMBio), Raad van Europa, 1997, te raadplegen op: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc>.

Schweitzer, M. & Puig-Vergès, N., The Child and Its Health: Consent and Medical Interventions, in: Verhellen, E., Monitoring Children's Rights, Kluwer Law International, 1996.

Theunis, M., Rechten van het Kind in het ziekenhuis: Recht op informatie, in: Verhellen, E., Spiesschaert, F. & Cattrijsse, L. (Ed.), Rechten van kinderen. Een

tekstbundel van de Rijksuniversiteit Gent naar aanleiding van de UNO-Conventie voor de Rechten van het Kind, Kluwer Rechtswetenschappen, Antwerpen, 1989.

Vansweevelt, T., De Rechtspositie van de minderjarige in het gezondheidsrecht, in het bijzonder in het licht van het V.N.-Verdrag inzake de Rechten van het Kind, de Wet Patiëntenrechten en de Euthanasiewet, in: Kinderrechtengids, Centrum voor de Rechten van het Kind, Universiteit Gent, Gent, Mys & Breesch, 2004.

Vansweevelt, T., Onbekwamen: de Wet patiëntenrechten en de euthanasiewet, in: Senaeve, P. & Swennen, F., (eds.), De hervormingen in het personen- en familierecht 2002-2003, Intersentia, Antwerpen, 2003.

Vansweevelt, T., Persoonlijksrechten van minderjarigen en grenzen van het ouderlijk gezag: de toestemming van de minderjarige in een medische behandeling, in: Heyvaert, A., Kruithof, R., Vansweevelt, T., (Eds.), Juridische aspecten van de geneeskunde, 1989.

Verklaring betreffende de promotie van de rechten van de patiënt in Europa (Verklaring van Amsterdam), Wereldgezondheidsorganisatie, 1994, [http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR\\_ICP\\_HLE\\_121.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HLE_121.pdf).

Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, B.S. 26 september 2002.

World Medical Association, Declaration of Ottawa on the Rights of the Child for Health Care, 1998, <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/ottawa.html>.

### **Websites**

Vlaams Patiëntenplatform

<http://www.vlaamspatientenplatform.be>.

Website over de wet op de patiëntenrechten

<http://www.health.fgov.be/vesalius/factory/news/DROITPATIENT/default.htm>.

Gezondheid.be, de gezondheidssite voor Vlaanderen

[http://new.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=1369](http://new.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=1369).

Wereldgezondheidsorganisatie

<http://www.who.int/en/>.

Wereldgezondheidsorganisatie-Europa  
<http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Home/TopPage>.



## Over de deelnemers

**Debbie Mannaerts** is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de **vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen van de Universiteit Gent**. Zij werkt samen met professor Freddy Mortier aan een project dat in het teken staat van de vraag naar de relatie tussen enerzijds de psychologische competentie van kinderen om medische beslissingen te maken/geïnformeerde toestemming te geven en anderzijds de rechten van kinderen in de gezondheidszorg. Wat zijn hierover de bevindingen, wat dient nog onderzocht te worden, wat zijn de problemen inzake participatie van minderjarigen in de gezondheidszorg? Er wordt o.a. ook eigen empirisch onderzoek verricht rond de kwaliteit van de toestemming van minderjarigen en hun ouders om te participeren in een clinical trial. Contact: [Debbie.Mannaerts@UGent.be](mailto:Debbie.Mannaerts@UGent.be).

**Ilse Weeghmans** is stafmedewerker bij het **Vlaams Patiëntenplatform vzw**. Het Vlaams Patiëntenplatform is een onafhankelijke koepelorganisatie van Vlaamse patiëntenverenigingen die streeft naar een toegankelijke zorg op maat voor de patiënt en zijn omgeving. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw wenst dat de patiënten op actieve wijze deelnemen aan het gezondheidsbeleid en de gezondheidszorg. De projecten van het Vlaams Patiëntenplatform worden gedragen door ervaringsdeskundigen uit de patiëntenverenigingen.





De Kinderrechtencoalitie Vlaanderen is een netwerk van niet-gouvernementele organisaties (NGO's) dat wil toezien op de naleving van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK), actief wil bijdragen aan de promotie van de rechten van het kind en actief en constructief wil bijdragen tot het rapportageproces inzake de naleving van het IVRK.

Door NGO's samen te brengen en de krachten te bundelen voor overleg, informatie-uitwisseling en gezamenlijke actie creëert de Kinderrechtencoalitie een forum en vormt het een structuur om als gezamenlijke gesprekspartner naar buiten te treden, wat de slagkracht en de impact van de NGO-activiteiten verhoogt. Dit zal op zijn beurt de emancipatie van kinderen ten goede komen. Driemaandelijks organiseert de Kinderrechtencoalitie een Open Forum rondom een specifiek thema, waarop mensen uit de academische wereld, ambtenaren, vertegenwoordigers van NGO's, politici en gewone geïnteresseerden welkom zijn voor discussie en overleg. De neerslag van het Open Forum wordt gebundeld in een Kinderrechtenforum.

Voor meer informatie over de Open Fora en andere activiteiten kan u terecht op de website van de Kinderrechtencoalitie, waar u zich tevens kan laten registreren voor de maandelijkse digitale nieuwsbrief, of beroep kunt doen op onze databank met een schat aan informatie over kinderrechten.

Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw  
Eekhout 4, 9000 Gent – 09/225.90.25  
[info@kinderrechtencoalitie.be](mailto:info@kinderrechtencoalitie.be)  
[www.kinderrechtencoalitie.be](http://www.kinderrechtencoalitie.be)



Met de steun van  
de Vlaamse overheid



**KINDERRECHTENCOALITIE**  
VLAANDEREN