

<https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/cassatie-arrest-impacteert-medische-zikenhuispermanentie.html>

## Cassatie-arrest impacteert organisatie medische ziekenhuispermanentie

• 23 maart 2026 door Pascal Selleslagh



Afgelopen zaterdag schetste Prof. dr. Filip Dewallens op het anesthesistencongres een recent cruciaal arrest van het Hof van Cassatie over de ziekenhuisaansprakelijkheid bij medische spoedgevallen, specifiek tijdens bevallingen. Cassatie zegt dat een anesthesioloog onmiddellijk fysiek aanwezig moet zijn in het ziekenhuis om fatale vertragingen bij noodgrepen te voorkomen. Dat zet de thuiswachtregeling onder druk. Of zijn er uitwegen?

Aanleiding is een incident bij de opname van een vrouw voor de bevalling van haar eerste kind. Een arts-specialist in opleiding (ASO) start de bevalling terwijl het staflid-gynaecoloog en de anesthesioloog van wacht thuis beschikbaar zijn. Rond middernacht roept de ASO in paniek het staflid op. Een uur later mislukt een vacuümextractie door dit staflid, waarna de anesthesioloog wordt opgeroepen. Uiteindelijk wordt de baby pas twee uur later geboren met neonatale asfixie en een aspiratiesyndroom.

Hoewel de eerste expertise geen fouten vaststelde, oordeelde het Hof van Beroep in 2022 dat zowel de gynaecoloog (het staflid) als het ziekenhuis aansprakelijk waren. De gynaecoloog werd veroordeeld omdat die niet tijdig anticipeerde op de noodzaak van de aanwezigheid van een anesthesist. Het ziekenhuis werd aansprakelijk gesteld omdat de organisatie niet toeliet dat er onmiddellijk op noodsituaties kon worden gereageerd. De anesthesist volgde gewoon het organisatiemodel van het ziekenhuis en mocht dus thuis zijn wachtdienst doen. Van zodra hij werd opgeroepen, begaf hij zich naar het ziekenhuis.

Maar volgens het Hof van Beroep – recent bevestigd door een cassatie-arrest van 29 maart 2024 - moeten anesthesisten dus ter plaatse zijn zodat dringende ingrepen zonder vertraging kunnen worden uitgevoerd. Met andere woorden: een ziekenhuis moet zo georganiseerd zijn dat het direct kan inspelen op noodsituaties. “In dit specifieke geval had de keizersnede sneller kunnen plaatsvinden als de anesthesist fysiek aanwezig was geweest”, licht meester Dewallens (Dewallens & partners) toe. “Maar de anesthesist die thuis van wacht was, werd zelf niet aansprakelijk gesteld, aangezien die simpelweg de geldende ziekenhuisorganisatie volgde.”

### **Impact op de ziekenhuisorganisatie**

Deze uitspraak heeft grote gevolgen voor de praktijk, ook al is er in het Belgische recht geen strikte leer van precedentes zoals dat wel het geval is in de Angelsaksische wereld. Wel schept het arrest een "groot gezag" waardoor de druk op hoofdartsen en ziekenhuisdirecties toeneemt om anesthesisten fysiek in het ziekenhuis te laten overnachten of inslapen. Het komt er immers op neer dat een anesthesist per ziekenhuis 24/7 onmiddellijk - idealiter binnen de vijf minuten conform internationale richtlijnen - beschikbaar moet zijn voor bevallingen.

Maar kan een aanwezige anesthesist-intensivist van de afdeling Intensieve Zorg dan niet bijspringen bij een dringende keizersnede? Dat zou een pragmatische uitweg bieden, maar daarvoor gelden wettelijke beperkingen: volgens het KB op de erkenning van intensieve zorg en art. 2.9 van het Vlaams eisenkader IZ moet de permanentie op de IZ-afdeling immers steeds gegarandeerd blijven. De intensivist mag zijn post dus in principe niet verlaten voor andere activiteiten in het ziekenhuis, zoals operaties.

## Overmacht

Dit arrest kan dus verregaande gevolgen hebben voor de ziekenhuisorganisatie. Wel reikt Prof. Dewallens een mogelijkheid aan om die gevolgen in te perken. Er geldt namelijk een uitzondering in geval van overmacht. In een acute noodsituatie waarin de anesthesist van wacht nog niet aanwezig is, moet de intensivist immers de dringende ingreep opstarten om schuldig verzuim te voorkomen. Zodra de opgeroepen anesthesist arriveert, moet de intensivist dan direct terug naar de IZ-afdeling.

Deze oplossing is weliswaar niet structureel. Met andere woorden: een ziekenhuis mag deze inzet van de intensivist niet structureel organiseren. En dus mag het geen reglement opstellen waarin staat dat de intensivist standaard de eerste zorg verleent terwijl de anesthesist van wacht onderweg is. "Overmacht is per definitie niet organiseerbaar", aldus Filip Dewallens.

Vandaar zijn conclusie dat uit de arresten blijkt dat patiëntenorganisaties en ziekenhuisdirecties nu een hogere standaard van onmiddellijke beschikbaarheid verwachten. "Als een intensivist moet kiezen tussen twee dringende situaties - bijvoorbeeld een reanimatie op IZ versus een crash-sectio- dan moet men ter plekke een belangenafweging maken op basis van de dringendheid en de benodigde vaardigheden."

De transparantie die deze uitspraken doen ontstaan, dwingt ziekenhuizen bijgevolg om hun medische permanentie kritisch tegen het licht te houden. Of, zoals dr. Gilbert Bejjani (BSAR-APSAR) het formuleert: "De hervorming van het ziekenhuislandschap moet de consolidatie van diensten stimuleren waar spoedgevallen continue dekking vereisen. Het gaat dan om gecombineerde diensten van anesthesiologen, gynaecologen, kinderartsen en sommige andere specialismen."