

V.12

Leidraad gegevensbeheer en -verkeer Huisartsen Dienstenstructuur (HDS)

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Leeswijzer	4
Checklist voor uitvoeren privacy-eisen door de HDS	5
A. Wettelijke eisen rond het omgaan met persoonsgegevens door de HDS	7
B. Gegevensvastlegging door en gegevensverstrekking aan de HDS	16
Deel 2 Hulpmiddelen voor de Huisartsen Dienstenstructuur	36
Colofon	61
Gebruikte afkortingen	62

Voorwoord

Voor het goed functioneren van een Huisartsen Dienstenstructuur (HDS) is het mede van belang dat er een transparante regeling is voor de omgang met gegevens die binnen de HDS worden vastgelegd, ontvangen en uitgewisseld. De HDS afdeling LHV heeft het initiatief genomen een uniforme Leidraad voor gegevensbeheer en -verkeer voor de Huisartsen Dienstenstructuren te laten maken. De Leidraad is bedoeld als ondersteuning voor de HDS-en om de wettelijke eisen rond gegevensbeheer met een aantal concrete hulpmiddelen te kunnen uitvoeren. Bij het opstellen van deze Leidraad werd veel belang gehecht aan de input vanuit de HDS-en zelf. Daarom is de concept tekst een aantal keren voorgelegd aan de klankbordgroep LHV-HDS, het HDS-coördinatorenoverleg, diverse HDS-coördinatoren/directeuren verspreid over het land en is een bezoek gebracht aan een aantal HDS-en. De opdracht is uitgevoerd door twee beleidsmedewerkers-juristen van de KNMG, mr. Rose Marie S. Doppegieter en mr. Diederik Y.A. van Meersbergen.

In deze Leidraad krijgt u een antwoord op een aantal veelgestelde vragen rond de omgang met gegevens die binnen de Huisartsen Dienstenstructuur (HDS) maar ook binnen de huisartsenpraktijk zelf dagelijks spelen. HDS is de formeel-juridische titel en het aanspreekpunt, voor de uitvoering in de praktijk worden diverse aanduidingen gebruikt, zoals de (centrale) huisartsenpost (HAP) of de huisartsen- of doktersdienst. Als rechtspersoon van de HDS wordt meestal gekozen voor een Stichting of een Coöperatieve Vereniging. In deze Leidraad zal steeds de term HDS worden gebruikt. Ongeveer 90 procent van alle huisartsen is momenteel bij een HDS aangesloten. Het kan voorkomen dat de individuele situatie van de huisarts(en)praktijk afwijkt van die waarop deze Leidraad zich richt omdat de waarneming op een andere wijze is geregeld dan via een HDS. Maar ook dan is de Leidraad (op onderdelen) bruikbaar. Immers de eisen in de WBP en WGBO gelden voor alle huisartsen(praktijken).

Op basis van relevante wetgeving en jurisprudentie wordt in deze Leidraad bekeken welke voorwaarden gelden ten aanzien van een aantal belangrijke gegevensstromen die naar en van de HDS lopen. De belangrijkste wetten die daarbij aan de orde komen zijn de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), die per 1 september 2001 de Wet Persoonsregistraties (WPR) vervangt. En de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1 april 1995).

Utrecht, december 2004

HDS-afdeling LHV

Leeswijzer

Deze Leidraad bestaat uit twee delen:

Deel 1

Het eerste deel van de leidraad is opgedeeld in de onderdelen A. en B.

Onderdeel A. bevat algemene informatie over de wettelijke eisen die gelden voor het omgaan met gegevens. Doel en reikwijdte van de WBP en WGBO worden uitgewerkt voor de HDS. De specifieke plichten die voor de HDS uit deze wetten voortvloeien worden aangegeven. Bijvoorbeeld de regels rond dossierbeheer, zoals de meldingsplicht en bewaartermijn.

Onderdeel B. gaat over gegevensvastlegging en gegevensverstrekking door of aan de HDS.

De gegevensbestanden die binnen de HDS worden vastgelegd worden in *onderdeel B.1.1.* besproken. Bijvoorbeeld de medische gegevens van de patiënt met een hulpvraag, geluidsopnamen van de telefoongesprekken, financiële gegevens voor het verzenden van een factuur, personeelsgegevens van HDS-medewerkers, gegevens over een klacht die tegen de HDS is ingediend. Naast het doel van deze gegevensbestanden wordt aangegeven wie binnen de HDS toegang hebben tot deze gegevens.

Onderdeel B.1.2. geeft richtlijnen voor de omgang met persoonsgegevens die aan de HDS worden verstrekt, bijvoorbeeld door de eigen huisarts of namens hem door bijvoorbeeld een praktijkassistent of HAIO, die voor de dienst een waarschuwingsbericht stuurt.

Onderdeel B.2. gaat over gegevens die door de HDS aan anderen worden verstrekt zoals de apotheek, de CPA of het financieel administratiekantoor die zorgdraagt voor de facturering.

Aangegeven wordt voor welke doelen deze gegevens verstrekt mogen worden en welke personen buiten de HDS deze gegevens mogen ontvangen.

Deel 2

Dit deel bevat een aantal praktische hulpmiddelen die de HDS ondersteunen bij het uitvoeren van deze Leidraad. Zoals een informatiefolder voor patiënten, een voorbeeld van het invullen van het WBP Meldingsprogramma of Meldingsformulier en van een machtiging van de patiënt voor gegevensverstrekking.

In deze Leidraad wordt gemakshalve de mannelijke vorm gebruikt. Waar 'hij' en 'hem' staat kan ook 'zij' en 'haar' worden gelezen.

Nadere informatie

Als u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft, kunt u zich wenden tot de juridische stafafdeling van de LHV via telefoonnummer 030-2823767 of via e-mail jsa@lhv.nl.

Ook kunt u voor nadere informatie terecht bij het College Bescherming Persoongegevens (CBP; voorheen Registratiekamer) in Den Haag. Het CBP is een onafhankelijk college dat toezicht houdt op de naleving van de WBP-eisen. U kunt het CBP bereiken via info@cbpweb.nl of bellen naar het telefonisch spreekuur, elke werkdag -behalve woensdag- van 9.00 tot 12.00 uur via 070-38113 00. De website van het CBP is www.cbpweb.nl.

Checklist voor uitvoeren privacy-eisen door de HDS

- Stel vast wie de 'verantwoordelijke' binnen de HDS is.
In A.1.3. is aangegeven wie 'verantwoordelijke' is.

De verantwoordelijke, of namens deze doorgaans de directie of het bestuur, binnen de HDS is vervolgens verantwoordelijk voor de volgende zaken:

- Ga na welke gegevensbestanden bij een HDS worden vastgelegd.
In B.1.1. worden verschillende voorbeelden gegeven van gegevensbestanden die in een HDS vastgelegd worden.
- Pas een eventueel reeds bestaand privacyreglement en andere daaraan gerelateerde reglementen aan. Geef aan welke personen toegang hebben tot de gegevensbestanden die in een HDS aanwezig zijn.
In onderdeel B.1.1. is een overzicht opgenomen van de verschillende gegevensbestanden die op een HDS opgeslagen kunnen worden. Hulpmiddel 8 kan gebruikt worden bij het opstellen van een overzicht van toegangsbevoegden.
- Stel vast of er 'bewerkers' in de zin van de WBP betrokken zijn bij de verwerking van gegevens in een HDS
In A.1.3. is aangegeven wie als bewerker kan worden aangemerkt. Als er één of meer bewerkers zijn dient er een bewerkerscontract te worden opgesteld. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van Hulpmiddel 1.
- Bereid de melding bij het CBP voor. Dit kan eventueel worden gedelegeerd aan een medewerker binnen de HDS.
In A.2.1. is aangegeven wanneer, en op welke wijze gegevens bij het CBP gemeld moeten worden. Hulpmiddel 2 kan gebruikt worden bij de voorbereiding van de melding.
- Informeer de medewerkers en dienstdoende huisartsen over de inhoud van de melding in verband met overeenkomstige naleving.
In A.2.2. is aangegeven wat de informatieplicht inhoudt.
- Neem zonodig een geheimhoudingsbepaling op in het arbeidscontract van de medewerkers.
Hulpmiddel 6 geeft aan hoe een dergelijke bepaling er uit kan zien.
- Informeer de patiënten die de HDS bezoeken over het doel van de gegevensverwerking, de wijze waarop de gegevensverwerking plaatsvindt, wie de verantwoordelijke is en wie eventuele gebruikers of ontvangers van de gegevens zijn.
Deze informatie kan bijvoorbeeld in de patiëntenfolder worden weergegeven. In Hulpmiddel 3 is een voorbeeld van een informatiefolder opgenomen.
- Zorg voor afdoende technische en fysieke beveiliging van de gegevensbestanden.
In A.2.3. is aangegeven welke beveiligingsmaatregelen genomen kunnen worden. Hulpmiddel 4 kan hierbij behulpzaam zijn.
- Zorg voor goede vastlegging van dossiergegevens door hulpverleners. De dossierplicht impliceert dat de HDS-medewerkers en de dienstdoende huisartsen verplicht zijn zorgvuldige aantekeningen te maken van de hulpvraag van de patiënt, de geboden zorg, verwijzing, medicatie of nazorg. De gegevens worden zo bewaard dat personen die niet bevoegd zijn tot toegang er ook niet bij kunnen (zie hiervoor ook). De bewaartermijn is tien jaar na afsluiting van het consult. Hierna worden de gegevens vernietigd tenzij er een specifieke reden is om de gegevens in een bepaald geval langer te bewaren.
In A.4.2. en A.4.3. is aangegeven op welke wijze de dossierplicht en de bewaartermijn ingevuld moeten worden. In A.2.3. en Hulpmiddel 4 is aangegeven op welke wijze dossiers beveiligd kunnen worden.

- Geef als patiënten of hun vertegenwoordigers daarop een beroep doen invulling aan de verschillende patiëntenrechten. Voorbeelden zijn het recht op inzage, afschrift, aanvulling en vernietiging (WGBO) en op kennisneming, correctie, afscherming en verwijdering (WBP). Deze rechten gelden ook ten aanzien van geluidsopnamen (bijvoorbeeld opgenomen telefoongesprekken).
In A.4. worden verschillende patiëntenrechten besproken. Per gegevensbestand zal gekeken moeten worden op welke wijze de patiënt zijn rechten daarop kan uitoefenen. In B.1.1.1. wordt specifiek ingegaan op het opnemen van telefoongesprekken.
- Stel bij voorkeur een eenvoudige procedure voor de uitvoering van patiëntenrechten vast. Medewerkers en patiënten worden daarover geïnformeerd (informatiefolder). Binnen die procedure is van belang dat het verzoek van de patiënt wordt afgestemd met de dienstdoende huisarts. Dit om na te gaan of er eventueel een bij wet aangegeven uitzondering op het patiëntenrecht aan de orde is.
In Hulpmiddel 3 is een voorbeeld van een informatiebrochure opgenomen waarin de verschillende patiëntenrechten kunnen worden uitgelegd.
- Verstrek vanuit de HDS geen gegevens aan derden zonder dat eerst toestemming is gevraagd aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger. De hoofdregel van het beroepsgeheim is immers dat er slechts gegevens aan derden mogen worden verstrekt indien de patiënt of zijn vertegenwoordiger daarvoor toestemming hebben gegeven. Op deze hoofdregel is een aantal uitzonderingen: er is een wettelijke plicht tot verstrekking; de verstrekking is aan rechtstreeks betrokkenen, er is sprake van een conflict van plichten. Is er sprake van zo'n uitzondering, dan mogen de gegevens wel verstrekt worden zonder voorafgaande toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.
In A.4.1. is de betekenis van de geheimhoudingsplicht van de arts aangegeven. B.2. gaat verder in op de verschillende situaties waarin er al dan niet gegevens aan derden mogen worden verstrekt. In hulpmiddel 5 tenslotte is een overzicht van het beroepsgeheim opgenomen.

A. Wettelijke eisen rond het omgaan met persoonsgegevens door de HDS

A.1. De betekenis van de WBP

A.1.1. Doel van de WBP

Op 1 september 2001 is de Wet Bescherming Persoonsgegevens in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet Persoonsregistraties (WPR) van 1989. Daarmee is voldaan aan de verplichting om de nationale privacywetgeving aan te passen aan de betreffende Europese privacy Richtlijn. Niet alleen in Nederland maar in alle landen die aangesloten zijn bij de Europese Unie moet een dergelijke wet worden ingevoerd. Doel van zowel de WPR als de WBP is de privacy van burgers te beschermen door regels te stellen voor het omgaan met hun persoonsgegevens. Niet alleen de gezondheidszorg maar alle sectoren binnen de Nederlandse samenleving vallen onder de WBP. Dus bijvoorbeeld ook het onderwijs, bedrijfsleven en de overheid.

Mogelijke sancties

In de WBP is een aantal plichten opgenomen met betrekking tot het omgaan met persoonsgegevens. Op niet naleving hiervan zijn sancties gesteld. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) ziet daarop toe en kan bijvoorbeeld een boete opleggen (max. € 4.500) als ten onrechte niet of niet correct is gemeld of als wijzigingen niet of te laat zijn doorgegeven (zie A.2.1.). Naar aanleiding van klachten van betrokkenen kan het CBP ook gegevensverwerkingen nader onderzoeken.

Voor de personen over wie gegevens worden vastgelegd is in de WBP een aantal rechten opgenomen (zie A.4.4.). Worden deze ten onrechte niet nageleefd dan kan de benadeelde persoon naar de bestuursrechter of de civiele rechter (rechtbank) stappen om te proberen zijn recht op bijvoorbeeld kennisneming of verwijdering van de gegevens alsnog te krijgen of om schadevergoeding te vorderen. Hieraan voorafgaand kan de benadeelde persoon ook het CBP vragen in zijn geschil met de verantwoordelijke te bemiddelen of adviseren. Het CBP zal dit doorgaans alleen doen als de benadeelde het verzoek eerst aan de verantwoordelijke zelf heeft voorgelegd. Wordt binnen redelijke termijn (rond de 4 weken) geen of een onbevredigend antwoord ontvangen, dan kan de benadeelde naar het CBP stappen.

A.1.2. Toepasselijkheid van de WBP; verwerken van persoonsgegevens

De WBP is van toepassing als er sprake is van het 'verwerken van persoonsgegevens'. *Persoonsgegevens* zijn gegevens betreffende een geïdentificeerde of identificeerbare persoon. Zoals adresgegevens, administratiegegevens en medische gegevens. *Geanonimiseerde* gegevens zijn geen persoonsgegevens in de zin van de WBP voor zover aan de hand van deze gegevens een persoon niet kan worden geïdentificeerd. Niet alleen (gecombineerde) gegevens als naam, adres, woonplaats en geboortedatum maar ook identificerende informatie op foto's, geluidsbanden, videocamera's, chipcards en vingerafdrukken zijn persoonsgegevens.

Het 'verwerken' van patiëntgegevens heeft betrekking op alle handelingen met patiëntgegevens vanaf het moment dat deze worden verzameld totdat ze worden vernietigd. Bij ordenen, bijwerken, raadplegen, gebruiken, verstrekken en koppelen is dus sprake van verwerking van patiëntgegevens. Zowel op elektronische als handmatige verwerking is de WBP van toepassing.

A.1.3. Begrippen 'verantwoordelijke' en 'bewerker'

In de WBP worden *alle verplichtingen rond de privacybescherming* van personen over wie gegevens worden verwerkt bij de 'verantwoordelijke' gelegd. De verantwoordelijke is de rechtspersoon (zoals de HDS, doorgaans een stichting of coöperatieve vereniging) of natuurlijke persoon (zoals de eigenaar van een eenmanszaak) die doel en middelen vaststelt voor de verwerking van persoonsgegevens. De 'verantwoordelijke' is dus degene die bepaalt wat er met de gegevens gebeurt en in formeel-juridische zin verantwoordelijk is voor en aanspreekbaar op het *beheer en het instandhouden* van het elektronisch informatienetwerk en/of de papieren gegevensbestanden. Dit laat onverlet dat het *feitelijk* beheer over de gegevensverwerking door de verantwoordelijke aan een ander, zoals de directie of het bestuur van de HDS, kan worden gemandateerd. Vaak zal dat in de praktijk ook het geval zijn.

Binnen de HDS¹ zal als ‘verantwoordelijke’ in de zin van de WBP doorgaans de rechtspersoon HDS genoemd worden. In de praktijk zal het *feitelijk beheer* doorgaans opgedragen worden aan de *directie* (de manager/directeur) of het *bestuur* van de HDS of van de gezamenlijke HDS-en of huisartsenposten in de regio. Deze treden meestal op als contactpersoon namens de ‘verantwoordelijke’ (zie ook de suggesties voor het invullen van het Meldingsformulier of -programma in **Hulpmiddel 2**). Alle correspondentie over de melding wordt naar deze contactpersoon gestuurd en met hem wordt contact opgenomen indien er vragen zijn over de melding.

Voor de *inhoud* van de gegevens die in patiëntendossiers worden vastgelegd is niet de ‘verantwoordelijke’ maar zijn de personen die deze gegevens vastleggen zoals de medewerkers binnen de HDS en de dienstdoende huisartsen verantwoordelijk. Bij lastige of ingewikkelde verzoeken tot gegevensverstrekking aan de patiënt of aan derden zal de degene die feitelijk bevoegd is het beheer over de gegevensverwerking uit te voeren, altijd eerst overleggen met de medewerker binnen de HDS die de gegevens heeft vastgelegd of met de dienstdoende huisarts. In geval van een vraag of klacht hierover lichten laatstgenoemden dit zonedig toe aan de patiënt, manager of directeur of andere betrokkene.

De ‘bewerker’ is ingevolge de WBP een persoon aan wie eveneens eisen worden gesteld. Naast de verantwoordelijke is ook de bewerker aansprakelijk voor eventuele nadelige gevolgen die bijvoorbeeld de patiënt ondervindt omdat de privacy-regels niet zijn nagekomen. De ‘bewerker’ is een persoon of organisatie *buiten* de praktijk of instelling aan wie de ‘verantwoordelijke’ (een deel van) de gegevenswerking heeft uitbesteed. De ‘bewerker’ bewerkt volgens instructies en onder uitdrukkelijke verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke. Voorbeelden van bewerkers zijn een extern financieel administratiekantoor zoals *DFA service* die de financiële administratie verzorgt of een externe systeembewerker zoals *Uzorg*. De bewerker maar ook zijn medewerkers hebben een geheimhoudingsplicht. Het is belangrijk om dat ook schriftelijk vast te leggen. Daarom is in de WBP bepaald dat de verantwoordelijke verplicht is een contract met de bewerker te sluiten, een zogenaamd bewerkerscontract. Een medewerker binnen de HDS die belast is met de financiële administratie is géén bewerker. Er is dan sprake van (intern) beheer. Er hoeft dan geen bewerkerscontract opgesteld te worden.

Advies: als er één of meer bewerkers zijn, gebruik dan **Hulpmiddel 1** voor het vastleggen van de belangrijkste punten in een bewerkerscontract.

A.2. Plichten van de verantwoordelijke rond dossiervoering ingevolge de WBP

A.2.1. Meldingsplicht

De verantwoordelijke is verplicht om elektronische (eventueel in combinatie met papieren) gegevensbestanden te melden bij de toezichthouder op de privacybescherming, het CBP. Melden betekent dat een aantal zaken moet worden aangegeven, zoals de naam van de verantwoordelijke, de contactpersoon namens de verantwoordelijke en de eventuele bewerker, de doelen van de gegevensbestanden (zoals verantwoorde zorgverlening aan patiënten) en de categorieën van ontvangers van de gegevens (zoals de zorgverzekeraar).

De verantwoordelijke zorgt ervoor dat direct na het starten van de HDS de gegevensbestanden worden gemeld. Het ligt voor de hand dat de directie of het bestuur van de samenwerkende HDS-en en bij de HDS aangesloten posten, dat gezamenlijk doen. Uiteraard kan dit alleen als de HDS-en en posten conform de in de melding beschreven (uniforme) situatie werken. Wijzigingen in de naam of het adres van de verantwoordelijke (bijvoorbeeld wijziging van de naam van de rechtspersoon of verhuizing van de HDS locatie) of van de contactpersoon worden binnen één week gemeld. Wijzigingen in bijvoorbeeld het doel van de gegevensvastlegging of de vaste categorie of groep ontvangers van gegevens worden binnen één jaar na de eerste melding gemeld. Als dit te laat gebeurt riskeert de verantwoordelijke een boete van maximaal 4.500 (zie ook A.1.1.).

¹ Binnen de reguliere huisartsenpraktijk is doorgaans de solistisch werkende huisarts of de huisartsenmaatschap de ‘verantwoordelijke’ in de zin van de WBP. De plichten die onder A.2. zijn genoemd gelden binnen de huisartsenpraktijk dus voor de huisarts of maatschap. In 2001 is door de KNMG een praktische Handleiding voor artsen gemaakt met als titel ‘Privacy-wetgeving en het omgaan met patiëntgegevens’. Met name de onderdelen A en B van die Handleiding zijn van toepassing op de huisartsenpraktijk. De Handleiding is te vinden op www.knmg.nl/vademecum.

De verantwoordelijke kan ook een ander binnen de HDS vragen namens hem de melding te doen, zoals (gewoonlijk) de directie of het bestuur of eventueel een andere persoon zoals de kwaliteitsmedewerker van de HDS.

Melden

Melden bij het CBP is op twee manieren mogelijk, namelijk via het WBP Meldingsprogramma, beschikbaar op de CBP-internetsite (wbp.cbpweb.nl) of op diskette, en het WBP-Meldingsformulier. Diskettes en formulieren kunnen op werkdagen van 09.00 tot 16.00 uur besteld worden op telefoon 070-3811300.

Advies: gebruik de handreikingen in **Hulpmiddel 2** voor het invullen van het meldingsprogramma of meldingsformulier.

A.2.2. Informatieplicht

De WBP heeft ook een informatieplicht bij de verantwoordelijke neergelegd. De patiënt wordt ingelicht over: wie de verantwoordelijke is, het doel of de doelen van de gegevensverwerking, de wijze waarop de verwerking plaatsvindt en eventuele medegebruikers of ontvangers van de gegevens. Als de patiënt vragen heeft over de gegevensverwerking kan hij daarvoor terecht bij de verantwoordelijke of iemand die dat namens hem doet. Ook wordt de patiënt gewezen op de rechten waarop hij zich kan beroepen. Deze rechten zijn in A.4.4. aangegeven.

Advies: informeer patiënten over de wijze waarop hun gegevens worden vastgelegd en beheerd, bijvoorbeeld via een folder. In **Hulpmiddel 3** is een voorbeeld van zo'n informatiefolder opgenomen.

A.2.3. Beveiligingsmaatregelen

De WBP stelt eisen aan de organisatorische en technische beveiliging van gegevens. Organisatorische beveiliging betekent onder meer dat de verantwoordelijke aangeeft - bijvoorbeeld via een overzicht - welke personen toegang hebben tot welke gegevens. Medewerkers hebben slechts toegang tot het deel van de gegevens waartoe zij zijn geautoriseerd en zijn gehouden aan hun geheimhoudingsplicht, ook als zij zaken onbedoeld horen of zien.

Advies: kijk verder in onderdeel B.1. voor een overzicht van toegangsbevoegden tot de diverse gegevensbestanden binnen de HDS.

Technische beveiliging impliceert bijvoorbeeld dat toegang tot elektronische gegevens door HDS-medewerkers alleen mogelijk is via een persoonlijk wachtwoord (login). Handmatig bijgehouden dossiers worden in goed afsluitbare kasten en ruimten bewaard zodat onbevoegden er niet bij kunnen. Extern veilig communiceren kan bijvoorbeeld goed via een 'secure verbinding' met het internet (zogenaamde https). Patiënten die elektronisch willen communiceren met de HDS kunnen er voor kiezen dat via een onbeveiligde lijn te doen.

Advies: kijk in **Hulpmiddel 4** voor meer handreikingen over beveiligingsmaatregelen.

A.2.4. Vervallen plicht tot opstellen privacyreglement

In de WPR was de (eind)verantwoordelijke van het gegevensbestand verplicht een privacyreglement op te stellen voor patiënten en medewerkers. Die plicht bestaat niet langer volgens de WBP. Het is raadzaam een eventueel aanwezig privacyreglement niet weg te gooien maar aan te passen omdat het voor medewerkers binnen de HDS maar ook voor patiënten houvast en helderheid kan bieden. Het Meldingsprogramma of formulier kan daarvoor als basis dienen. Ook **Hulpmiddel 4** waarin een overzicht van toegangsbevoegden binnen de HDS is opgenomen kan daarbij behulpzaam zijn.

A.2.5. Checklist

De verantwoordelijke, of namens deze doorgaans de directie of het bestuur, binnen de HDS checkt de volgende zaken:

- * invullen wie de 'verantwoordelijke' en eventuele 'bewerker(s)' zijn
- * melding bij het CBP voorbereiden en/of delegeren aan geschikte medewerker (zie **Hulpmiddel 2**)
- * inhoud melding bekend maken aan medewerkers en dienstdoende huisartsen voor overeenkomstige naleving
- * bestaand privacyreglement en andere daaraan gerelateerde reglementen aanpassen en/of overzicht opstellen van toegangsbevoegden binnen de HDS tot persoonsgegevens (zie **Hulpmiddel 8** en onderdeel B.1.)
- * medewerkers daarover informeren en zonodig geheimhoudingsbepaling opnemen in het arbeidscontract (zie **Hulpmiddel 6**)
- * opstellen informatiefolder voor patiënten (zie **Hulpmiddel 3**)
- * procedure uitvoering patiëntenrechten opstellen
- * beveiligingsmaatregelen checken
- * zonodig een bewerkerscontract opstellen (zie **Hulpmiddel 1**)

A.3. De betekenis van de WGBO

A.3.1. Doel van de WGBO

Het doel van de WGBO is het versterken van de rechten van patiënten. Bij het formuleren van die rechten heeft de wetgever tevens ruimte geboden aan de hulpverlener om daadwerkelijk invulling te kunnen geven aan 'goed hulpverlenerschap'. Met andere woorden, de wetgever heeft de mogelijkheid opgenomen om (een beperkt aantal) uitzonderingen op bepaalde rechten van patiënten of hun vertegenwoordigers te maken indien 'goed hulpverlenerschap' dat noodzakelijk maakt. De patiëntenrechten en uitzonderingen daarbinnen ingevolge de WGBO en WBP zijn in onderdeel A.4.4. aangegeven.

In de WGBO zijn rechten en plichten van patiënten en hulpverleners vastgelegd. De juridische plichten van de patiënt zijn beperkt. Zijn hoofdplicht is betaling van het honorarium van de hulpverlener. De plichten van de hulpverlener zijn talrijker en worden in A.4. besproken.

De bepalingen in de WGBO zijn dwingendrechtelijk van aard. Dit betekent dat andere regelingen bijvoorbeeld het werkprotocol binnen de HDS of de huisartsenpraktijk, deze Leidraad, overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en de HDS of de huisartsenpraktijk etc. niet ten nadele van de patiënt van de WGBO mogen afwijken.

Op het gebied van de omgang met persoonsgegevens binnen de gezondheidszorg vormt de WGBO een meer specifieke aanvulling op de WBP. Met name zijn de regels rond de geheimhoudingsplicht en gegevensverstrekking in de WBP nader uitgewerkt in de WGBO.²

Beide wetten vullen elkaar aan. De patiëntenrechten die in de WBP en WGBO zijn opgenomen worden gezamenlijk aangegeven en toegelicht in A.4.4.

Mogelijke sancties

Als de patiënt of zijn vertegenwoordiger van mening is dat de rechten die de patiënt ingevolge de WGBO heeft, ten onrechte niet zijn nageleefd of als hij meent dat de HDS of de huisarts onzorgvuldig heeft gehandeld en fouten heeft gemaakt, dan kan hij verschillende stappen ondernemen. Allereerst kan de patiënt de dienstdoende huisarts of HDS-medewerker om verheldering of een gesprek vragen, rechtstreeks aan hen of via de manager of directeur van de HDS. Hierbij kan de patiënt desgewenst de klachten/kwaliteitsfunctionaris of klachtenbemiddelaar betrekken.

Ook kan de patiënt een formele klacht indienen tegen de HDS(-medewerker(s) of de dienstdoende huisarts(en). Dat kan hij doen bij de klachtenfunctionaris, bemiddelaar of klachtencommissie die de HDS heeft ingesteld ofwel bij een

²Naast de WGBO zijn er ook andere specifieke wetten die aanvullende regels stellen. Een voorbeeld daarvan is de Wet BOPZ waarin regels zijn opgenomen betreffende de zorg aan en omgang met (gegevens van) onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten. Op deze en andere specifieke regelingen wordt in deze Leidraad niet verder ingegaan.

instantie aan welke de HDS de klachtenregeling heeft uitbesteed, zoals bijvoorbeeld de DHV-klachtencommissie of een gezamenlijke klachtencommissie van huisartsenzorg.

Advies: raadpleeg de Leidraad Integrale Klachtenregeling Huisartsen Diensten Structuren (LHV 2004/2005) voor alle informatie over klachtenopvang en -behandeling en de diverse mogelijkheden voor invulling van een klachtenregeling door de HDS.

Is de klacht gericht op *onzorgvuldig handelen* van de dienstdoende huisarts(en), dan kan de patiënt ook een klacht indienen bij het tuchtcollege. Klachten die gericht zijn tegen bijvoorbeeld de HDS-organisatie, tegen managers of directeurs (-niet artsen), telefonisten of doktersassistenten vallen *buiten* de reikwijdte van het tuchtrecht. Klachten tegen deze medewerkers lopen meestal via de klachtenfunctionaris of klachtencommissie.

Als de patiënt meent dat hij schade heeft geleden als gevolg van onzorgvuldig handelen of gemaakte fouten door de HDS (medewerkers), dan kan hij ook een claim indienen bij de HDS³. Belangrijk is dat de manager of directeur van de HDS checkt of er een beroepsaansprakelijkheidsverzekering is afgesloten voor de medewerkers binnen de HDS. De dienstdoende huisarts(en) zijn meestal niet in dienst van de HDS en zullen deze verzekering waarschijnlijk al voor hun eigen praktijk of in maatschapverband hebben afgesloten⁴. In het Reglement van de Huisartsenpost of van de Doktersdienst is vaak als voorwaarde voor aansluiting opgenomen, dat de huisarts beschikt over een beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Ook is het mogelijk dat de werkgever van de huisarts (bijvoorbeeld een gezondheidscentrum) de beroepsaansprakelijkheid al heeft verzekerd. Zijn de dienstdoende huisartsen niet verzekerd, dan is het belangrijk dat de manager of directeur van de HDS en de betreffende huisarts dit afstemmen. Onderbrenging bij de verzekering van de HDS is dan een voor de hand liggende optie. Een rechtsbijstandverzekering verzekert de kosten van juridische ondersteuning bij een klacht of claim. Dat is dus een andere verzekering dan een beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Het afsluiten van een rechtsbijstandverzekering door de HDS of de huisarts(en)maatschap is zeker het overwegen waard⁵.

Advies: de manager of directeur van de HDS checkt of er een beroepsaansprakelijkheidsverzekering en een rechtsbijstandverzekering voor de medewerkers van de HDS en zonodig voor de dienstdoende huisartsen is of moet worden afgesloten. Hij informeert de medewerkers en huisartsen daarover.

A.3.2. Toepasselijkheid van de WGBO

De WGBO is van toepassing op de (geneeskundige) zorg en behandeling die op verzoek van of namens de patiënt via de HDS wordt gevraagd. Onder geneeskundige handelingen worden immers verstaan alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen.

³Het zou onjuist zijn via de constructie van aansprakelijkheid voor 'hulpverleners' (art. 6:76 BW) of 'ondergeschikten' (art. 6:170 BW) de claim in verband met foutief handelen van een HDS-medewerker neer te leggen bij de eigen (waargenomen) huisarts. Deze heeft immers geen individuele werkrelatie met deze medewerkers, alleen als hij dienstdoende huisarts op de post is. Ook heeft hij geen directe invloed op het aanname-beleid. Bovendien komen op de post ook personen die helemaal geen patiënt zijn van één van de waargenomen artsen maar een (dringende) hulpvraag hebben. Dat is bijvoorbeeld het geval bij niet op naam ingeschreven patiënten (noni's), waarvan er mogelijk steeds meer zullen komen, of passanten zoals vakantiegangers, familie- of vriendenbezoekers of studenten die hun ouders bezoeken.

⁴De patiënt kan rechtstreeks een claim neerleggen bij de dienstdoende huisarts als hij meent schade te hebben geleden door diens handelen. De dienstdoende huisarts zal niet zelf maar via zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar moeten reageren. Ook in deze situatie is het, net als in de vorige noot, niet juist via de constructie van aansprakelijkheid voor 'hulpverleners' de eigen (waargenomen) huisarts voor het handelen van de dienstdoende huisarts aansprakelijk te stellen en de claim daar neer te leggen. Immers de waarnemer is ingevolge de WGBO voor zijn handelen zelf verantwoordelijk en via zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar aanspreekbaar (voor een gelijke conclusie zie Ph.S. Kahn en J. Legemaate, Klachtenprocedures in de Gezondheidszorg. Sdu uitgevers, Den Haag, 2004). De patiënt die meent dat een dienstdoende huisarts aansprakelijk is voor een gemaakte fout, zal zich dus tot deze huisarts zelf moeten wenden. Hij zal dan wel moeten weten wie precies dienst had. Daarvoor kan hij zich wenden tot de HDS, zie onderdeel B.2.8. van deze Leidraad.

⁵Zie ook de KNMG consulten 'Arts en patiëntenrechten' (laatste hoofdstuk) en 'Arts en klacht of geschil' via www.knmg.nl/vademecum.

Tussen de patiënt die een hulpvraag aan de HDS voorlegt, en de HDS en dienstdoende huisarts komen een of meer behandelingsovereenkomsten tot stand. Deze overeenkomst(en) leiden tot verplichtingen tegenover de patiënt door de hulpverleners binnen de HDS, zoals de doktersassistent/telefoonarts en dienstdoende huisarts. Voor het onderwerp van deze Leidraad zijn de belangrijkste: de geheimhoudingsplicht en voorwaarden voor gegevensverstrekking aan anderen, de dossierplicht en bewaarplicht van de dossiergegevens en de patiëntenrechten die gelden ten aanzien van het dossier. Deze laatste komen in het volgende onderdeel aan de orde.

A.4. Plichten van de hulpverlener rond omgaan met patiëntengegevens

A.4.1. Geheimhoudingsplicht

Uit de behandelingsovereenkomst die de hulpverlener met de patiënt heeft volgt dat hij zwijgt tegenover anderen ten aanzien van alle informatie die hij over en van zijn patiënt heeft. Hij kan aan anderen alleen informatie verstrekken als een *wettelijke bepaling* dat voorschrijft of als de patiënt daarvoor *uitdrukkelijke toestemming* heeft gegeven. Mondelinge toestemming is in het algemeen voldoende. Een derde reden voor de hulpverlener om tot gegevensverstrekking over te gaan kan zijn dat er een 'conflict van plichten' is en zeer zwaarwegende belangen van andere personen hem tot doorbreking van zijn beroepsgeheim brengen. Een dergelijke situatie kan zich voordoen bij kindermishandeling of bij het verstrekken van gegevens van een overleden patiënt aan nabestaanden. Zie **Hulpmiddel 5** voor een algemeen overzicht van het beroepsgeheim.

Toestemming van de patiënt kan 'verondersteld' worden en hoeft dus niet aan de patiënt gevraagd te worden als het gaat om toegang tot de gegevens door de waarnemer van de eigen arts. Van veronderstelde toestemming is ook sprake als het gaat om verstrekking van gegevens van de patiënt aan andere hulpverleners, die *rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van die patiënt betrokken zijn*. Vroeger werd ook wel gesproken van de 'functionele eenheid'. Het waarnemerbericht dat door de HDS aan de eigen huisarts wordt gestuurd is daar een voorbeeld van. Alleen als de patiënt expliciet heeft aangegeven bezwaar te hebben tegen verstrekking van gegevens aan een (bepaalde) rechtstreeks betrokken hulpverlener, wordt geen informatie uitgewisseld (zie ook onderdeel B.2.1.). De doktersassistent die informatie uitwisselt met de dienstdoende huisarts en deze zonodig terugkoppelt met de patiënt is ook een 'rechtstreeks betrokkene'.

In onderdeel B.2.2. (Gegevensverstrekking aan rechtstreeks betrokkenen) wordt hierop verder ingegaan. Een rechtstreeks betrokkene mag echter alleen de voor zijn functioneren *noodzakelijke* informatie ontvangen. Dus soms alleen een beperkt deel van het dossier.

Advies: de manager of directeur brengt de geheimhoudingsplicht van de medewerkers binnen de HDS (regelmatig) onder de aandacht en neemt deze als bepaling op in het arbeidscontract. In **Hulpmiddel 5** is een overzicht van de regels rond het beroepsgeheim opgenomen. In **Hulpmiddel 6** is een voorbeeld van een geheimhoudingsbepaling in bijvoorbeeld het arbeidscontract opgenomen.

A.4.2. Dossierplicht

De hulpverlener is verplicht zorgvuldige aantekeningen van de hulpvraag van de patiënt, de geboden zorg, verwijzing, medicatie of nazorg in een dossier vast te leggen. Primair doel is een goede hulpverlening aan de patiënt. De doktersassistent of de telefoonarts legt de gegevens over de patiënt vast op een meldings- of intakeformulier. Na afsluiting van het consult wordt het formulier gefiatteerd door de dienstdoende huisarts en per fax of e-mail als waarnemerbericht naar de eigen huisarts gestuurd. De gegevens worden zo bewaard dat onbevoegde personen geen toegang kunnen krijgen. Met behulp van een logfile kan bijvoorbeeld gecontroleerd worden wie, wanneer toegang heeft gehad tot welke gegevens en of hij deze eventueel heeft aangepast.

Goede kwaliteit van het dossier is belangrijk voor goede zorg aan de patiënt. Daarbij spelen zaken als (blijvende) toegankelijkheid van het dossier - óók als dit elektronisch wordt vastgelegd en de hardware wordt vervangen door een nieuwere versie - correcte en snelle overdracht van gegevens maar ook de mogelijkheid om gegevens te corrigeren, aan te vullen, te vernietigen of voor andere hulpverleners te blokkeren als de patiënt daar (terecht) om vraagt. In geval van gebruik van de dossiergegevens bij een volgend bezoek aan de HDS is van belang dat de gegevens correct en zo mogelijk *geactualiseerd* zijn ter voorkoming van verkeerde adviezen vanuit de HDS (zie verder onderdeel B.1.1.4.).

A.4.3. Bewaartermijn

In de WGBO is een algemene bewaartermijn opgenomen van *tien jaar* na vastlegging van de gegevens⁶. Binnen de HDS is het gebruikelijk dat de inhoud van het consult dat tijdens de dienst heeft plaatsgehad zo spoedig mogelijk wordt gemeld aan de eigen huisarts. Dat wordt vereist in het kader van 'goed hulpverlenerschap'. De WGBO bewaartermijn van tien jaar heeft ook implicaties voor de HDS als 'hulpverlener'. De HDS bewaart de patiëntengegevens tien jaar na afsluiting van het consult. Elektronische gegevensopslag laat dat - met het oog op eventuele opslagproblemen - ook eenvoudig(er) toe. Na afloop van deze tien jaar worden de gegevens vernietigd.

Voor langere bewaring dan tien jaar moet de HDS als verantwoordelijke voor het zorgvuldig vastleggen en bewaren van patiëntengegevens een goede onderbouwing hebben. Hierop kan alleen een uitzondering worden gemaakt als 'goed hulpverlenerschap' langere bewaring vereist. Dat laatste doet zich met name voor in situaties van langlopende en terugkerende behandelingen, bijvoorbeeld binnen de reguliere huisartsgeneeskundige zorg of bij chronische aandoeningen. Ook een juridisch belang kan reden zijn de gegevens langer te bewaren. Algemeen wordt aanvaard dat wanneer de patiënt een juridische procedure heeft aangespannen of dreigt aan te spannen, de gegevens kunnen worden bewaard tot afronding van de procedure.

A.4.4. Patiëntenrechten

De WGBO en ook de WBP hebben de patiënt⁷ een aantal specifieke rechten toegekend. Het gaat om de volgende rechten: inzage, afschrift, aanvulling en vernietiging (WGBO) en recht op kennisneming, correctie, aanvulling, afscherming en verwijdering (WBP). Met het oog op de leesbaarheid zullen deze rechten gecombineerd worden toegelicht⁸.

Als een patiënt een beroep doet op een van zijn rechten is het verstandig eerst de *identiteit* van de verzoeker vast te stellen, zonodig aan de hand van een geldig legitimatiebewijs. Als bijvoorbeeld inzage wordt gegeven of kopie van gegevens wordt verstrekt aan een ander en buiten toestemming van de patiënt zelf, dan kan dat immers schending van de geheimhoudingsplicht opleveren.

Aanbevolen wordt van een verzoek van de patiënt of zijn vertegenwoordiger een korte aantekening in het dossier te maken.

A.4.5. Recht op kennisneming of inzage en afschrift

De patiënt heeft recht op inzage en afschrift van zijn gegevens. De WGBO maakt hierop één uitzondering: inzage of afschrift mag niet worden gegeven als daardoor de privacy van een ander dan de patiënt wordt geschonden. Hieronder wordt niet verstaan de privacy van de hulpverlener. Het kan bijvoorbeeld gaan om gegevens die door een (bellende) partner of familielid zijn verstrekt in het vertrouwen dat de patiënt daarvan niet op de hoogte wordt gebracht door de hulpverlener. De gegevens kunnen betrekking hebben op deze personen zelf of op de patiënt.

Aan een verzoek tot inzage of afschrift voldoet de HDS zo spoedig mogelijk, maar in elk geval binnen *vier weken*. De manager of directeur stemt het inzage- of afschriftverzoek af met de dienstdoende huisarts om na te gaan of bovengenoemde uitzondering zich voordoet. Het verdient aanbeveling een heldere (uniforme) procedure 'uitvoering patiëntenrechten' op te stellen. De patiënt heeft in beginsel geen recht op afgifte van de originele patiëntengegevens. De originelen komen immers alleen toe aan degene die ze heeft opgesteld of degene die ze bewaart en beheert.

Advies: raadpleeg **Hulpmiddel 7** voor de vergoeding die voor afschriften van gegevens mag worden gevraagd. Voor inzage mag geen vergoeding gevraagd worden.

⁶Mogelijk wordt deze wettelijke termijn verhoogd tot dertig jaar op basis van het advies Bewaartermijn patiëntengegevens van de Gezondheidsraad, april 2004

⁷Namens de patiënt kan ook diens wettelijk vertegenwoordiger, bijvoorbeeld de ouders, voogd, mentor of curator, of de door de patiënt schriftelijk gemachtigde, een beroep doen op de patiëntenrechten, tenzij nakoming tegenover deze personen strijdig is met de zorg van een goed hulpverlener. Bij onbekendheid met de vertegenwoordiger of bij twijfels over de persoon van de vertegenwoordiger is navraag zo mogelijk bij de patiënt zelf of een ander familielid aangewezen.

⁸Voor meer gedetailleerde informatie over patiëntenrechten wordt verwezen naar het KNMG consult 'Arts en patiëntenrechten', zie www.knmg.nl/vademecum.

A.4.6. *Recht op aanvulling, correctie en afscherming*

De patiënt heeft het recht om het dossier aan te vullen. Hiermee kan de patiënt bereiken dat - naar zijn mening - een vollediger of juist beeld van zijn persoon of zijn gezondheidstoestand wordt geschetst. Het gaat dan om afwijkende of aanvullende zienswijzen van de patiënt zelf óf - op verzoek van de patiënt - van een andere arts bijvoorbeeld in het kader van een second opinion. Ook als de arts het met de inhoud van de verklaring niet eens is, moet hij de verklaring in het dossier opnemen.

De patiënt mag de arts ook verzoeken om *feitelijke* onjuistheden in de gegevens te corrigeren, bijvoorbeeld verkeerde adresgegevens. Voor het goed kunnen vaststellen van de identiteit van de patiënt is het belangrijk dat deze correctie feitelijk ook mogelijk is in het HDS-systeem.

Daarnaast kan de patiënt de arts verzoeken zijn gegevens voor anderen af te schermen, als hij van mening is dat deze feitelijk onjuist zijn of (op dat moment) niet ter zake doen. Deze verzoeken worden afgehandeld via de manager of directeur die deze zonedig afstemt met de dienstdoende huisarts en/of de doktersassistent. Binnen vier weken laat de HDS de patiënt weten of, en zo ja, in hoeverre aan voornoemde verzoeken kan worden voldaan.

A.4.7. *Recht op verwijdering en vernietiging*

De patiënt heeft het recht om informatie die onjuist is of niet relevant is voor de behandeling, te laten verwijderen (WBP). Ook kan de patiënt verzoeken (een deel van) zijn dossier te laten vernietigen (WGBO). Vernietigen wil zeggen dat gegevens daadwerkelijk uit het bestand gehaald worden en dat de systeemontwikkelaar voor de technische uitvoering daarvan zorgdraagt. Bij voorkeur wordt met behulp van een logfile geregistreerd wie, wanneer de (soort) gegevens heeft vernietigd. De gegevens worden binnen *drie maanden* vernietigd.

Slechts op twee gronden kan de hulpverlener het verzoek weigeren. Ten eerste vanwege een voorschrift of een andere wet die bepaalt dat de gegevens gedurende een bepaalde periode moeten worden bewaard. En ten tweede vanwege een 'aanmerkelijk belang' van een ander dan de patiënt waardoor (bepaalde) gegevens moeten worden bewaard. De manager of directeur stemt het verzoek tot verwijdering of vernietiging af met de dienstdoende huisarts om na te gaan of genoemde uitzonderingen zich voordoen.

De tweede uitzondering kan bijvoorbeeld gaan om een situatie waarin de patiënt een procedure tegen de HDS of dienstdoende huisarts wil aanspannen of dit inmiddels heeft gedaan. De HDS of arts hebben er dan een 'aanmerkelijk' belang bij dat de gegevens voor het verweer gebruikt kunnen worden. Dat er slechts een 'puur theoretische' kans bestaat dat zo'n procedure in de toekomst nog eens zal worden gestart, is onvoldoende grond om een vernietigingsverzoek van de patiënt af te wijzen. Bij voorkeur wordt een vernietigingsverzoek en ook een eventuele weigering schriftelijk ingediend en als correspondentie (separaat) bewaard. Dit met het oog op eventuele latere misverstanden of een procedure.

De tweede uitzondering kan bijvoorbeeld gaan om een situatie waarin de patiënt een procedure tegen de HDS of dienstdoende huisarts wil aanspannen of dit inmiddels heeft gedaan. De HDS of arts hebben er dan een 'aanmerkelijk' belang bij dat de gegevens voor het verweer gebruikt kunnen worden. Dat er slechts een 'puur theoretische' kans bestaat dat zo'n procedure in de toekomst nog eens zal worden gestart, is onvoldoende grond om een vernietigingsverzoek van de patiënt af te wijzen. Bij voorkeur wordt een vernietigingsverzoek en ook een eventuele weigering schriftelijk ingediend en als correspondentie (separaat) bewaard. Dit met het oog op eventuele latere misverstanden of een procedure.

Zou een procedure worden aangespannen nadat het dossier door de huisarts al vernietigd is, dan zal de rechter bekijken of de HDS of de dienstdoende huisarts voldoende in staat is zich met behulp van bijvoorbeeld een kopie van het dossier dat de patiënt eerder heeft opgevraagd, te verweren en of dit voldoende basis biedt voor een eerlijk proces ('fair trial'). Is dat niet het geval dan zal dat in het voordeel van de HDS of arts werken. Zie verder B.2.8. onder 'gebruik van medische gegevens voor verweer van de huisarts'.

Gegevens mogen in 'geanonimiseerde' vorm altijd langer bewaard worden. Ook als de patiënt vernietiging heeft gevraagd. Dit betekent dat de gegevens niet meer tot de patiënt herleid kunnen worden. Bewaring in geanonimiseerde vorm kan van belang zijn voor onderwijs, wetenschap, statistiek of kwaliteitsonderzoek. Het anonimiseren van de gegevens wordt door een - tot de betreffende gegevens toegangsbevoegde - medewerker van de HDS gedaan ofwel door een externe persoon met een strikte schriftelijk overeengekomen geheimhoudingsplicht.

A.4.8. Checklist

De patiënt heeft een aantal rechten tegenover de HDS en de dienstdoende huisarts(en) die hulpverlener zijn in de zin van de WGBO. Ook de WBP kent de patiënt een aantal rechten toe die door de 'verantwoordelijke' worden nagekomen. Deze rechten zijn de volgende:

Checklist

- * De hulpverlener heeft een dossierplicht. Dit betekent dat de HDS medewerkers en de dienstdoende huisartsen verplicht zijn zorgvuldige aantekeningen van de hulpvraag van de patiënt, de geboden zorg, verwijzing, medicatie of nazorg vast te leggen. De gegevens worden zo bewaard dat personen die niet bevoegd zijn tot toegang er ook niet bij kunnen. De bewaartermijn is tien jaar na afsluiting van het consult. Hierna worden de gegevens vernietigd tenzij er een specifieke reden is om de gegevens in een bepaald geval langer te bewaren.
- * De patiënt heeft recht op inzage, afschrift, aanvulling en vernietiging (WGBO) en op kennisneming, correctie, afscherming en verwijdering (WBP).
- * Het verdient aanbeveling dat de manager of directeur van de HDS een eenvoudige procedure voor de uitvoering van patiëntenrechten vaststelt. Medewerkers en patiënten (informatiefolder) worden daarover geïnformeerd. Binnen die procedure is van belang dat het verzoek van de patiënt wordt afgestemd met de dienstdoende huisarts. Dit om na te gaan of er eventueel een bij wet aangegeven uitzondering op het patiëntenrecht aan de orde is.

B. Gegevensvastlegging door en gegevensverstrekking aan de HDS

In onderdeel A zijn de wettelijke eisen rond het omgaan met gegevens beschreven voor de HDS. In onderdeel B wordt specifiek ingevuld welke gegevens(bestanden) binnen de HDS worden vastgelegd en welke gegevens daaruit aan anderen worden verstrekt. De uit de wet voortvloeiende plichten van de HDS-medewerkers en dienstdoende huisartsen hebben betrekking op deze specifieke gegevens(bestanden). Zo zal de ‘verantwoordelijke’ de doelen en ontvangers van de verschillende gegevensbestanden die in onderdeel B.1.1. worden aangegeven, melden bij het CBP⁹. En zijn de geheimhoudingsplicht, de beveiligingseisen, dossier- en bewaarplicht en de patiëntenrechten op alle in onderdeel B.1.1. genoemde gegevens(bestanden) van toepassing.

In B.1. staat de *interne toegang* tot de gegevens door medewerkers binnen de HDS centraal. Het gaat daarbij om de vraag of toegang tot welke gegevens mogelijk is door bijvoorbeeld de dienstdoende huisarts, de telefonist, doktersassistent, klachtenfunctionaris of manager of directeur tot de patiëntengegevens. Ten aanzien van bijvoorbeeld de systeembeheerder of de ICT onderhoudsdienst of softwareleverancier geldt dat deze personen uitsluitend toegang hebben tot (alle) opgeslagen gegevens voor zover dat noodzakelijk is voor onderhoud en opsporing van (technische) fouten. Uiteraard geldt ook voor deze personen een geheimhoudingsplicht. Het is verstandig om dat ook schriftelijk af te spreken (zie ook **Hulpmiddel 2**).

In B.2. gaat het om de *externe verstrekking* van persoonsgegevens uit de registraties die in B.1. worden genoemd. Het gaat daar dus om de verstrekking van gegevens door de dienstdoende huisarts of de medewerkers van de HDS aan derden.

B.1.1. Gegevensvastlegging door de HDS en toegangsbevoegden

Binnen de HDS worden diverse gegevensbestanden vastgelegd. In deze bestanden worden persoonsgegevens van patiënten, bezoekers van de HDS of medewerkers vastgelegd. Een aantal typeringen van deze bestanden zoals *doel*, ontvangers, gegevenssoorten worden gemeld bij het CBP. In onderdeel B.1.1. wordt het doel van deze bestanden kort aangegeven alsmede de personen die *toegang* hebben tot deze specifieke registraties. Dit laatste onderdeel ‘toegangsbevoegden’ ten aanzien van de diverse gegevensbestanden is gebruikt als basis voor de invulling van de ‘categorie van ontvangers’ in het Meldingsformulier of Meldingsprogramma van het CBP, zie **Hulpmiddel 2**.

Ook al gaat het hier in principe om gescheiden gegevensbestanden, in een aantal specifieke gevallen is het noodzakelijk voor het doel van de verwerking om gegevens uit diverse bestanden te *koppelen*. Voor het goed kunnen behandelen van klachten, meldingen of incidenten is het niet alleen nodig dossiergegevens in te zien, maar mogelijk moeten ook band- of video opnamen, functioneringsgegevens van medewerkers of MIP-gegevens betrokken worden. In het algemeen geldt dat koppeling mogelijk is voor zover het gebruik van de gegevens valt binnen de (gerechtvaardigde) doelstelling(en) van de betreffende registratie(s) of daarmee in het betreffende geval zeer wel verenigbaar zijn. In het voorbeeld is kan dat het geval zijn. Koppeling van geanonimiseerde gegevens bijvoorbeeld in het kader van kwaliteitsbeleid, onderzoek of bijscholing is altijd mogelijk, zie ook het kader in onderdeel A.4.7.

In **Hulpmiddel 8** is een overzicht opgenomen van toegangsbevoegden binnen de HDS tot gegevens(bestanden) van patiënten die in onderdeel B.1. zijn vermeld.

⁹Niet alle gegevensbestanden hoeven afzonderlijk te worden gemeld, omdat een groot aantal doelen van de diverse gegevensbestanden die bij de melding moeten worden aangegeven, met elkaar samenhangen of overeenkomen.

B.1.1.1. Het opnemen van telefoongesprekken binnen de HDS

Regelmatig komt het voor dat binnen de HDS zowel binnenkomende als uitgaande telefoongesprekken tussen patiënt en telefonist, doktersassistent en telefoonarts worden opgenomen¹⁰. Patiënten die met de HDS bellen krijgen vaak eerst een bandje te horen met informatie over de (werkwijze van de) HDS. Soms wordt daarbij het aantal wachtenden genoemd. De patiënt krijgt vervolgens een doktersassistent of telefoonarts te spreken en legt zijn hulpvraag of klachten aan hem voor. De laatste zal ook vragen naar een aantal administratieve zaken. De WBP vereist dat patiënten *vooraf* op de hoogte worden gesteld van de opname van de gesprekken en het doel daarvan. Dat kan op het bandje zelf, via de informatiefolder of de website van de HDS (zie ook **Hulpmiddel 3**). Hoofddoel van opname is het gesprek te kunnen terugluisteren om in geval van een incident of calamiteit of bij meningsverschillen met andere hulpverleners het gebeurde te reconstrueren. Nevendoelen kunnen ook zijn opnamen van gesprekken van de assistent te gebruiken voor trainingsdoeleinden of beoordeling van het functioneren van de betreffende medewerker. Voor het gebruik van de opnamen voor training of beoordeling gelden specifieke, door het CBP opgestelde, voorwaarden.¹¹ In het algemeen geldt dat de medewerkers hierover vooraf door de leidinggevende op de hoogte worden gesteld. Bij het opnemen van de telefoongesprekken worden persoonsgegevens vastgelegd. De opnamen vallen daarmee onder de geheimhoudingsplicht, de privacy-eisen en meldingsplicht aan het CBP. Ook zijn de patiëntenrechten hierop van toepassing. De patiënt heeft bijvoorbeeld recht op het beluisteren van het gesprek dat met hem is gevoerd. Uiteraard alleen gedurende de periode dat de opgenomen gespreksgegevens worden bewaard. Zonodig kan hij een kopie van dat gesprek opvragen. Net als bij het vastleggen van dossiergegevens is het van belang dat de betrokken functionaris dit zorgvuldig en correct doet. Aan het vragen van een kopie zijn kosten verbonden. Met name het uittikken van de geluidsoptname (transcriptie, door een onafhankelijk persoon uit te voeren) kan veel werk en daarmee extra 'bewerking' (en kosten) met zich brengen, zie ook de in rekening te brengen kosten in **Hulpmiddel 7**, vierde bolletje. In plaats van uittikken kan ook (uitsluitend) het betreffende stukje tekst van de opname gekopieerd worden. De geluidsoptnamen zijn veelal beveiligd via een inlogcode en toegang is beperkt tot de aangegeven doelen. In afwijking van de bewaartermijn van elektronisch of schriftelijk vastgelegde gegevens in het intake- of meldingsformulier (zie B.1.1.4.), welke ingevolge de WGBO tien jaar is, worden de opgenomen (hulpvraag)gegevens twee jaar bewaard. Deze afwijking van de wettelijke bewaartermijn van tien jaar is gelegitimeerd, omdat verondersteld wordt dat de kerngegevens uit het gesprek in het dossier worden opgenomen. Langer bewaren van de opgenomen gesprekken is mogelijk indien 'goed hulpverlenerschap' dit vereist. Ook een juridisch belang kan reden zijn de opname langer te bewaren (zie voor deze uitzonderingen A.4.3.)

- *Doel geluidsoptnamen:* beoordelen van het verloop van het gesprek in geval van onduidelijkheid of een klacht, een incident of calamiteit of een agressiemelding door een medewerker. Ook in verband met vragen van of meningsverschillen met andere externe collega's, bijvoorbeeld over tijdstip indienen hulpverzoek. Tevens voor het zonodig checken van het correcte telefoonnummer voor terugkoppeling tijdens de waarneming en voor het toetsen van de eerder vastgestelde zorgvraag (met name van belang bij 'paniektelefoontjes'). Mogelijke neventoelen: kwaliteitsverbetering (gesprekstechniek doktersassistent, trainingsdoeleinden); beoordelen functioneren doktersassistent.
- *Toegangsbevoegden:* binnen hierboven aangegeven doelen: klachtenfunctionaris, kwaliteitsmedewerker, klachtenbemiddelaar en klachtencommissie van de HDS, betrokken medewerker of dienstdoende huisarts over wie is geklaagd, locatiemanager of directeur, zonodig andere betrokken externe collega's met betrekking tot bedoelde meningsverschil en een externe klachtencommissie¹². De kwaliteitscommissie en/of het bestuur van de HDS kunnen in het kader van kwaliteitsverbetering deze gegevens zonodig ontvangen, maar dan in een vorm die niet herleidbaar is tot patiënten of medewerkers.

¹⁰De HDS is niet verplicht om de gesprekken op te nemen. Met het oog op knelpunten rond het uitvoeren van patiëntenrechten ten aanzien van geluidsoptnamen, kan de HDS er ook voor kiezen het gesprek niet op te nemen maar de informatie alleen op schrift of digitaal vast te leggen en dus (alleen) het intake- of meldingsformulier door de doktersassistent of telefoonarts te laten invullen.

¹¹Hulsman BJP, Als de telefoon wordt opgenomen, Regels voor het registreren, meeluisteren en opnemen van telefoongesprekken van werknemers, Registratiekamer, november 1996. www.cbweb.nl onder publicaties/ rapporten.

¹²Indien de klager bij de externe klachtencommissie een ander is dan de patiënt of diens vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een ambulancebroeder die klaagt over de informatieoverdracht over een patiënt vanuit de HDS naar de CPA, is voor gegevensverstrekking door de HDS aan de commissie toestemming nodig van de patiënt.

B.1.1.2. Persoonsgegevens via cameratoezicht

Bij veel HDS-en is min of meer permanent cameratoezicht aanwezig voor de bewaking en beveiliging (zie ook onderdeel A.2.1.). Het attent maken van bezoekers op de camera's via een waarschuwingsbord bij de ingang en/of de informatiefolder van de HDS is vanwege de kenbaarheidseis verplicht. Melding van deze registratie is *niet* nodig mits de camera's voor de bezoekers duidelijk *zichtbaar én kenbaar*¹³ zijn en deze uitsluitend worden gebruikt en verstrekt voor veiligheid, beveiliging en bewaking en/of het vastleggen van incidenten. Bovendien mogen de gegevens *maximaal 24 uur* na opname worden bewaard of tot het moment dat de geconstateerde incidenten zijn afgehandeld. Wordt niet aan deze voorwaarden voldaan dan geldt ook de WBP-meldingsplicht ten aanzien van deze registratie. De met de camera geregistreerde gegevens worden niet in het dossier vastgelegd. Deze worden alleen gebruikt bij incidenten en zijn alleen toegankelijk voor personen die betrokken zijn bij beveiligingsactiviteiten in incidenten.

Is er bijvoorbeeld uit preventief oogpunt wél een camera maar worden niet daadwerkelijk opnames gemaakt, dan worden geen persoonsgegevens verwerkt en is het bovenstaande vanzelfsprekend niet van toepassing.

- *Doel cameratoezicht:* bewaken van de veiligheid van patiënten, bezoekers en medewerkers; vastleggen van incidenten; beveiliging en bewaking; zonodig toezicht houden op de gezondheidstoestand van patiënten op wie niet direct zicht is in de wachtkamer.
- *Toegangsbevoegden:* locatiemanager of directeur van de HDS, uitsluitend als zich een uitzonderlijke situatie heeft voorgedaan, zoals een calamiteit of agressie.

B.1.1.3. Verzekerdenregistratie patiënten

Het is binnen een aantal HDS-en gebruik dat de zorgverzekeraars die met de HDS een (huisartsen)zorgovereenkomst in de regio in de avond-, nacht- en weekenduren zijn aangegaan, een bestand met gegevens over verzekerden en bijbehorende administratieve gegevens alsmede wijzigingen daarin aanlevert bij de HDS. De HDS stuurt de declaraties na een bezoek van de patiënten aan de HDS maandelijks door aan de verzekeraar van ziekenfondspatiënten. Na afspraken hierover met en instemming van de patiënt stuurt de HDS de factuur naar de particuliere verzekeraar. De factuur kan ook rechtstreeks naar de patiënt worden gestuurd. Met het oog op bijvoorbeeld de juiste adressering van de factuur mag binnen de HDS aan de patiënt gevraagd worden of hij zich kan legitimeren, bijvoorbeeld door zijn rijbewijs of verzekerdenpas te laten zien, maar daartoe kan hij (nog) niet verplicht worden (zie ook onderdeel A.4.4.).

- *Doel verzekerdenregistratie:* efficiency met betrekking tot gegevensverwerking en identificatie van patiënten die zich tot de HDS wenden. Tevens controle door de HDS van al dan niet verzekerd zijn van patiënt die zich tot de HDS wendt¹⁴.
- *Toegangsbevoegden:* doktersassistent/telefoonarts, dienstdoende huisarts, financieel of administratief medewerkers, alleen in geval van een incident of klacht van de patiënt de locatie/regiomanager of directeur en klachtenfunctionaris of kwaliteitsmedewerker van de HDS.

B.1.1.4. Dossiergegevens van de patiënt

Op een (standaard) intake-formulier wordt de melding of het consult van de patiënt geregistreerd volgens de SOEP-systematiek¹⁵. Het betreft doorgaans de volgende gegevens: NAW-gegevens en geboortedatum patiënt, administratieve gegevens patiënt zoals verzekeringsvorm en nummer, huisarts, apotheek, medische (SOEP) gegevens over contact met HDS, diagnose, verwijzing, medewerker, tijdstip, fiat en door wie (met eventueel BIG registratienummer) en tijdstip, (herhaal)recept, gegevens ontvanger(s), tijdstip en via welk medium). Het intake- of meldingsformulier wordt altijd gefiatteerd door de dienstdoende huisarts. Vervolgens wordt deze informatie zo spoedig mogelijk (in ieder geval voor aanvang van de eerstvolgende werkdag van de eigen huisarts) per fax of e-mail

¹³bijvoorbeeld via een waarschuwingsbordje bij de ingang

¹⁴Als de patiënt niet verzekerd blijkt te zijn, dan wordt de nota direct binnen de HDS betaald of deze wordt meegegeven of het administratiekantoor regelt de financiële afhandeling.

¹⁵SOEP: Subjectief-Objectief-Evaluatie-Plan.

naar de eigen huisarts gestuurd (waarneembericht) of zonodig aan de patiënt meegegeven, zoals bij nomi's of passanten (zie onderdeel B.2.1.). Waarschuwingsberichten die de eigen behandelend arts van de patiënt aan de HDS verstrekt (zie onderdeel B.1.2.1.) worden ook in het HDS-dossier bewaard.

In geval van gebruik van de dossiergegevens bij een volgend bezoek aan de HDS is het van belang dat de gegevens correct en zo mogelijk *geactualiseerd* zijn ter voorkoming van verkeerde adviezen vanuit de HDS. Daarom is het van belang dat de eigen huisarts in die gevallen, dat de adviezen of verwijzingen vanuit de HDS een andere afloop hebben gehad, zo goed als mogelijk is terugkoppelt naar de HDS. Dit is in ieder geval reden de eerder vastgelegde dossiergegevens niet als vaststaand, maar kritisch bij een volgende hulpvraag te betrekken en de patiënt goed te bevragen. Bij elektronische toegang tot het dossier van de eigen huisarts zal het probleem van actualiteit van de gegevens zich niet of veel minder voordoen (zie onderdeel B.1.2.3.).

- *Doel dossier:* verantwoorde zorgverlening aan de patiënt; facturering (zie hieronder); verslaglegging/verstrekking aan de eigen huisarts, eventuele rechtstreeks betrokkenen of (met toestemming van de patiënt) aan derden (zie onderdeel B.2.).
- *Toegangsbevoegden:* doktersassistent/telefoonarts; dienstdoende huisarts; financieel of administratief medewerkers (uitsluitend de voor de facturering noodzakelijke gegevens, zie onder financiële administratie/boekhouding); alleen in geval van een incident of klacht van de patiënt heeft ook de klachtenfunctionaris of kwaliteitsmedewerker en zonodig de locatie/regiomanager of directeur toegang. De locatie- of regiomanager of directeur hebben in beginsel echter geen toegang tot *medische* gegevens van de patiënt, uitsluitend als dat voor hun functionele betrokkenheid bij het incident of de klacht noodzakelijk is of als de patiënt deze daar expliciet, bijvoorbeeld in verband met een inzage of afschriftverzoek, om vraagt (zie opmerking bij B.2.2. en B.2.3.).

B.1.1.5. Persoonlijke werkaantekeningen

Bij persoonlijke werkaantekeningen gaat het om indrukken, vermoedens of vragen die bij de doktersassistent of dienstdoende huisarts kunnen leven en die op dat moment van belang lijken om te noteren. Deze gegevens, die ook wel in een werkboekje of werkschrift vaak op datum worden genoteerd, dienen uitsluitend als geheugensteun voor de eigen gedachtevorming van de hulpverlener die de aantekening maakt. Toegang tot deze gegevens moet uiterst beperkt blijven (persoon die de aantekening maakt en zonodig de arts met wie overlegd wordt). Ze vallen *niet* onder het dossier. Per definitie hebben ze een *tijdelijk* karakter. Blijken de gegevens van belang voor de kwaliteit of continuïteit van de behandeling van de patiënt, dan worden deze alsnog in het dossier opgenomen¹⁶ en zijn ze ter *inzage* aan de patiënt. Ook als het om gevoelige gegevens gaat, bijvoorbeeld bij (vermoedens van) (kinder)mishandeling worden deze, zodra er sprake is van meer dan een eerste vermoeden, in het dossier opgenomen.

- *Doel persoonlijke werkaantekening:* ondersteuning voor de gedachtevorming van de hulpverlener.
- *Toegangsbevoegden:* degene die de aantekening gemaakt heeft en eventueel de hulpverlener met wie de eerste het met het oog op een goede behandeling noodzakelijk vindt te overleggen.

B.1.1.6. Financiële administratie/boekhouding

Van alle consulten of handelingen door de HDS-medewerkers of dienstdoende huisarts wordt een financiële administratie bijgehouden. De declaratie voor de kosten van het consult door de HDS worden voor ziekenfondsverzekerden aan de verzekeraar gestuurd, particulier verzekerden ofwel rechtstreeks hun verzekeraar ontvangen een factuur (zie ook onderdeel B.1.1.3.). Maar vaak heeft de HDS de financiële afhandeling van de consulten uitbesteed, bijvoorbeeld aan een extern administratiekantoor zoals DFA service. Deze is dan 'bewerker' van de financiële administratie. De HDS heeft met dit kantoor een bewerkerscontract (zie A.1.2.). De bewerker ontvangt van de HDS een *beperkt* aantal gegevens, nodig om de factuur of declaratie te kunnen maken: NAW-gegevens van de patiënt en een code voor de soort behandeling (bezoek, telefonisch advies of consult). Eventuele aanmaningen en het

¹⁶Zie ook Meldcode voor medici inzake kindermishandeling, Vademecum IX.01

innen van gelden wordt ook door het kantoor uitgevoerd. Als de financiële administratie niet is uitbesteed zal de HDS een of meerdere financiële medewerkers in dienst hebben.

De financiële gegevens van de patiënt worden minimaal zeven jaar na facturering bewaard op grond van de belastingwetgeving. Het ligt echter voor de hand deze even lang te bewaren als de bijbehorende dossiergegevens van de patiënt.

- *Doel financiële administratie:* berekenen, vastleggen en innen van facturen en declaraties.
- *Toegangsbevoegden:* financiële medewerkers, extern administratie of servicekantoor, bij klachten of (ingewikkelde) vragen van bijvoorbeeld de zorgverzekeraar ook de locatie- of regiomanager of directeur.

B.1.1.3. Accountantsverklaring

De financiële administratie van HDS moet jaarlijks worden voorzien van een accountantsverklaring. Voordat de accountant deze verklaring kan afgeven is het soms nodig dat hij een onderzoek verricht. Daarbij kan hij behoefte hebben aan patiëntgegevens. Bijvoorbeeld om te controleren welke verrichting is uitgevoerd en waarom die bepaalde verrichting op 'niet declareren' is gezet. Het uitgangspunt daarbij moet zijn dat de accountant zo min mogelijk gegevens van patiënten te zien krijgt. Doorgaans is het niet nodig om volledige toegang tot de dossiers te verschaffen. Vaak kan de accountant volstaan met het nemen van een streekproef uit het overzicht van afwijkende declaraties (dat zijn bijvoorbeeld niet in rekening gebrachte declaraties omdat deze niet inbaar waren, meldingen van andere hulpverleners aan de HDS die niet declarabel zijn of dubbele verrichtingen die geëxpliciteerd terug te vinden moeten zijn in het overzicht). De accountant verzoekt de manager of directeur een reden of onderbouwing zoals hierboven aangegeven, te geven voor die afwijkende declaraties. Daarvoor zijn doorgaans geen medische gegevens van de patiënt nodig.

B.1.1.7. Klachten- en kwaliteitsregistratie

Patiënten of hun vertegenwoordigers zijn bevoegd een klacht in te dienen tegen medewerkers of de dienstdoende huisarts van de HDS. De HDS beschikt daartoe over een klachtenregeling¹⁷. Bij klachtenopvang en -behandeling door de klachtenfunctionaris of klachtencommissie van de HDS worden binnen de HDS persoonsgegevens vastgelegd. Soms wordt gebruik gemaakt van een standaard registratieformulier. Hierin worden gegevens ingevuld over bijvoorbeeld de toedracht, locatie van het incident, mogelijke oorzaken, gevolgen en verbeterpunten, uitkomst van de afhandeling van de klacht en ondernomen acties en checklist van bespreking. De gegevens die rond de (behandeling van) een klacht worden vastgelegd worden los van het dossier (zie onderdeel B.1.1.4.) bewaard, tenzij dat van direct belang is voor de behandeling of begeleiding van de patiënt. Voor persoonsgegevens in de klachtenregistratie die niet uiterlijk twee jaar na afhandeling van de klacht worden verwijderd geldt ingevolge de WBP een meldingsplicht¹⁸.

- *Doel klachten(behandelings)registratie:* vroegtijdig signaleren, bespreken, bemiddelen en afhandelen van klachten, geschillen en conflicten; continuïteit en voortgangsbewaking van de afhandeling van klachten; verantwoording werkzaamheden en resultaten (o.a. t.b.v. het jaarverslag); signalering in het kader van de kwaliteitsbevordering van de zorg en verbetering van het klachtenmanagement.
- *Toegangsbevoegden:* voor bespreken en afhandelen van de klacht: de klachten/kwaliteitsfunctionaris of klachtenbemiddelaar van de HDS, leden klachtencommissie, de locatie/regiomanager of directeur. In het kader van kwaliteitsbevordering: zonodig de kwaliteitscommissie en/of het bestuur van de HDS¹⁹, maar dan alleen tot gegevens van de betrokken patiënt, arts(en) en medewerker(s) in geanonimiseerde vorm.

¹⁷Zie: Leidraad Integrale Klachtenregeling Huisartsen Diensten Structuren, LHV 2004.

¹⁸In Hulpmiddel 2 (invullen WBP Meldingsprogramma) is de melding van de klachtenregistratie al verwerkt.

¹⁹Ook wel als verplichting opgenomen gezien in een aantal Reglementen van de (regionale of plaatselijke) doktersdienst.

B.1.1.8. MIP- of FONA-registratie

Vanuit de HDS kan een MIP- of FONA-commissie²⁰ ingesteld zijn. De commissie analyseert incidenten of (bijna) fouten in de patiëntenzorg en rapporteert eventuele verbeterpunten aan de manager of de directeur van de HDS. Uitgangspunt is dat elke medewerker (de doktersassistent, de chauffeur, de telefonist, de dienstdoende huisarts, etc.) die een incident constateert dit zelf meldt. Bij een melding worden slechts gegevens aan de commissie verstrekt die relevant (kunnen) zijn voor het onderzoek van de commissie. Het gaat dan vooral om zaken zoals de toedracht van het incident en de omstandigheden waaronder het incident plaatsvond. De commissie kan dan een nauwkeurig beeld krijgen van het feitelijk gebeurde. Indien noodzakelijk kunnen hierbij tot de patiënt herleidbare gegevens verstrekt worden, maar in alle andere gevallen dat volstaan kan worden met geanonimiseerde gegevens moet hiervoor gekozen worden. Toestemming van de patiënt voor verstrekking van herleidbare gegevens is dan niet vereist, maar de noodzaak hiervan moet desgevraagd wel door de commissie onderbouwd kunnen worden²¹. De informatiefolder is een goede plaats om aan bezoekers van de HDS te melden dat hun gegevens gebruikt kunnen worden voor deze meldingen. Bij een melding dient de privacy van de patiënt zo min mogelijk geschonden te worden. Het is bijvoorbeeld in de meeste gevallen niet noodzakelijk om het volledige medische dossier van de patiënt te verstrekken. De MIP-commissie heeft geen zelfstandig recht om voor het onderzoek patiëntendossiers in te zien. Dit geldt ook voor het af luisteren van bandopnames. Heeft de commissie meer gegevens nodig, dan kan ze aan de melder vragen deze te verstrekken. Hij is echter niet verplicht de gevraagde gegevens te verstrekken. Wel kunnen degenen die bij het incident betrokken waren worden gehoord, waarbij eveneens de privacy van de patiënt zo min mogelijk wordt geschonden (zie hierboven). Het rapport van de commissie wordt apart bewaard (zie ook beveiligingseisen in A.2.3.). Het rapport dat de commissie opstelt en uitbrengt aan de directie is geanonimiseerd. Het rapport is geen onderdeel van het medisch dossier van de patiënt. Dit betekent dat deze geen inzage heeft. Net als de leden van een klachtencommissie hebben ook de MIP-commissieleden een geheimhoudingsplicht en een afgeleid verschoningsrecht. Dit betekent dat de eventueel bij de commissie bekende namen van personen die bij het incident betrokkenen zijn, binnen de commissie blijven.

- *doel van de MIP-registratie:* bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg in de HDS.
- *Toegangsbevoegden:* het rapport dat de MIP-commissie naar aanleiding van het onderzoek samenstelt moet worden beschouwd als een intern rapport dat slechts toegankelijk is voor de manager of directeur van de HDS en voor de melder van het incident.

B.1.1.9. Personeelsregistratie medewerkers HDS²²

Van de medewerkers bij de HDS worden diverse gegevens (administratieve gegevens, salarisgegevens, opleidings- en beoordelingsgegevens etc.) in de personeelsadministratie vastgelegd. Als deze persoonsgegevens niet uiterlijk twee jaar na beëindiging van het dienstverband worden verwijderd, worden ze eveneens gemeld bij het CBP (zie A.2.1.).

- *Doel personeelsadministratie:* behandelen personeelszaken, functioneren medewerkers, uitbetalen van salaris, opleidingen, bedrijfsmedische zorg.
- *Toegangsbevoegden:* personeelsmedewerker, (uitsluitend voor goede taakuitoefening noodzakelijke gegevens) financiële medewerker(s), locatie/regiomanager of directeur.

B.1.2. Informatie ontvangen van andere hulpverleners

In deel B.1.1. is aangegeven welke persoonsgegevens binnen de HDS worden vastgelegd en bewaard. De HDS krijgt een aantal van deze gegevens aangereikt door andere hulpverleners. Deze gegevens worden doorgaans aan de HDS verstrekt met het oog op continuïteit in de hulpverlening en daarmee bespoediging van de meest werkbare en efficiënte zorg aan de patiënt, ook tijdens de ANW-diensten. In dit deel (B.1.2.) worden van deze

²⁰MIP staat voor Meldingen Incidenten Patiëntenzorg. Dergelijke commissies functioneren onder verschillende namen zoals bijvoorbeeld FONA-, en FOBO-commissies.

²¹De Nationale Raad voor de Volksgezondheid acht gegevensverstrekking zonder toestemming van de patiënt toegestaan indien dit nodig is ten behoeve van kwaliteitsbewaking door de directie of ten behoeve van toetsing door een Mip-commissie. Zie het advies privacy en gegevensverstrekking van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, maart 1992.

²²De registratie van gegevens van dienstdoende huisartsen wordt hieronder begrepen geacht.

gegevensverstrekking aan c.q. toegang tot gegevens door de HDS drie voorbeelden genoemd: het waarschuwingsbericht van de eigen huisarts (B.1.2.1.), de naam van patiënten met een crisisindicatie van RIAGG en GGZ (B.1.2.2.) en het hebben van directe toegang tot het actuele dossier van de eigen huisarts (B.1.2.3.). In andere met deze voorbeelden vergelijkbare situaties kan onder dezelfde zorgvuldigheidseisen (beperkte toegang en geheimhoudingsplicht van toegangsgerechtigde) worden gehandeld.

B.1.2.1. Waarschuwingbericht

Behandelend artsen (bijvoorbeeld de eigen huisarts van de patiënt) kunnen een waarschuwingsbericht naar de HDS sturen. Een waarschuwingsbericht bevat specifieke informatie over een patiënt waarvan verwacht wordt dat deze met een hulpvraag bij de HDS komt of dat deze speciale aandacht van de dienstdoende huisarts zal vragen. Het gaat dan bijvoorbeeld om terminale patiënten, patiënten met een afwijkende zorgbehoefte of patiënten waarmee individuele afspraken zijn gemaakt. Ook kan een waarschuwingsbericht bedoeld zijn om te waarschuwen voor patiënten die bij de HDS mogelijk komen 'shoppen' voor het verkrijgen van (slaap)middelen. Een waarschuwingsbericht kan ook relevante informatie bevatten uit de specialistenbrief die, na een eerdere verwijzing door de HDS naar die specialist, aan de eigen huisarts is toegezonden. Een waarschuwingsbericht dient er toe de dienstdoende huisarts te attenderen en voor te bereiden op een hulpvraag die tijdens de dienst wordt verwacht en om het beleid van de eigen huisarts te kunnen continueren. Deze berichten maken onderdeel uit van het medisch dossier van de patiënt.

- *Doel waarschuwingsbericht:* de dienstdoende huisarts attenderen op en zonodig adviseren over een te verwachten hulpvraag tijdens de dienst en continueren van ingezette beleid door de eigen huisarts.
- *Verstrekker van de gegevens:* de eigen huisarts van de patiënt verstrekt relevante gegevens om de dienstdoende huisarts te attenderen of voor te bereiden op de mogelijke hulpvraag.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de doktersassistent/telefoonarts ontvangt het waarschuwingsbericht via fax of e-mail. Ook kan het bericht aan het begin van de dienst per telefoon aan de doktersassistent/telefoonarts of dienstdoende huisarts doorgegeven worden. De eigen huisarts verstrekt slechts de gegevens die nodig zijn om de dienstdoende huisarts te 'waarschuwen'. Hierbij hangt het van de omstandigheden af welke gegevens daarvoor nodig zijn. Uiteraard vallen deze gegevens onder de geheimhoudingsplicht.

B.1.2.2. Patiënten met een crisisindicatie van RIAGG en GGZ

Voordat een patiënt door een RIAGG of GGZ-instelling opgenomen wordt met een psychiatrische indicatie moet hij eerst gezien worden door de eigen huisarts. Tijdens de ANW-diensten zal de dienstdoende huisarts van de HDS deze functie overnemen. Voor patiënten die al bekend zijn met deze aandoening en een crisisindicatie hebben voor psychiatrische hulpverlening voegt een intake door de dienstdoende huisarts weinig toe, tenzij het bijvoorbeeld om de hechting van een wond gaat. Dergelijke patiënten (en hun omgeving) zijn er het meest bij gebaat door de HDS direct naar de crisisdienst van de RIAGG of de betreffende GGZ-instelling verwezen te worden. Met veronderstelde toestemming van deze patiënten mogen hun namen (vooraf) aan de HDS worden verstrekt. Meldt een van deze patiënten zich, dan zal hij gelijk doorverwezen kunnen worden, zonder fysieke tussenkomst van de dienstdoende huisarts. Wél is het nodig dat deze patiënten én de bij de HDS aangesloten huisartsen door de RIAGG en GGZ-instelling worden geïnformeerd over deze verstrekking en het doel daarvan. De patiënt behoudt het recht om bezwaar te maken.²³

- *Doel verstrekking crisisindicatie:* het verstrekken van een beperkt aantal gegevens van patiënten met een crisisindicatie aan de HDS(-en) in de regio om de hulpverlening aan hen te bespoedigen. Daardoor hoeven deze patiënten niet eerst door de dienstdoende huisarts binnen de HDS gezien te worden gezien; zij kunnen door de HDS rechtstreeks verwezen worden naar de RIAGG of GGZ-instelling.
- *De verstrekker van de gegevens:* de RIAGG en de GGZ-instelling die reeds bekend zijn met deze patiënten.

²³Deze werkwijze is eind 2003 voorgelegd aan het CBP en akkoord bevonden.

- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de HDS ontvangt de naam van de patiënt met een crisisindicatie voor directe verwijzing naar de RIAGG of GGZ-instelling. De HDS dient ervoor te zorgen dat deze gegevens bij de telefonist of doktersassistent en de dienstdoende huisarts bekend worden. De gegevens worden zorgvuldig opgeslagen en beheerd en zijn uitsluitend (via een login) toegankelijk voor genoemde personen.

B.1.2.3. Directe toegang door de HDS tot het actuele dossier en het EPD

Sommige HDS-en hebben directe toegang tot de medische dossier van de eigen huisarts van de patiënt. Dit heeft een groot voordeel voor de dienstdoende huisarts omdat hij dan ook in de avond-, nacht-, en weekenden kan beschikken over de *actuele* medische voorgeschiedenis van de patiënt (zie daarvoor ook onderdeel B.1.1.4.). De dienstdoende huisarts binnen de HDS wordt beschouwd als vervanger van de eigen huisarts en heeft daarom toegang tot het dossier van de patiënt, tenzij de patiënt daartegen uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt. Om de betrouwbaarheid en actualiteit van de gegevens te waarborgen worden tussen de aangesloten huisartsen en de HDS afspraken gemaakt over de wijze waarop de dossiers te raadplegen zijn²⁴. Als de uitwisseling/raadpleging van de dossiers via een online verbinding verloopt, dienen de beveiligingsmaatregelen uit onderdeel A.2.3. en **Hulpmiddel 4** in acht genomen te worden.

Patiënten worden *geïnformeerd* over de mogelijkheid dat de dienstdoende huisarts de dossiers van de eigen huisarts kan inzien. Dit kan door de patiënten een brief te sturen, een folder uit te geven of een andere vorm van publicatie. Dit is de taak van de eigen huisarts. Hij is immers verantwoordelijk voor het verstrekken van zijn patiëntengegevens en het beroepsgeheim dat daarop rust. Bij die informatieplicht moet hij de patiënten wijzen op de mogelijkheid *bezwaar* te maken. Tijdens reguliere arts- patiënt contacten kan de huisarts patiënten die bepaalde gevoelige informatie in het dossier hebben staan extra attenderen op de mogelijkheid deze gegevens af te schermen voor inzage binnen de HDS.

Voor inzage in het op termijn ontwikkelde landelijk *elektronisch patiëntendossier (EPD)* door huisartsen en specialisten in de gegevens die zij afzonderlijk hebben vastgelegd²⁵, gelden identieke regels als hierboven. Daarbij is uiteraard van belang dat de huisarts c.q. de specialist uitsluitend inzage in de betreffende gegevens heeft als de patiënt ook daadwerkelijk een beroep op hem doet in verband met klachten van de patiënt waarvoor de gegevens relevant zijn. Niet omdat het bijvoorbeeld van pas komt in het kader van een onderzoek of pilotstudy. De patiënt heeft de mogelijkheid tegen deze inzage in (alle of bepaalde) gegevens bezwaar aan te tekenen.

- *Doel van de directe inzage:* informeren van de dienstdoende huisarts over de medische geschiedenis van de patiënt om zodoende betere kwaliteit van zorg te kunnen leveren.
- *Verstrekker van de gegevens:* de eigen huisarts verleent de HDS toegang tot de (elektronische) medische dossiers van zijn patiënten.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de HDS krijgt toegang tot het gehele medische dossier van de patiënt met uitzondering van die delen die op verzoek van de patiënt zijn afgeschermd. Alle medewerkers van de HDS die in onderdeel B.1.1.4. ('Dossiergegevens van de patiënt') worden genoemd, hebben toegang tot het patiëntendossier voor zover dit in het kader van de uitoefening van hun taken nodig is. Dat zijn bijvoorbeeld de doktersassistent/telefoonarts en de dienstdoende arts. Indien de financieel of administratief medewerkers voor de facturering gegevens nodig hebben, krijgen ze toegang tot de dossiers.

B.2. Gegevensverstrekking door de HDS aan derden

In het vorige deel (B.1.) is aangegeven welke persoonsgegevens binnen de HDS worden vastgelegd en bewaard en welke gegevens door andere behandelend artsen aan de HDS worden verstrekt. Daarbij is aangegeven met welk doel

²⁴ Als het mogelijk is dat de dienstdoende arts in het dossier van de eigen arts wijzigingen kan aanbrengen, dan worden hierover tussen HDS en huisartsen (in de regio en bij voorkeur op termijn landelijk) afspraken gemaakt. Het gaat dan vooral over de wijze waarop de eigen huisarts geattendeerd wordt op de aanpassingen in het dossier en over het tijdig verzenden van de wijzigingen, zodat de eigen huisarts altijd over een actueel dossier beschikt.

²⁵ Regionale projecten zijn er wel, zoals bijvoorbeeld in de regio Nieuwegein/IJsselstein het project Zorginformatie IJsselstein Nieuwegein (ZIIN). Het betreft een samenwerkingsverband tussen het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en 16 huisartsen in die regio. Alle hulpverleners kunnen met hun gebruikersnaam, een pasje met een steeds wisselende code en een wachtwoord een EPD opvragen. Patiënten kunnen bezwaar maken tegen toegang tot het dossier en (onderdelen) laten blokkeren.

dit gebeurt en wie binnen of direct verbonden aan de HDS toegangsbevoegd zijn. Dit deel zal gaan over het verstrekken van persoonsgegevens door de HDS aan *derden*. Verschillende personen of instanties kunnen de HDS benaderen met het verzoek gegevens te verstrekken. Bijvoorbeeld de politie in het kader van een onderzoek of de apotheker die meer informatie nodig heeft alvorens hij een geneesmiddel kan verstrekken. Omdat deze gegevens onder het beroepsgeheim van de arts vallen geldt als hoofdregel dat ze niet zonder toestemming van de patiënt verstrekt mogen worden (zie ook A.4.1.). Hieronder volgen verschillende situaties waarin de HDS verzocht wordt gegevens aan derden te verstrekken. Aangegeven zal worden wat het doel van de gegevensverstrekking is, wie de gegevens mag verstrekken en wie deze gegevens mag ontvangen.

TIP: De “KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens” gaan in algemene zin over het verstrekken van medische gegevens aan derden. Deze richtlijnen zijn te downloaden op www.knmg.nl/vademecum.

B.2.1. Waarneem(retour)bericht

De eigen huisarts dient op de hoogte te worden gesteld van het bezoek en de behandeling van zijn patiënt binnen de HDS. Deze gegevensuitwisseling kan verlopen via een waarneembericht of zoals in onderdeel B.1.2.3. aangegeven, indien de HDS directe toegang heeft tot het (elektronisch) medisch dossier van de eigen huisarts, door daarin aantekening te maken²⁶. De patiënt dient op de hoogte te zijn van deze uitwisseling van gegevens. Deze zullen alleen dan niet worden verstrekt indien de patiënt heeft aangegeven uitdrukkelijk bezwaar te hebben tegen het informeren van de eigen huisarts. Tussen de HDS en de aangesloten huisartsen worden afspraken gemaakt over wie verantwoordelijk is voor het versturen van het waarneembericht, de wijze waarop en op welk tijdstip (gelijk na de behandeling of alle berichten gelijktijdig de volgende ochtend vroeg) ze verstuurd worden. De eigen huisarts ontvangt de nieuwe gegevens in ieder geval vóór aanvang van de eerstvolgende werkdag. De doktersassistent kan, nadat de dienstdoende huisarts het heeft gefiatteerd, het standaardformulier naar de eigen huisarts versturen. Dit kan per fax of e-mail.

Welke gegevens in het waarneembericht?

De meeste HDS-en maken gebruik van een (standaard)formulier waarop de melding of het consult wordt genoteerd (zie B.1. voor omschrijving van deze gegevens). Dit formulier kan goed gebruikt worden als waarneembericht. Verder dienen alle overige relevante gegevens gelijktijdig aan de eigen huisarts gemeld te worden. Bijvoorbeeld of de patiënt is doorverwezen naar een specialist en naar welke.

Meegeven waarneembericht aan de patiënt

Is het niet mogelijk een waarneembericht aan de eigen huisarts te sturen, dan kan het waarneembericht in de vorm van een brief aan de patiënt worden meegegeven voor de (eigen) huisarts. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de patiënt om deze brief al dan niet aan de (eigen) huisarts te geven. Deze situatie zal kunnen voorkomen bij patiënten die niet op naam zijn ingeschreven (noni's) of bij passanten (zoals vakantiegangers, mensen die familie- of vrienden bezoeken of studenten die bij hun ouders logeren).

- *Doel van de gegevensverstrekking:* de eigen huisarts op de hoogte stellen van het consult of de behandeling die zijn patiënt in de avond-, nacht- of weekenddienst binnen de HDS heeft gehad om zodoende de kwaliteit en continuïteit van de zorg te verbeteren.
- *Verstrekker van de gegevens:* de doktersassistent of de dienstdoende huisarts afhankelijk van de afspraken die binnen de HDS gemaakt zijn.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de eigen huisarts of de doktersassistente ontvangen het waarneembericht of worden geattendeerd op de wijzigingen die zijn aangebracht in het (elektronisch) medisch dossier. Het waarneembericht bevat alle relevante medische informatie van de patiënt en diens consult met c.q. behandeling binnen de HDS. Doorgaans bevat het alle gegevens die binnen de HDS bekend

²⁶Naar verwachting zal dit in de toekomst steeds vaker gebeuren. In die gevallen zal de eigen huisarts via een signaal geattendeerd worden op de aanpassingen die in de betreffende dossiers zijn aangebracht. Daarbij moet duidelijk zijn aangegeven welke informatie is toegevoegd of aangevuld.

zijn ten aanzien van de betreffende patiënt en het consult. In uitzonderingssituaties kan een waarneembericht aan de patiënt worden meegegeven.

B.2.2. Gegevensverstrekking aan rechtstreeks betrokkenen

Degene die rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van een patiënt betrokken zijn mogen informatie over die patiënt ontvangen, tenzij de patiënt daartegen expliciet bezwaar heeft gemaakt. In het algemeen geldt dat personen die als team, op directe en gelijkgerichte wijze betrokken zijn bij het doel waarvoor de gegevens worden verstrekt, aangemerkt worden als rechtstreeks bij de behandeling betrokken. Binnen een HDS gaat het dan voornamelijk om de doktersassistent die medische informatie van de dienstdoende huisarts ontvangt om aan de patiënt terug te koppelen, en de praktijkverpleegkundige die informatie ontvangt om zodoende de patiënt op de post te kunnen behandelen, de patholoog die weefsel moet beoordelen van een patiënt, en ook de chauffeur²⁷ die met de dienstdoende huisarts de spoedvisites doet en mee naar binnen gaat om te assisteren. Andere voorbeelden zijn de telefonist en/of receptionist. Zij hebben echter geen toegang tot de inhoudelijke (medische) gegevens als hun functie beperkt is tot het aannemen van de telefoon en/of doorverbinden naar de juiste persoon. Een ander voorbeeld is de financieel medewerker binnen de HDS die toegang heeft tot (een beperkt aantal administratieve, geen medisch/inhoudelijke) gegevens voor de facturering.

De rechtstreeks betrokkene krijgt slechts de informatie die noodzakelijk is voor zijn functioneren in relatie tot de behandeling of begeleiding van de patiënt. Bij de HDS komt dit er vaak op neer dat het (standaard) opname formulier waarin de melding of het consult wordt genoteerd, verstrekt wordt (zie B.1.1.4. onder 'dossiergegevens van de patiënt'). Heeft de dienstdoende huisarts de beschikking over het volledige dossier van de eigen huisarts dan zal hij nagaan welke gegevens relevant zijn voor de rechtstreeks betrokkene. Het zonder meer verstrekken van het volledige dossier is doorgaans niet nodig en dus ook niet juist.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* alle beroepsbeoefenaren die direct betrokken zijn bij het onderzoek of de behandeling van de patiënt voorzien van relevante informatie om zo goed mogelijke zorg te kunnen bieden.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts zal per geval nagaan wie 'rechtstreeks bij de behandeling betrokken' is en aan wie hij derhalve gegevens mag verstrekken. De doktersassistent kan deze gegevens namens hem verstrekken.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* personen die op directe en gelijkgerichte wijze bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken vallen onder het begrip 'rechtstreeks betrokkene'. Als voorbeeld kunnen genoemd worden de doktersassistent, chauffeur, collega-arts, apotheker en de praktijk verpleegkundige. Zij ontvangen alle gegevens die voor hun functioneren in relatie tot de behandeling of begeleiding van de patiënt noodzakelijk zijn tenzij de patiënt hiertegen expliciet bezwaar heeft gemaakt.

Hieronder wordt een aantal voorbeelden van gegevensuitwisseling met rechtstreeks betrokkenen uitgewerkt. Achtereenvolgens worden behandeld: de collegiale consultatie, het verwijsbericht/overdrachtbericht, de gegevensuitwisseling met de apotheker en als laatste de gegevensuitwisseling met de CPA. Er zijn meer situaties te noemen waar sprake is van gegevensuitwisseling met rechtstreeks betrokkenen. In die gevallen kan naar analogie van de hier besproken gevallen gehandeld worden: alleen de noodzakelijke informatie wordt verstrekt en als dat mogelijk is geanonimiseerd.

Collegiale consultatie

Bij twijfel over de behandeling van een patiënt kan een collega-arts om advies gevraagd worden. Dit kan de tweede huisarts die op de post dienst heeft zijn maar ook een willekeurige andere arts. De geconsulteerde arts wordt beschouwd als rechtstreeks bij de behandeling betrokken (zie hierboven). In veel gevallen is het daarvoor niet nodig de naam van de patiënt te noemen en kan dus worden volstaan met het uitwisselen van geanonimiseerde gegevens. Om de privacy van de patiënt zo min mogelijk te schenden worden alleen die (eventueel herleidbare) gegevens verstrekt die voor de collegiale consultatie noodzakelijk zijn.

²⁷ Overigens dient de chauffeur bij indiensttreding een geheimhoudingsverklaring te tekenen.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* ten behoeve van de behandeling van de patiënt nadere informatie inwinnen en/of gedachten uitwisselen met een collega.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* collega-(huis)arts of een andere persoon wiens expertise wordt ingeroepen. Deze ontvangt alleen de (medische) gegevens die voor het betreffende collegiale consult noodzakelijk zijn, zo mogelijk geanonimiseerd.

Verwijsbericht / overdrachtbericht

Wordt een patiënt die zich bij een HDS heeft gemeld doorverwezen naar een specialist of de afdeling SEH van een ziekenhuis, dan mogen de relevante gegevens die op dat moment binnen de HDS over de patiënt bekend zijn aan de SEH worden verstrekt. De specialist en de medewerkers²⁸ die op de SEH werken zijn rechtstreeks bij de behandeling van de patiënt betrokken en mogen derhalve relevante informatie ontvangen. Informatie wordt meestal verstrekt middels een verwijsbericht of een overdrachtbericht. Wordt de patiënt vanuit de SEH (terug)verwezen naar de HDS, bijvoorbeeld omdat de HDS de klacht van de patiënt verder kan afhandelen, dan mogen de relevante medische gegevens die tot dat moment door de SEH zijn genoteerd, aan de HDS worden verstrekt. De specialist, naar wie de patiënt door de HDS is doorverwezen, stuurt de specialistenbrief naar de eigen huisarts van de patiënt. Informatie die voor de HDS relevant is of kan zijn, kan door de eigen huisarts via een waarschuwingsbericht aan de HDS worden verstrekt.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* de rechtstreeks betrokkenen zoveel mogelijk informeren over de gezondheidstoestand van de patiënt.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende (huis)arts op de afdeling SEH c.q. de dienstdoende huisarts binnen de HDS. De doktersassistent kan de gegevens namens de dienstdoende huisarts verstrekken.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de dienstdoende (huis) arts op de SEH/HDS of de specialist ontvangen alle relevante (medische) gegevens die in het kader van de behandeling zijn genoteerd.

Gegevensverstrekking aan de apotheek

Recepten die de dienstdoende huisarts zonodig uitschrijft kunnen rechtstreeks aan de patiënt worden meegeven²⁹. Ook is het mogelijk dat de HDS samenwerkt met één of meerdere apotheken. In dergelijke gevallen kan het recept per fax³⁰ of e-mail³¹ direct naar de betreffende apotheek gestuurd worden. De patiënt kan vervolgens zijn geneesmiddelen ophalen bij die apotheek. Op het recept vermeldt de dienstdoende huisarts de naam en het adres van de patiënt, de stofnaam of merknaam van het middel, alsmede de hoeveelheid of dosis en het frequentiegebruik van het middel. Daarnaast vermeldt hij zijn eigen adresgegevens en zijn naam. Op het recept wordt geen melding gemaakt van de diagnose. Heeft de apotheker voor het zorgvuldig afleveren van het voorgeschreven medicijn aanvullende gegevens van de patiënt nodig, dan kan hij, bijvoorbeeld per telefoon, nadere informatie bij de dienstdoende huisarts vragen. Deze zal alleen de relevante medische gegevens verstrekken. Doorgaans betreft het informatie over het overige medicatiegebruik van de patiënt.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* de apotheker/assistent informeren over de gewenste medicatie.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts schrijft het recept eventueel geassisteerd door de bij de HDS aanwezige doktersassistent. De dienstdoende huisarts verstrekt indien nodig aanvullende informatie aan de apotheker/assistent.

²⁸Net zoals op een HDS zijn bij de afdeling SEH ook meerdere personen toegangsgerechtigd.

²⁹Herhalingsrecepten worden gewoonlijk niet door de huisartsenpost verstrekt. In zeer acute gevallen kan de dienstdoende huisarts een recept geven; het gaat dan uitsluitend om een eerste dosis die genoeg is tot het eerstvolgende spreekuur van uw eigen huisarts. De arts die visites doet heeft een noodvoorraad bij zich; ook hij zal alleen een eerste dosis verstrekken.

³⁰Via een fax verzonden voorschriften mogen officieel niet als recept worden beschouwd. Het verdient daarom aanbeveling om de papieren versie van het recept nadat het is gefaxt per gewone post naar de apotheek te versturen.

³¹Op 21 mei 2003 is de Wet elektronische handtekening in werking getreden. Deze wet maakt het mogelijk dat recepten via e-mail worden verstuurd aangezien aan het vereiste van een handtekening onder het recept kan worden voldaan. Het elektronisch recept moet dan dus wel voorzien zijn van een elektronische handtekening.

- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de apotheker en zijn assistent zijn te beschouwen als rechtstreeks betrokkenen. Zij mogen derhalve informatie ontvangen die relevant is voor het afgeven van de medicatie. Op het recept dat aan de apotheek wordt verstrekt staat vermeld: de naam van de patiënt, zijn adres, de voorgeschreven stofnaam of merknaam van het middel, de hoeveelheid of dosis en het frequentiegebruik van het middel. Op het recept wordt de diagnose niet vermeld. De apotheker/assistent ontvangt op verzoek aanvullende gegevens die noodzakelijk zijn voor het zorgvuldig leveren van de medicatie.

Gegevensuitwisseling met de CPA

Het kan nodig zijn om een patiënt met een ambulance te vervoeren naar bijvoorbeeld de SEH-afdeling van een ziekenhuis of naar een andere locatie. In dergelijke gevallen zal gebeld worden naar de CPA om dit te melden en vervoer te regelen. Hierbij mag relevante medische informatie van de patiënt aan de CPA verstrekt worden. Dit geldt ook voor informatie die verkregen is uit het dossier van de eigen huisarts. Bij voorkeur zal deze informatie (uiteindelijk) schriftelijk aan het ambulancepersoneel verstrekt worden ter voorkoming van fouten in de overdracht. Het standaard intake-formulier van de HDS (zie B.1.1.4) kan hiervoor gebruikt worden, tenzij hierop zeer gevoelige, voor de CPA niet relevante informatie staat. In dat geval zal de informatie alleen mondeling verstrekt worden. De toestemming van de patiënt voor deze gegevensuitwisseling kan worden verondersteld. Meestal zal er echter geen apart overdrachtbericht zijn voor de ambulance maar zal de verwijsbrief of de overdrachtbrief (zie B.2.3.) aanbevelingen bevatten over het vervoer. Zoals bijvoorbeeld een instructie over de medicatie of over de houding waarin een patiënt vervoerd moet worden. De ambulancedienst beschikt daarbij graag over meetgegevens zoals bloeddruk en EMV-score om eventuele verslechtingen te kunnen opmerken.

- *Doel van gegevensverstrekking:* de gegevens worden verstrekt om de zorgverlening aan de patiënt ter voorbereiding van en tijdens de ambulancerit te optimaliseren.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts of de doktersassistent verstrekt de gegevens.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de (telefonist bij de) CPA en het ambulancepersoneel ontvangen de relevante gegevens.

B.2.3. Geneeskundige verklaring en bezoekbriefje

Patiënten die de HDS bezoeken kunnen dit doen met als reden een geneeskundige verklaring te vragen. Doorgaans zullen patiënten hun eigen huisarts hiervoor benaderen maar het is niet uitgesloten dat de dienstdoende huisarts met een dergelijk verzoek geconfronteerd wordt. Een geneeskundige verklaring is een schriftelijke verklaring die door een arts is opgesteld. Kenmerkend voor een geneeskundige verklaring die meestal op verzoek van de patiënt wordt afgegeven is, dat het gaat om een op medische gegevens gebaseerd *waardeoordeel* met betrekking tot de patiënt en diens gezondheidstoestand. Voorbeelden van een waardeoordeel dat gevraagd wordt zijn: is iemand in staat te werken?, een auto te besturen?, naar school te gaan?, goed voor de kinderen te zorgen? etc. De KNMG is van mening dat een behandelend arts (dus ook de dienstdoende huisarts binnen de HDS) **geen** geneeskundige verklaring moet afgeven ten behoeve van zijn patiënt. Dit wordt onderschreven door jurisprudentie van het tuchtcollege. De behandelend arts heeft ook geen taak in het afgeven van een schriftelijke bevestiging van een bezoek aan hem. Met toestemming van de patiënt mag wél **feitelijke** medische informatie worden verstrekt. Een verzoek hiertoe zal aan de manager of directeur (de verantwoordelijke) van de HDS worden gericht. Deze stemt het verzoek af met de dienstdoende arts hij kan bijvoorbeeld een kopie van het waarneembericht verstrekken. Veelal zal dit voor de patiënt kunnen dienen als 'bezoekbriefje'. (zie voor het recht op afschrift ook A.4.5.)

In **Hulpmiddel 9** is een voorbeeld opgenomen van een zogenaamd 'weigeringsbriefje'. Dit kunt u aan patiënten meegeven ter ondersteuning en als toelichting bij uw weigering een geneeskundige verklaring af te geven. Leden van de KNMG kunnen een pakket van deze briefjes bestellen bij de KNMG artseninfolijn 030-2823 322.

Informatie verstrekken door de behandelend huisarts ten behoeve van een geneeskundige verklaring

Een arts die niet de behandelaar is, onafhankelijk en terzake deskundig is kan wel een geneeskundige verklaring afgeven. Hij kan daarvoor gegevens van de patiënt nodig hebben die door de dienstdoende huisarts zijn vastgelegd. In het algemeen geldt dat de dienstdoende huisarts deze gegevens slechts mag verstrekken als de betreffende patiënt daartoe gerichte, schriftelijke *toestemming* heeft gegeven. Deze gegevensverstrekking moet zich echter beperken tot antwoorden op gerichte vragen. Op die vragen stuurt de arts dan alleen relevante, feitelijke informatie.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* ten behoeve van het opstellen van een geneeskundige verklaring kan, ter voorkoming van kostbaar, dubbel en onnodig belastend onderzoek medische informatie aan een onafhankelijke arts die daarvoor over de benodigde expertise beschikt, verstrekt worden. De patiënt moet hiervoor toestemming geven.
- *Verstrekker van de gegevens:* de verantwoordelijke (zie A.1.3.) verstrekt, indien de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven desgevraagd informatie aan derden.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* een ieder die dat met toestemming van de patiënt verzoekt kan gegevens ontvangen. De dienstdoende huisarts mag slecht feitelijke medische informatie verstrekken zonder daarbij een waardeoordeel of mening te geven.

In **Hulpmiddel 10** is een model voor een machtiging van de patiënt voor gegevensverstrekking aan derden opgenomen.

B.2.4. Melding kindermishandeling

Constaateert of vermoedt de dienstdoende huisarts dat er sprake is van kindermishandeling dan ligt de verantwoordelijkheid voor het melden daarvan in beginsel bij hem. Indien nodig kan hij contact met de eigen huisarts opnemen om zijn vermoedens te toetsen.

Voor de wijze waarop en wanneer gemeld moet worden bij een AMK wordt verwezen naar de 'Meldcode voor medici inzake kindermishandeling', zie www.knmg.nl/vademecum.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* het stoppen van de kindermishandeling.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts is verantwoordelijk voor de melding aan het AMK indien hij (het vermoeden van) kindermishandeling constaateert.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* het AMK.

B.2.5. Melding Infectieziektenwet

In de Infectieziektenwet is bepaald dat de arts die een bepaalde, in de wet omschreven, infectieziekte bij een patiënt vermoedt of vaststelt, dit zo spoedig mogelijk bij de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst moet melden.³² Dit geldt ook voor de dienstdoende huisarts binnen de HDS. Omdat het hier om een wettelijke plicht gaat is de toestemming van de patiënt voor deze gegevensverstrekking niet nodig. Het is echter aan te raden de patiënt wel te informeren over deze melding en het doel daarvan. Bij de melding moet de arts in ieder geval de betreffende infectieziekte, de naam, het adres, het geslacht, de geboortedatum en de verblijfplaats van de betrokken persoon vermelden.

³²De wet onderscheidt 3 groepen infectieziekten, al naargelang de mate van besmettelijkheid: A. Kinderverlamming en SARS ; B. Bacillaire dysenterie; botulisme; buiktyfus; cholera; de ziekte van Creutzfeldt-Jakob; difterie; febris recurrens; hepatitis A, B en C; hondsdolheid; kinkhoest; legionellose; mazelen; meningokokkose; paratyfus A, B en C; pest; tuberculose; virale hemorrhagische koorts; vlektyfus; acute voedselvergiftiging of voedselinfectie; C. Brucellose; gele koorts; leptospirose; malaria; miltvuur; ornithose/psittacose; O-koorts; rode hond, trichinose alsmede ziekte veroorzaakt door enterohaemorrhagische E. coli.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* het voorkomen van een epidemie onder de bevolking.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts die de infectieziekte vaststelt of ernstig vermoedt.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de constatering van een infectieziekte dient aan de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst gemeld te worden. Hierbij worden de volgende gegevens verstrekt: de betreffende infectieziekte, de naam, het geslacht, de geboortedatum en de verblijfplaats van de betrokken persoon.

Meer informatie over het melden van genoemde infectieziekten zijn te vinden in de 'KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens', paragraaf 4.11.1, pag. 37, zie www.knmg.nl/vademecum.

B.2.6. Informatie aan vertegenwoordigers

De geheimhoudingsplicht van de arts geldt niet ten aanzien van de vertegenwoordiger van de patiënt. Vertegenwoordigers oefenen de rechten die onder andere uit de WGBO voortvloeien namens de patiënt uit omdat de patiënt dat zelf niet (meer) kan. Om deze taak te kunnen uitvoeren moet de vertegenwoordiger voldoende geïnformeerd worden. Daarom is bepaald dat de geheimhoudingsplicht tegenover hen niet geldt. Dit houdt echter niet in dat altijd alle informatie over de patiënt aan de vertegenwoordiger gegeven moet worden. Alleen die informatie die de vertegenwoordiger nodig heeft om zijn taak goed uit te kunnen voeren mag aan hem verstrekt worden. In veel gevallen echter (vooral bij minderjarigen) zal dit alle medische informatie zijn. Als vertegenwoordiger worden (in deze rangorde) aangemerkt: een curator, mentor, schriftelijk gemachtigde³³, echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, ouder(s) van een minderjarige³⁴, een kind, broer of zus van de patiënt. Bij een behandeling van een minderjarige of wilsonbekwame dient de arts na te gaan wie de vertegenwoordiger is. Is dit niet bekend en ontbreekt de tijd om dat na te gaan, dan staat vanzelfsprekend het als een goed hulpverlener bieden van zorg voorop.

Meer informatie over het verstrekken van informatie aan de vertegenwoordiger is te vinden in de 'KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens', paragraaf 4.3., pag. 23, zie www.knmg.nl/vademecum.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* vertegenwoordigers in staat stellen hun taak uit te voeren.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts en eventueel de doktersassistent bij het terugkoppelen van informatie.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de vertegenwoordiger. Dit kunnen zijn de ouder(s)/voogd(en), curator, mentor, schriftelijk gemachtigde. Zij ontvangen (medische) gegevens die nodig zijn om hun taak als vertegenwoordiger voldoende te kunnen uitvoeren.

B.2.7. Verstrekking medische gegevens aan verzekeraars i.v.m. betaling

Ziektekostenverzekeraars kunnen de HDS benaderen met het verzoek informatie te verstrekken over de behandeling van patiënten naar aanleiding van de ontvangen declaratie of factuur. Bijvoorbeeld omdat deze dubbel lijkt of is ingediend. Deze informatie wordt gebruikt voor controle op de verrichte prestatie en de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen. De Ziekenfondswet (ZFW), de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de meeste polisvoorwaarden van particuliere ziektekostenverzekeraars, verplichten aan dit verzoek gehoor te geven.

³³Slechts personen van 18 jaar of ouder kunnen iemand schriftelijk machtigen.

³⁴Volgens de WGBO is een persoon van 16 jaar en ouder gerechtigd zelfstandig beslissingen te nemen over behandeling of onderzoek zonder zijn ouder(s) daarin te kennen. Tussen 12 en 16 jaar moeten de ouders of voogd en de minderjarige dat gezamenlijk doen (tenzij het belang van de minderjarige strijdig is met hetgeen de ouders of voogd wensen of niet verenigbaar is met de 'zorg van een goed hulpverlener') en onder de 12 jaar zijn alleen de ouders of voogd gerechtigd.

Hierbij worden niet alle dossiergegevens verstrekt. Vaak is dat ook niet nodig. Ten behoeve van een dergelijke controle worden zo min mogelijk medische gegevens verstrekt. Als het bijvoorbeeld gaat om controle om een dubbele declaratie of factuur zal het doorgaans voldoende zijn als de HDS verklaart dat er sprake is van twee afzonderlijke behandelingen of consulten. Hierbij is het niet nodig dat er medische gegevens worden verstrekt en zal de verklaring van de HDS voldoende zijn. Alleen als dat noodzakelijk is mogen de diagnose of de indicatie waarvoor de patiënt is behandeld verstrekt worden aan de medisch adviseur van de verzekeraar. Als deze daarop een toelichting verlangt, dan geeft de dienstdoende huisarts die de patiënt heeft behandeld een korte relevante motivering. De verstreckende arts moet er hierbij op letten dat de privacy van de patiënt zo min mogelijk wordt geschonden en dus alleen de noodzakelijke gegevens worden verstrekt.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* controle op declaraties die zijn ingediend.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts die de patiënt binnen de HDS heeft behandeld voor de klachten waarop de declaratie betrekking heeft. De ‘verantwoordelijke’ kan namens de dienstdoende arts de gegevens verstrekken. De toelichting moet door de dienstdoende arts gegeven worden.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de verzekeraar ontvangt desgevraagd de diagnose of de indicatie van de behandeling. Is het nodig dat aanvullend een toelichting wordt gegeven dan verstrekt de dienstdoende huisarts deze informatie aan de medisch adviseur van de verzekeraar. De toelichting bevat slechts die gegevens die noodzakelijk zijn ter onderbouwing van de declaratie. De privacy van de patiënt wordt hierbij zo min mogelijk geschonden

B.2.8. Gebruik van medische gegevens voor verweer van de huisarts

Heeft een patiënt een klacht ingediend³⁵ tegen de dienstdoende arts dan mag (de advocaat van) deze arts relevante (medische) gegevens van die patiënt gebruiken voor zijn verweer in de betreffende procedure. Ditzelfde geldt als de HDS wordt aangesproken voor het handelen van een van de dienstdoende huisartsen of medewerkers³⁶. De toestemming van de patiënt voor het gebruik van zijn gegevens kan worden verondersteld. Gebruik mag worden gemaakt van de gegevens die de arts tot zijn beschikking had op het moment waarop hij de gewraakte behandeling of het consult verrichtte. Dit geldt dus voor alle relevante gegevens uit het patiëntendossier op de HDS. Ook geldt dit voor alle gegevens die de dienstdoende huisarts ter beschikking stonden uit het dossier van de eigen huisarts. Hij kan deze gegevens bijvoorbeeld nodig hebben om aan te tonen op basis van welke gegevens een diagnose is gesteld of een behandeling is ingezet. Ook hier geldt weer dat de privacy van de patiënt hierbij zo min mogelijk geschonden moet worden. Privacygevoelige informatie over bijvoorbeeld de gezinssituatie die voor de kwestie niet van belang is, mag niet gebruikt worden. Voor het gebruik van andere dan de hierboven genoemde gegevens is toestemming van de patiënt vereist.

Omdat de ‘verantwoordelijke’ verantwoordelijk is voor een zorgvuldig beheer van de gegevensbestanden binnen de HDS (zie A.1.3.) of mogelijk als ‘centraal aansprakelijk gestelde’ betrokken is bij de klacht (zie A.3.1.) zal de dienstdoende huisarts altijd via deze laten weten dat hij is aangesproken door de patiënt en gebruik wenst te maken van de gegevens ten behoeve van zijn verweer.

Gebruik van gegevens die bij de HDS beschikbaar zijn voor klachten

De patiënt of zijn vertegenwoordiger kunnen voor het indienen van een klacht behoefte hebben aan gegevens die bij de HDS beschikbaar zijn. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om medische gegevens, transcriptie van geluidsopnamen (zie ook onderdeel B.1.1.1.), namen van de waarnemend arts of van de doktersassistente. De HDS mag deze gegevens verstrekken. Ook het privé-adres van de arts mag worden verstrekt indien dit noodzakelijk is voor bijvoorbeeld het indienen van een klacht bij het tuchtcollege. Het achterhouden van deze gegevens zou de toegang tot de klachtinstanties kunnen verhinderen.

Een verzoek om informatie over een patiënt of een huisarts, bijvoorbeeld door een externe klachtencommissie naar aanleiding van een klacht van een derde, kan slechts gehonoreerd worden als daarvoor gerichte toestemming van de patiënt is verkregen (zie ook de noot bij het onderdeel ‘Toegangsbevoegden’ in B.1.1.1.).

³⁵Bijvoorbeeld bij een klachtencommissie, een tuchtcollege, een strafrechter of een civiele rechter.

³⁶Op basis van de ‘centrale aansprakelijkheid’ in artikel 7:462 BW, zie ook A.3.1. in de laatste alinea (claim tegen HDS).

Voor de specifieke situatie dat de klacht is ingediend door of namens een patiënt die inmiddels is overleden waarbij gegevens van deze patiënt worden gebruikt of verstrekt ten behoeve van de klacht of het verweer, wordt verwezen naar de KNMG 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens', paragraaf 4.4., onderdeel 4.2. pag. 22, zie www.knmg.nl/vademecum.

Gebruik van medische gegevens van een ander dan de klager ten behoeve van verweer

Heeft de (advocaat van de) aangeklaagde huisarts voor zijn verweer (medische) gegevens nodig die op een ander dan de klager betrekking hebben (bijvoorbeeld een andere patiënt waarvan binnen de HDS gegevens aanwezig zijn), dan is voor het gebruik van die gegevens wel de toestemming van die andere patiënt vereist.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* verweer in een (juridische) procedure.
- *De verstrekker van de gegevens:* via de 'verantwoordelijke' van de HDS wordt toegang verstrekt tot de voor het verweer relevante gegevens van de patiënt.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de aangeklaagde arts mag gebruik maken van de relevante gegevens uit het dossier. De privacy van de patiënt wordt daarbij zo min mogelijk geschonden. (Medische) gegevens van een ander dan de klager die relevant zijn voor het verweer en aanwezig zijn binnen de HDS mogen slechts gebruikt worden met uitdrukkelijke toestemming van die persoon.

B.2.9. Gegevensverstrekking aan de politie

Het beroepsgeheim van de dienstdoende huisarts en van de medewerkers binnen de HDS geldt ook ten opzichte van de politie. Het opsporingsbelang van de politie vormt op zich geen reden om het beroepsgeheim te doorbreken. Slechts indien de betreffende patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven mag informatie over hem aan de politie worden verstrekt. Zonder die toestemming kan de dienstdoende arts of een andere medewerker van de HDS slechts informatie aan de politie verstrekken indien hij in een 'conflict van plichten' komt³⁷. Hieronder worden twee situaties beschreven waarin gegevens aan de politie kunnen worden verstrekt. In het eerste geval is de patiënt slachtoffer bij bijvoorbeeld een misdrijf of ongeval. In tweede geval wordt aangifte gedaan over ernstige misdrijven van de patiënt.

Voor meer informatie over dit onderwerp kunt u het KNMG consult 'Arts en politie' raadplegen. Ook kunt u de recent uitgebrachte KNMG richtlijn "Beroepsgeheim en politie" raadplegen. Beide KNMG producten kunt u vinden in het KNMG Vademecum, zie www.knmg.nl/vademecum.

Medische gegevens verstrekken aan de politie

In het kader van een onderzoek kan de politie behoefte hebben aan informatie over het letsel dat een slachtoffer heeft opgelopen. Vooral in situaties waarin het niet mogelijk is achteraf door een onafhankelijk (forensisch) arts of door de eigen huisarts het opgelopen letsel te laten bekijken, kan de politie de dienstdoende arts die het letsel behandeld heeft vragen deze informatie te verstrekken. De toestemming van de patiënt is hiervoor vereist. Voor deze situaties heeft de KNMG reeds in 1988 in samenwerking met het Openbaar Ministerie en het Ministerie van Justitie het 'Aanvraagformulier medische informatie' ontwikkeld.

In **Hulpmiddel 11** is het 'Aanvraagformulier medische informatie' opgenomen dat gebruikt kan worden voor het verstrekken van informatie over opgelopen letsel van een slachtoffer aan de politie. De politie verstrekt dit formulier.

³⁷Zie A.4.1. onder geheimhoudingsplicht.

De arts is niet verplicht dit formulier in te vullen. In de meeste gevallen verstrekt de politie het formulier - al dan niet via de patiënt - aan de arts. Op het formulier mag slechts *feitelijke*, medische informatie verstrekt worden *zonder* hierbij een oordeel te geven. Heeft de politie alsnog een oordeel nodig, bijvoorbeeld over de ernst van het letsel of de verwachte herstel tijd, dan zal een onafhankelijk (forensisch) geneeskundige ingeschakeld worden. Is de patiënt niet in staat toestemming te geven voor de gegevensverstrekking, bijvoorbeeld omdat hij buiten bewustzijn is, dan wordt de reden daarvan op het formulier aangekend. Deze reden kan voor de dienstdoende huisarts voldoende zijn om toch te besluiten feitelijke medische informatie te verstrekken.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* ter ondersteuning van de opsporingstaak van de politie verstrekken van informatie over het letsel dat bij de patiënt is geconstateerd.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts mag het formulier (mèt toestemming van de patiënt) op verzoek van de politie invullen en daarbij feitelijke medische informatie verstrekken. In uitzonderingsgevallen kan ook zonder toestemming van de patiënt informatie verstrekt worden.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de politie (de opsporingsambtenaar) ontvangt via het 'Aanvraagformulier medische informatie' feitelijke medische informatie ten behoeve van het onderzoek.

Aangifte doen tegen de patiënt

Wordt de dienstdoende arts of een medewerker van HDS door een patiënt bedreigd of mishandeld, of heeft een patiënt uit de post gestolen of richt hij vernielingen aan, dan kan de dienstdoende arts hiervan aangifte doen bij de politie. Dit is echter een uiterste middel. Getracht wordt eerst op eenvoudiger wijze de situatie op te lossen, bijvoorbeeld door een gesprek aan te gaan of door bijvoorbeeld een derde persoon de dienstdoende huisarts te laten begeleiden zoals de chauffeur van de dienstauto of een andere aanwezige medewerker binnen de HDS. Er kunnen uiteraard situaties zijn waarbij dit niet aan de orde is en direct tot inschakeling van de politie moet worden overgegaan. Als het agressieve gedrag van de patiënt een symptoom is van zijn ziekte, dient de arts terughoudend te zijn met het doen van aangifte. Is niet de arts slachtoffer maar een medewerker van de HDS, een medepatiënt of een bezoeker dan verdient het de voorkeur dat deze zelf aangifte doet. In geval van een incident zal ook melding kunnen worden gedaan bij de MIP-commissie (zie B.1.1.8.) en de Inspectie (zie B.2.10.). Zonodig kan van een dergelijke melding en het tijdstip aantekening in het dossier gemaakt worden.

Bij de aangifte mogen de naam en adresgegevens aan de politie verstrekt worden en de aard van het strafbare feit. Medische gegevens van de betreffende patiënt worden uiteraard niet verstrekt tenzij de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming zou hebben gegeven of dat uiterst relevant zou zijn voor het handelen.

In een aantal gevallen kunnen gedragingen van de patiënt gewichtige redenen vormen om de behandelingsovereenkomst met de patiënt op te zeggen. Hierbij dient een aantal zorgvuldigheidsvereisten in acht genomen te worden. De dienstdoende huisarts kan desgewenst de eigen huisarts van de betreffende patiënt benaderen om over het voorval te praten.

In het KNMG standpunt 'Beëindiging behandelovereenkomst door de hulpverlener' en in (hoofdstuk 6 van het) KNMG consult 'Arts en patiëntenrechten' wordt nader ingegaan op de verschillende eisen voor het eenzijdig opzeggen van de behandelingsovereenkomst, zie www.knmg.nl/vademecum.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* het doen van aangifte.
- *Verstrekker van de gegevens:* degene jegens wie de patiënt agressief is geweest kan zelf aangifte doen. De directie van de HDS kan aangifte doen van vernielingen aan de HDS en kan ook namens de medewerkers aangifte doen van agressief gedrag of bedreigingen.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de politie dient de aangifte te registreren. Hierbij ontvangen zij de naam- en adresgegevens van de patiënt. Medische informatie wordt niet zonder toestemming van de patiënt verstrekt.

B.2.10. Toezicht door de Inspectie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan inzage verlangen in de HDS-dossiers in het kader van controle op de kwaliteit van de zorg binnen de HDS of in het kader van een onderzoek naar het functioneren van een dienstdoende huisarts. De inspectie heeft echter alleen toegang tot patiëntgegevens als de wet daartoe expliciet de bevoegdheid biedt.³⁸ Voor het inzien van HDS-dossiers ontbreekt een dergelijke wettelijke bevoegdheid³⁹.

Wel heeft de Inspectie heeft op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht (Awb) de bevoegdheid om inlichtingen en inzage in en kopie van *zakelijke gegevens* te verlangen. Zakelijke gegevens zijn bijvoorbeeld gegevens - ook elektronisch opgeslagen gegevens - die de bedrijfsvoering van de HDS of de administratie of boekhouding van de HDS aangaan. Geluidsopnamen van binnenkomende en uitgaande telefoongesprekken (zie B.1.1.1.) vallen daar bijvoorbeeld niet onder. De dienstdoende huisarts en de 'verantwoordelijke' werken mee aan een onderzoek voor zover dat geen strijd oplevert met het beroepsgeheim. Notulen en verslagen van bestuursvergaderingen van de HDS over bijvoorbeeld de organisatie en bedrijfsvoering zijn niet-openbare stukken en vallen hier in beginsel niet onder.

Dat de inspectie geen wettelijk recht heeft op inzage van patiëntgegevens, wil niet zeggen dat inspecteurs deze nooit kunnen inzien. De algemene regels voor het verstrekken van gegevens aan anderen dan de patiënt gelden daarvoor onverkort (zie ook **Hulpmiddel 5**). Zo kan, met expliciete en schriftelijke toestemming van de patiënt, inzage in en/of afschrift van diens dossier worden gegeven, mits daarmee de privacy van een ander dan de patiënt niet geschaad wordt. Bijvoorbeeld de privacy van de echtgenoot van de patiënt van wie een aantal voor de patiënt relevante gegevens in het dossier opgenomen kunnen zijn. In een aantal gevallen kan het belang van de inspectie om informatie te verkrijgen zo groot zijn dat de dienstdoende huisarts en de 'verantwoordelijke' in een conflict van plichten komen. In dat geval maken de arts en de 'verantwoordelijke' een afweging tussen het belang van de patiënt (geheimhouding) en het belang van de inspectie (het verkrijgen van informatie). Het gaat hierbij meestal om gevallen waar een maatschappelijk belang speelt. Een conflict van plichten kan niet te snel aangenomen worden. Er zullen goede redenen aangevoerd moeten kunnen worden om het beroepsgeheim te doorbreken.

Verweer van de arts bij onderzoek van Inspectie

De aangeklaagde huisarts mag bij het voeren van verweer slechts gebruik maken van patiëntgegevens als de betreffende patiënten daarvoor expliciete toestemming hebben gegeven. Deze toestemming kan worden verondersteld in het geval de patiënt de inspectie expliciete toestemming heeft gegeven voor het gebruik van zijn medische gegevens voor een onderzoek naar de arts.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* onderzoek van de Inspectie naar het functioneren van de HDS of het handelen van een dienstdoende huisarts.
- *Verstrekker van de gegevens:* de 'verantwoordelijke' dient op verzoek van de Inspectie inzage en afschrift te geven van zakelijke gegevens voor zover dat geen strijd oplevert met het beroepsgeheim. Met toestemming van de patiënt mag inzage en/of afschrift van diens dossier worden gegeven, mits daarmee de privacy van een ander dan de patiënt niet geschaad wordt.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de Inspectie kan voor een onderzoek inzage en/of afschrift verlangen van zakelijke gegevens. Met expliciete schriftelijke toestemming van de patiënt mag gebruik gemaakt worden van relevante gegevens uit zijn dossier.

B.2.11. Gegevensverstrekking bij verhuizing patiënt

Verhuist de patiënt binnen een stad of dorp en blijft hij bij zijn eigen huisarts ingeschreven, dan mag deze huisarts de adreswijziging van de patiënt aan de HDS doorgeven. De HDS dient onder meer met het oog op snelle en efficiënte hulpverlening door het (snel kunnen) identificeren van de hulpvrager en het versturen van declaraties en facturen op het juiste adres te beschikken over een actuele patiënten- en verzekerdenadministratie. Als de patiënt verhuist, en bij

³⁸In de Wet Bopz (artikel 63 lid 4) is bijvoorbeeld een bepaling opgenomen die de IGZ toestaat dossiers in te zien van psychiatrische patiënten die in een instelling zijn opgenomen. Dit geldt voor vrijwillig- en onvrijwillig opgenomen patiënten. De achtergrond hiervan is dat deze kwetsbare groep patiënten bescherming van hun belangen en van hun rechtspositie nodig hebben.

³⁹Dit geldt overigens ook voor dossiers van de eigen huisarts.

een andere huisarts wordt ingeschreven en als gevolg daarvan niet meer bij de betreffende HDS is aangesloten, dan wordt het HDS-dossier gesloten en tien jaar binnen de HDS bewaard (zie hiervoor A.4.3.). Uiteraard kan de patiënt wel een kopie van zijn gegevens vragen.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* het voeren van een actuele patiënten- en verzekerdenadministratie binnen de HDS met het oog op spoedige hulpverlening en correcte verzending van declaraties en facturen.
- *Verstrekker van de gegevens:* de eigen huisarts die op de hoogte is van de adreswijziging van zijn patiënt.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de HDS ontvangt de wijziging van de adresgegevens. De doktersassistent of de administratief/financieel medewerker kan deze gegevens verwerken in de administratie.

B.2.12. Afgeven van een verklaring van overlijden

De Wet op de Lijkbezorging (WLB) bepaalt dat de behandelend arts of de gemeentelijk lijkschouwer een verklaring van overlijden moet afgeven indien het overlijden een gevolg is van een natuurlijke oorzaak. Komt een patiënt te overlijden tijdens de avond-, nacht- of weekenddienst, dan zal bij strikte naleving van de wet de dienstdoende huisarts geen verklaring van natuurlijk overlijden kunnen afgeven. Hij is immers geen behandelend arts. Hij zou daarom de gemeentelijk lijkschouwer bellen. Omdat dit onpraktisch en dikwijls onnodig is, kan onder omstandigheden de dienstdoende huisarts wel een verklaring van overlijden afgeven. Hij moet er dan redelijkerwijs van overtuigd zijn dat er sprake is van een natuurlijke dood. Is hij dat niet, of is er sprake van een niet-natuurlijk overlijden dan schakelt de dienstdoende huisarts alsnog de gemeentelijk lijkschouwer in. De inspectie heeft dit in april 2004 bevestigd door aan te geven dat in grootschalige HDS-en de dienstdoende arts een verklaring van overlijden kan afgeven.⁴⁰ Hij moet dat wel een lijkschouwing hebben verricht en hij moet er redelijkerwijs van overtuigd zijn dat er sprake is van een natuurlijke dood. Wordt uiteindelijk een lijkschouwer ingeschakeld, dan kan deze aan zowel de dienstdoende huisarts als aan de eigen huisarts aanvullende informatie vragen ten behoeve van het vaststellen van de doodsoorzaak. Er is echter geen wettelijke regel op grond waarvan deze verplicht zijn op deze vragen te antwoorden. In veel gevallen echter kan de toestemming van de overledene hiervoor verondersteld worden, zodat de dienstdoende huisarts en/of eigen huisarts de relevante gegevens kunnen verstrekken.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* het afgeven van een verklaring van overlijden door de gemeentelijk lijkschouwer.
- *Verstrekker van de gegevens:* de eigen huisarts of de dienstdoende huisarts mag ten behoeve van de gemeentelijk lijkschouwer aanvullende informatie verstrekken op diens verzoek. De toestemming van de overledene kan daarvoor worden verondersteld.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* alle relevante gegevens die nodig zijn voor het vaststellen van de oorzaak van het overlijden kunnen op verzoek aan de gemeentelijk lijkschouwer worden verstrekt.

Invullen van A- en B-formulier

De verklaring van natuurlijk overlijden bestaat uit twee delen: het zogenaamde A-formulier en het B-formulier. Op het A-formulier wordt de naam van de overleden persoon vermeld. Op het B-formulier wordt, ten behoeve van de statistiek, in geanonimiseerde vorm de medische oorzaak van het overlijden vermeld. Beide formulieren moeten door *dezelfde* arts worden ingevuld. Heeft de dienstdoende huisarts onvoldoende gegevens om het B-formulier in te vullen, dan kan hij de eigen huisarts benaderen met een verzoek om meer informatie. Het verstrekken van deze informatie berust op een wettelijke plicht. Daarom is er geen aparte toestemming van de vertegenwoordiger van de overledene vereist. De inspectie heeft aangegeven dat in het geval de dienstdoende huisarts het A-formulier invult maar over onvoldoende gegevens beschikt om ook het B-formulier in te vullen, dit laatste ook door de eigen huisarts gedaan kan worden.⁴¹ Formeel is dit in strijd met de wettelijke bepaling dat beide formulieren door dezelfde arts ingevuld moeten worden.

⁴⁰Plokker H, 'De wet op de lijkbezorging', Medisch Contact 2004, nr. 14.

⁴¹Dit geldt overigens ook voor dossiers van de eigen huisarts.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* het verstrekken c.q. uitwisselen van medische informatie over de overledene ten behoeve van het afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden aan de ambtenaar van de Burgerlijke Stand en het Centraal Bureau voor de Statistiek.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts dient de gegevens te verstrekken door ze op de daarvoor bestemde formulieren in te vullen. Indien dit nodig is kan de eigen huisarts van de overledene voor het invullen van de formulieren aanvullende informatie verstrekken ofwel het B-formulier zelf invullen.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de ambtenaar van de Burgerlijke Stand ontvangt het ingevulde A-formulier; het Centraal Bureau voor de Statistiek ontvangt de in het B-formulier geanonimiseerd ingevulde doodsoorzaak.

B.2.13. Verstrekken van gegevens aan nabestaanden

Voorzover de overleden patiënt wilsonbekwaam of minderjarig was zal zijn wettelijke vertegenwoordiger doorgaans al over de gegevens beschikken ofwel deze met veronderstelde toestemming van de patiënt van de HDS mogen ontvangen (zie onderdeel B.2.6.). In die situatie maar ook als er geen vertegenwoordiger is, kunnen (andere) nabestaanden behoefte hebben aan informatie over de overledene. Een veel gestelde vraag aan de HDS is bijvoorbeeld of meer informatie gegeven kan worden over de omstandigheden waaronder de patiënt is overleden, of de patiënt pijn heeft geleden, hoe laat de HDS is gebeld, etc. Op dergelijke vragen kan strikt genomen geen antwoord gegeven worden. De arts behoudt immers ook na het overlijden van de patiënt zijn beroepsgeheim. Strikte navolging van deze hoofdregel zou ertoe leiden dat geen enkele informatie over een overledene aan wie dan ook mag worden verstrekt, ook niet aan partners en kinderen. In veel gevallen is dit echter niet wenselijk en zou de overledene, ware hij nog in leven, toestemming hebben gegeven om bepaalde informatie te verstrekken. Na het overlijden kan de arts in een aantal gevallen die toestemming 'reconstrueren'. Daarbij zal de arts zich een aantal vragen stellen. Waar zijn de gegevens voor nodig? Kinderen kunnen bijvoorbeeld inzage in het dossier van een overleden ouder verzoeken vanwege een vermeende erfelijke ziekte. Ook is het mogelijk dat nabestaanden gegevens willen ontvangen met het oog op het indienen van een klacht tegen het handelen van de arts. In deze gevallen kan de arts veronderstellen dat de overledene toestemming zou hebben gegeven om de gegevens te verstrekken. Is de informatie nodig om bijvoorbeeld het testament aan te vechten, dan zal de toestemming niet zonder meer verondersteld kunnen worden. Wie doet het verzoek en wat was de verhouding tot de overledene? De levenspartner bijvoorbeeld zal eerder bepaalde informatie krijgen dan een verre nicht.

Wat is de aard van de gevraagde gegevens? Voor het verstrekken van zeer privacygevoelige informatie (bijvoorbeeld dat de patiënt hiv besmet was) zal de arts sterke aanwijzingen moeten hebben dat de patiënt tegen verstrekking geen bezwaar zou hebben gehad. Bij minder privacygevoelige gegevens zal die toestemming eerder verondersteld mogen worden.

Het belang dat de nabestaande kan hebben bij het verkrijgen van informatie over de overleden patiënt levert als zodanig onvoldoende grond op om de toestemming van de patiënt te kunnen veronderstellen.

- *Doel van de gegevensverstrekking:* afhankelijk van het verzoek van de nabestaanden.
- *Verstrekker van de gegevens:* de dienstdoende huisarts geeft op verzoek antwoord op (eventueel een deel van) de gestelde vragen.
- *Ontvanger van de gegevens en soort gegevens:* de nabestaande ontvangt op verzoek gegevens over de overleden patiënt voor zover diens toestemming daarvoor verondersteld kan worden en de aard van de gegevens dit toelaat.

Deel 2 Hulpmiddelen voor de Huisartsen Dienstenstructuur

1. Aandachtspunten voor een contract van de HDS met een bewerker

HULPMIDDEL 1

(zie onderdeel A.1.3.)

Een bewerker is iemand *buiten* de organisatie van de verantwoordelijke, die *niet* in een hiërarchische verhouding tot de verantwoordelijke staat. Als een bewerker persoonsgegevens gaat verwerken (ontvangen, koppelen, verstrekken aan derden etc.) moet de verantwoordelijke (en namens deze doorgaans de directie of het bestuur van de HDS) de bewerker (bijvoorbeeld een extern administratiekantoor) duidelijk maken hoe hij met de persoonsgegevens moet omgaan. De verplichtingen van de verantwoordelijke en de bewerker worden duidelijk in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd. De verantwoordelijke moet toezien op de naleving van de uit de overeenkomst voortvloeiende verplichtingen.

In de overeenkomst moet tenminste worden vastgelegd dat:

- persoonsgegevens uitsluitend worden verwerkt in opdracht van de verantwoordelijke;
- de bewerker en alle medewerkers, handelend onder zijn gezag, uitsluitend toegang hebben tot gegevens voor zover noodzakelijk voor de vervulling van hun taak;
- de bewerker en alle medewerkers, handelend onder zijn gezag, verplicht zijn de gegevens waarvan zij kennis nemen, geheim te houden;
- de bewerker voldoende technische en organisatorische waarborgen biedt ter beveiliging tegen verlies of onrechtmatige verwerking van gegevens.
- Zonodig kan ook worden opgenomen, dat de bewerker ervoor zorgdraagt dat bij verandering van hard- of software wordt gecheckt of de gegevens op de oude gegevensdrager nog kunnen worden ontsloten; zo niet dan moet bijvoorbeeld voorafgaand aan de verandering een uitdraai van de gegevens worden gemaakt.

2. Invullen van het WBP Meldingsprogramma of van het Meldingsformulier

HULPMIDDEL 2

(zie onderdelen A.2.1. en B.1.)

De HDS meldt de gegevensverwerkingen bij het College Bescherming Persoonsgegevens in Den Haag. Dit Hulpmiddel is specifiek bedoeld voor de HDS, niet voor melding door de individuele huisarts of huisartsenmaatschap. Deze moeten hun gegevensbestanden afzonderlijk melden tenzij zij onder de vrijstelling van de meldingsplicht vallen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij solistisch werkende huisartsen. Nadere specifieke informatie daarover is te vinden in de 'meldingsplicht van artsen' in Medisch Contact 2002 nr. 46 d.d. 15 november 2002, pag. 1707. Voor het invullen van het Meldingsprogramma of het Meldingsformulier door de HDS zijn hieronder enkele suggesties opgenomen.

Op de website van het College Bescherming Persoonsgegevens staat hoe het WBP Meldingsprogramma of het Meldingsformulier verwerking persoonsgegevens kan worden verkregen: www.cbpweb.nl. Het Meldingsprogramma kan via deze site gedownload worden (hetgeen ook afhankelijk van de apparatuur niet altijd eenvoudig is), het Meldingsformulier of de Meldingsdiskette en de daarbij behorende toelichting kan op werkdagen van 9 tot 15.00 uur besteld worden via tel. 070-381 1300. Dat laatste heeft wellicht de voorkeur omdat de vragen dan kunnen worden geprint, bekeken en besproken en in één keer ingevuld kunnen worden. Voor nadere informatie kan tijdens het telefonisch spreekuur van 9 - 12.00 uur (met uitzondering van de woensdag) gebeld worden met nummer 070-381 1300.

Hieronder worden suggesties gedaan voor het invullen van de vragen van het Meldingsformulier en -programma. Soms zijn meerdere suggesties voor invulling genoemd omdat de situatie niet overal dezelfde is.

Voordat het formulier wordt ingevuld wordt aangegeven of het een 'eerste melding' betreft of een 'wijziging'.

* Vraag 1-3 Meldingsformulier: naam en adres van de verantwoordelijke, de contactpersoon en, indien van toepassing, van de bewerker(s)

- Naam en adres van de 'verantwoordelijke': meestal is *alleen* de rechtspersoon HDS, verantwoordelijk voor de *gehele* gegevensverwerking.
- Naam van de contactpersoon: doorgaans de directie of het bestuur van de HDS die/dat namens de rechtspersoon meldt. Eventueel kan ook een medewerker binnen de HDS, bijvoorbeeld de kwaliteitsmedewerker, als contactpersoon optreden.
- Zonodig invullen de verdeling van verantwoordelijkheid tussen de diverse HDS-en of huisartsenposten binnen één regio en aangeven als meerdere HDS-en of posten binnen één regio de gegevensverwerkingen gezamenlijk melden.
- Als er een of meerdere 'bewerkers' zijn (dat is bijvoorbeeld wél een *extern* administratiekantoor, maar *niet* een interne medewerker, zie onderdeel A.1.3.) naam en adres van deze invullen.

* Vraag 4-5: omschrijving en (samenhangende) doelen van de verwerking⁴²

- Als naam of omschrijving van de gegevensverwerking binnen de HDS kan ingevuld worden: *patiëntenregistratie huisartsendienstenstructuur*.
(Indien de gegevens in de *personeels- en salarisadministratie* (zie onderdeel B.1.1.9.) langer dan twee jaar nadat het dienstverband of de werkzaamheden ten behoeve van de verantwoordelijke zijn beëindigd, bewaard worden moet deze verwerking ook worden gemeld. Daarvoor wordt een apart formulier gebruikt. In deze vraag in te vullen doel is dan personeels- en salarisadministratie.)
- De doelen van gegevensverwerking van de patiëntenregistratie huisartsendienstenstructuur binnen de HDS zijn:

⁴²Niet alle in onderdeel B.1. genoemde gegevensbestanden hoeven afzonderlijk te worden gemeld, omdat een groot aantal doelen van de diverse gegevensbestanden die bij de melding moeten worden aangegeven, met elkaar samenhangen of overeenkomen.

- verantwoorde zorgverlening aan patiënten
- facturering
- verslaglegging aan de eigen huisarts of andere direct betrokkenen
- klachtenbehandeling
- kwaliteitsbevordering
- beveiliging en bewaking van bezoekers en medewerkers

*** Vraag 6: categorieën van betrokkenen (dat zijn: de personen van wie gegevens worden verwerkt)**

- Hier wordt aangegeven welke gegevens, van welke categorie personen, voor welk doel door de HDS worden verwerkt:
 - administratieve gegevens van patiënten voor: identificeren patiënt
 - naam huisarts en apotheek van patiënten voor: verslaglegging/overdracht of verwijzing
 - verzekeringsvorm en -nummer van patiënten voor: facturering
 - hulpvraag- en contactgegevens (medische gegevens) van patiënten voor: verantwoorde zorgverlening
 - gegevens van patiënten en bezoekers betreffende klachten en incidenten voor: klachtenbehandeling en melding incidenten
- Indien de *personeels- en salarisadministratie wordt gemeld* (zie vraag 4-5) wordt hier ingevuld:
 - administratieve en functioneringsgegevens van HDS-medewerkers voor: salaris en personeelsaangelegenheden
- Bijzondere gegevens: het gaat hier (meestal) alleen om de gegevens betreffende de gezondheid van patiënten (medische gegevens).

*** Vraag 7: categorieën van ontvangers**

- Hier wordt aangegeven aan welke (categorie van) ontvangers de HDS welke soort gegevens verstrekt:
 - hulpverleners binnen de HDS en de eigen huisarts van de patiënt: ontvangen administratieve, verzekerden- en medische gegevens van patiënten
 - financieel medewerker (of bewerker(s)⁴³) en zorgverzekeraar: ontvangen administratieve gegevens van patiënten, datum contact en soort contact (consult of telefonisch contact) en eventueel medicatiegegevens
 - kwaliteitsmedewerker: ontvangt bij voorkeur geanonimiseerde gegevens naar aanleiding van klachten en (bijna) incidenten
 - klachtenfunctionaris of MIP-commissie: ontvangt gegevens over klachten of (bijna) incidenten
 - klachtencommissie: ontvangt gegevens over klachten na schriftelijke toestemming van patiënt
- Indien de *personeels- en salarisadministratie wordt gemeld* (zie vraag 4-5) wordt hier ingevuld:
 - personeelsmedewerker en leidinggevende: ontvangen administratieve en functioneringsgegevens van medewerkers

*** Vraag 8: beveiligingsmaatregelen**

Hier worden algemene vragen gesteld en afhankelijk van de individuele situatie beantwoord:

- Beveiligt u de persoonsgegevens?
- Welke maatregelen heeft u genomen om de persoonsgegevens te beschermen? Bijvoorbeeld: toegangscontrole met wachtwoord, controle op toegekende autorisatie, inbraakbeveiliging, berichten worden versleuteld verzonden etc.
- Is er sprake van een bewerker?

⁴³indien van toepassing

- Wie heeft toegang tot de persoonsgegevens? Bijvoorbeeld: maakt gebruik van overzicht toegangsbevoegden.
- Verzendt u gegevens langs elektronische weg? Bijvoorbeeld via publiek netwerk, via een 'secure'-verbinding of via een Virtual Private Network.
- Gebruikt u encryptie (versleuteling)? Bijvoorbeeld: bij iedere gegevensverzending.

*** Vraag 9: (voorgenomen) doorgifte van gegevens naar landen buiten de EU**

Doorgaans zal deze vraag met 'nee' beantwoord worden door de HDS.

*** Vraag 10: voorafgaand onderzoek**

Aan de hand van een aantal vragen die worden gesteld bepaalt de verantwoordelijke of gegevens worden verwerkt die specifieke risico's met zich meebrengen voor de rechten en privacy van de betreffende personen. Als dat het geval is wordt een beschrijving van de verwerking eerst naar het CBP gestuurd en onderzocht om te beziën of de verwerking is toegestaan. Het gaat hier bijvoorbeeld om het heimelijk vastleggen van gegevens van personen zonder dat deze weten dat dit gebeurt of bijvoorbeeld een identificatienummer (zoals sofinummer) van personen te gebruiken voor een ander doel dan waarvoor dit bij wet of anderszins is toegestaan. Deze vraag zal doorgaans binnen de HDS niet van toepassing zijn.

3. Informatiefolder voor patiënten

HULPMIDDEL 3

(zie onderdeel A.2.2.)

Zowel in de WBP als in de WGBO is een informatieplicht richting patiënt opgenomen. Patiënten worden geïnformeerd over de hulpverlening vanuit de HDS, de wijze waarop gegevens over hen worden vastgelegd, wie toegang hebben tot hun gegevens, hoe lang deze worden bewaard en welke rechten zij hebben. Het hieronder opgenomen model kan door de HDS worden gebruikt bij het maken van zo'n patiënteninformatiefolder. De belangrijkste zaken waarover patiënten ingevolge de WBP en WGBO worden geïnformeerd zijn in dit model verwerkt. Uiteraard moet u de tekst nog aanpassen aan de lokale situatie.

Als de huisartsenpost al een folder heeft uitgegeven, vergelijkt u dan de tekst en vult u deze zonedig aan. De informatieplicht geldt zowel ten aanzien van nieuwe patiënten als patiënten die al in behandeling zijn.

Informatiefolder voor patiënten

Over de huisartsenposten in uw regio

In deze regio hebben de huisartsen besloten samen te gaan werken in huisartsenposten. Ook uw huisarts heeft zich bij deze posten aangesloten. Dat betekent dat als u met spoed huisartsenhulp nodig heeft buiten de gewone praktijktijden van uw eigen huisarts (vanaf... uur tot ...uur, in het weekend en op feestdagen) u de huisartsenpost kunt bellen op nummer⁴⁴ Dit nummer kost ... per minuut. Dat moet u alleen doen als u uw vragen of gezondheidsklachten niet kunt uitstellen tot het eerstvolgende spreekuur van uw eigen huisarts. De huisartsenpost werkt alleen op afspraak. Als u met de huisartsenpost belt krijgt u als eerste een telefonist (of de doktersassistent of...) aan de telefoon. Als u nog niet bekend bent bij de post zal deze uw adres- en verzekeringsgegevens vragen en wie uw huisarts is. Uw klachtenomschrijving wordt opgenomen en deze wordt doorgegeven aan de doktersassistent (of aan de dienstdoende huisarts). De doktersassistent zal u terugbellen en kan u in veel gevallen direct adviseren. Dat zal gewoonlijk binnen 15 tot 30 minuten zijn. In levensbedreigende situaties wordt u direct doorverbonden met de doktersassistent (of dienstdoende huisarts...) die een ambulance en/of een huisarts naar u toestuurt. Deze zijn dan binnen 15 minuten bij u. Als is afgesproken dat een huisarts u thuis zal bezoeken maar de situatie is niet levensbedreigend, dan is de arts binnen 60 minuten bij u. Bij een routinebezoek kan dit langer duren. De arts zal immers meerdere adressen moeten bezoeken. De arts zal u alleen bezoeken als vervoer om medische redenen niet mogelijk is, niet omdat u zelf geen vervoer heeft. De arts wordt begeleid door een chauffeur die een speciale opleiding heeft gekregen om in spoedgevallen als rechterhand te fungeren. Bijvoorbeeld voor het aanreiken van instrumenten of het bedienen van apparatuur. Ook de chauffeur heeft een geheimhoudingsplicht. De auto van de huisartsenpost is uitgerust als medisch voorrangvoertuig (o.a. zwaailicht en sirene) en is herkenbaar aan de kleur of striping. De posten zijn te vinden op de volgende adressen...

Medicatie

Herhalingsrecepten worden gewoonlijk niet door de huisartsenpost verstrekt. In zeer acute gevallen kan de dienstdoende huisarts een recept geven; het gaat dan uitsluitend om een eerste dosis die genoeg is tot het eerstvolgende spreekuur van uw eigen huisarts. De arts die visites doet heeft een noodvoorraad bij zich; ook hij zal alleen een eerste dosis verstrekken.

Kosten consult of visite

De kosten die de huisartsenpost aan patiënten in rekening mogen brengen zijn vastgesteld door de overheid. De volgende tarieven worden door de posten berekend:

Telefonische consult..

⁴⁴Als gekozen is voor een 0900 nummer kan hier eventueel worden aangegeven dat via de primafoonwinkel de groep 0900 nummers waarin ook de politie en de thuiszorg zijn opgenomen, zonedig gedeblokkeerd kunnen worden.

Consult..

Visite..

Herhalingsrecept..

Ziekenfondsverzekerden ontvangen geen rekening (tenzij het gaat om passanten of niet op naam ingeschreven patiënten). De rekening wordt door de huisartsenpost doorgestuurd naar het ziekenfonds. Particulier verzekerden krijgen een rekening thuis van de huisartsenpost of van een administratiekantoor aan welk het maken en innen van nota's is uitbesteed.

De huisartsenpost en uw persoonsgegevens

Om uw hulpvraag zo goed en efficiënt mogelijk te kunnen beantwoorden en de kwaliteit van de geboden zorg vanuit de huisartsenpost verder te kunnen verbeteren, moet een aantal persoonsgegevens van u genoteerd worden. Het gaat daarbij om schriftelijke gegevens zoals administratie- en medische gegevens die op de post over u worden genoteerd naar aanleiding van uw hulpvraag. Ook telefoongesprekken tussen u en de telefonist, de doktersassistent of dienstdoende huisarts van de post worden gedurende korte tijd vastgelegd om in geval van klachten of onduidelijkheden te kunnen nagaan hoe het gesprek is verlopen en de kwaliteit van de telefonist of assistent die u te woord staat, te kunnen optimaliseren. Op een aantal huisartsenposten worden ook gedurende korte tijd beelden vastgelegd via cameratoezicht. Dat wordt gedaan om de veiligheid van patiënten en medewerkers te waarborgen en om toezicht te houden op de gezondheidstoestand van patiënten in de wachtkamer. De vastlegging van de genoemde gegevens is door de huisartsenpost gemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens, de toezichthouder op de privacywetgeving. Uiteraard wordt met uw gegevens zorgvuldig omgegaan. De gegevens mogen alleen worden gebruikt voor de doelen waarvoor deze zijn vastgelegd.

Toegang tot de gegevens die uw eigen huisarts over u heeft vastgelegd is alleen mogelijk als uw hulpvraag aan de post dat noodzakelijk maakt. Wanneer sprake is van een bijzondere situatie en uw eigen huisarts verwacht dat u een beroep zal doen op de post, dan informeert hij de post meestal via een speciaal formulier of waarneembericht.

Alleen de medewerkers op de post die rechtstreeks betrokken zijn bij het behandelen van uw hulpvraag en de zorgverlening aan u hebben toegang tot uw medische gegevens. Het computerprogramma waarin uw gegevens worden opgeslagen zijn alleen toegankelijk met hun persoonlijke inlogcode (of....). De rechtstreeks betrokken medewerkers zijn de telefonist, doktersassistent en dienstdoende huisarts. In geval van een incident of klacht zal ook de klachtenfunctionaris, de kwaliteitsmedewerker, de locatie- of regiomanager of directeur toegang hebben tot de gegevens die op de klacht betrekking hebben. In protocollen en procedures is vastgelegd welke personen op de post toegang hebben tot welke gegevens. Al deze personen hebben een geheimhoudingsplicht.

Beveiliging van uw gegevens

Op de huisartsenpost worden uw gegevens veilig opgeslagen en bewaard zodat ze niet verloren kunnen raken of in onbevoegde handen kunnen komen. Naast 'ruimtelijke' beveiligingseisen moet de manager of directeur van de post ook technische maatregelen treffen. Zoals inlogcodes voor toegang tot de gegevens en het *versleuteld* versturen van uw gegevens met betrekking tot de u geboden hulp op de post naar de eigen huisarts. Maatregelen die ervoor waken dat onbevoegden uw gegevens kunnen inzien.

Bewaartermijn

Uw gegevens worden in principe niet langer bewaard dan nodig is voor het doel waarvoor ze zijn vastgelegd. De wettelijke bewaartermijn is tien jaar. Deze termijn gaat lopen vanaf het moment dat het consult of uw telefonische hulpvraag aan de huisartsenpost wordt afgesloten.

Meestal zullen de gegevens op de post ook bij uw eigen huisarts zijn.

Uw rechten als patiënt

Als patiënt heeft u een aantal wettelijke rechten ten aanzien van de gegevens die over u worden vastgelegd. Namens de patiënt kan ook de wettelijke vertegenwoordiger zoals een ouder, voogd of mentor of een door de patiënt schriftelijk gemachtigde hierop een beroep doen. Het gaat om de volgende rechten:

- recht op inzage en afschrift
U heeft er recht op uw gegevens in te zien en u kunt om een afschrift vragen. De huisartsenpost moet daaraan binnen vier weken voldoen, tenzij inzage of afschrift van bepaalde gegevens in strijd zou zijn met het privacybelang van een ander. Voor het verstrekken van afschriften mag een vergoeding gevraagd worden.

- recht op aanvulling, correctie en afscherming
Als u vindt dat bepaalde gegevens in uw dossier onjuist zijn, kunt u de huisartsenpost vragen deze te corrigeren of aan te vullen. Als de genoteerde gegevens volgens u op dat moment niet relevant waren maar u ze toch wilt bewaren kunt u ook verzoeken deze af te schermen voor de medewerkers. Binnen vier weken moet de huisartsenpost op uw verzoek reageren.
- recht op vernietiging
U kunt de post vragen (een deel van) uw gegevens te vernietigen. Binnen drie maanden moet dit verzoek uitgevoerd worden tenzij aannemelijk gemaakt kan worden dat het bewaren van de gegevens van aanmerkelijk belang is voor iemand anders dan uzelf, of omdat een wet verplicht tot bewaring.

Als u naar aanleiding van deze folder nog meer vragen heeft kunt u schrijven naar ... of bellen met

4. Beveiliging van patiëntgegevens

HULPMIDDEL 4

(zie onderdeel A.2.3.)

Op grond van artikel 13 van de WBP zijn artsen verplicht om de noodzakelijke technische en organisatorische maatregelen te treffen om patiëntgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Deze maatregelen moeten er mede op gericht zijn om onnodige verzameling en verdere verwerking van patiëntgegevens te voorkomen. De interpretatie van artikel 13 WBP is in handen van het CBP.

De door de arts te treffen beveiligingsmaatregelen zijn afhankelijk van de aard en de omvang van de persoonsgegevens en van de wijze van verwerking van die persoonsgegevens. Er zijn vier 'risicoklassen'. De verwerking van patiëntgegevens door artsen valt in risicoklasse 2 (verhoogd risico). Onder verhoogd risico wordt verstaan dat er extra negatieve gevolgen bestaan voor de patiënt bij verlies, of bij onbehoorlijke of onzorgvuldige verwerking van de persoonsgegevens vanwege het feit dat de arts gegevens over de gezondheid verwerkt. De WBP beschouwt gezondheidsgegevens als bijzondere (gevoelige) gegevens.

Een aantal basale eisen die gelden voor elektronische gegevensverwerking door de HDS zijn:

- Handmatig bijgehouden dossiers, ook laptops worden in goed afsluitbare kasten en ruimten bewaard. Dossiers of laptops die in de auto worden meegenomen voor visites of gebruik op de HDS worden op een plaats gelegd waar ze van buitenaf niet zichtbaar zijn. De auto moet ook goed afgesloten worden.
- Er sprake is van een strikte autorisatie, dus alleen degenen die daartoe bevoegd zijn, hebben toegang tot de patiëntgegevens.
- De toegang tot de computer van de arts/HDS moet afdoende beveiligd zijn. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van regelmatig wisselende wachtwoorden in combinatie met blokkering als drie keer een fout wachtwoord ingevoerd wordt.
- Daarnaast dient de computer van de arts/HDS te zijn voorzien van een screensaver die beveiligd is met een wachtwoord (zodat de toegang tot de gegevens op de computer ook beperkt is op het moment dat de arts/HDS-medewerker is ingelogd maar niet op zijn (werk) plek aanwezig is.)

Voor het online uitwisselen van medische gegevens gelden meer specifieke technische eisen. Deze zijn als bijlagen in de *KNMG Richtlijn online arts-patiënt contact (2004)* opgenomen, en luiden als volgt.

De arts/ HDS wordt dringend geadviseerd gegevens versleuteld te versturen.

Wordt dit niet gedaan dan bestaat het risico dat de gegevens door onbevoegden worden gelezen, hetgeen neerkomt op een ongeoorloofde schending van het beroepsgeheim. Een dergelijke schending kan tuchtrechtelijke en strafrechtelijke consequenties hebben. Voor versleuteling kan gebruik gemaakt worden van in de markt beschikbare 'secure e-mail' oplossingen.

Voor online communicatie gebruikt de arts/HDS een computer die is uitgerust met een up-to-date virusscanner, firewall en recente patches voor de software waarmee gewerkt wordt. Ontbreekt een goede firewall, dan is het aan te raden via een 'stand alone' computer te werken of slechts met een gesloten netwerk. Het gebruik van privacy-enhancing technologies, bijvoorbeeld door identificeerbare en niet-identificeerbare informatie uit elkaar te halen, verdient de voorkeur.

Andere maatregelen om de privacy, de veiligheid en betrouwbaarheid van de gegevensuitwisseling te waarborgen zijn het communiceren via een 'secure'-verbinding (encrypted server) en het gebruik van Virtual Private Networks (VPN). Zodra dat redelijkerwijs mogelijk is, wordt geadviseerd gebruik te maken van door de Nederlandse Staat beschikbaar gestelde Unieke Zorgverlener Indicatie certificaten (UZI-certificaten).⁴⁵ Hierbij wordt gebruik gemaakt van Public Key-Infrastructure (PKI).

⁴⁵ Waarschijnlijk zijn de UZI-certificaten begin 2005 beschikbaar via VWS/CIBG/NICTIZ voor zowel systemen, medewerkers als zorgverleners. Deze certificaten worden nu reeds getest.

Zodra dit redelijkerwijs mogelijk is maken de arts /HDS en de patiënt gebruik van elektronische identificatie. Tot die tijd zal de arts/HDS bij het online communiceren gebruik moeten maken van methodes waardoor zijn identiteit en die van de patiënt zoveel mogelijk worden gegarandeerd. Hierbij dient de arts/ HDS een inschatting te maken of de genomen maatregelen als voldoende zijn aan te merken. Zonder juiste identificatie van de patiënt bestaat de kans dat medische informatie aan een ander dan de betreffende patiënt gestuurd wordt, hetgeen een ongeoorloofde doorbreking van het beroepsgeheim is en (tucht)rechterlijke consequenties kan hebben. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor de beveiliging van zijn e-mail account.

Indien gecorrespondeerd wordt via e-mail, dan worden deze bij voorkeur niet in het e-mail- programma bewaard. Dit om te voorkomen dat computervirussen hierop vat krijgen.

Privacy disclaimer

Een tekst voor een privacy disclaimer die door de arts/HDS gebruikt kan worden luidt:

‘Deze e-mail en de daarmee verzonden informatie is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verstrekking aan en/ of gebruik door derden van deze informatie zonder toestemming van de afzender, is niet toegestaan. Indien deze e-mail niet voor u bestemd is, dan wordt u vriendelijk verzocht direct contact op te nemen met de afzender en de e-mail te vernietigen. «<<Naam bedrijf, web-site of arts>> staat niet in voor het juist, volledig en / of niet tijdig overkomen van deze e-mail en de inhoud daarvan.

Voor meer informatie over beveiligingseisen: zie ‘Achtergrondstudies en verkenningen’ van het College Bescherming Persoonsgegevens te Den Haag, nummer 23 ‘Beveiliging van persoonsgegevens’ (2001), nummer 26 ‘Privacy bij ICT in de zorg’ (2002). Zie ook de website van het CBP www.cbpreweb.nl.

5. Overzicht beroepsgeheim

HULPMIDDEL 5
(zie onderdeel A.4.1.)

Beroepsgeheim van de hulpverlener heeft twee aspecten:

1. **zwijgplicht**

- individueel belang, namelijk geheimhouding van alle informatie over de patiënt ten opzichte van een ieder
- collectief belang, namelijk iedereen die medische hulp nodig heeft moet zich zonder vrees tot een arts of ziekenhuis etc. kunnen wenden

2. **verschoningsrecht**

het recht van de arts te weigeren een getuigenis af te leggen voor de rechter als daardoor zwijgplicht wordt doorbroken; het is aan de rechter om dit beroep al dan niet te honoreren. De arts heeft wél een verschijningsplicht als hij door de rechter als getuige wordt opgeroepen.

Consequenties van het verschoningsrecht:

- arts heeft geen aangifteplicht van gepleegd ernstig misdrijf (zoals iedere burger die wel heeft)
- geen inbeslagneming is mogelijk in praktijk arts van dossier patiënt, tenzij expliciete toestemming arts alsmede in zeer uitzonderlijke gevallen (belang waarheidsvinding evident groter dan schending beroepsgeheim zoals bij moord, verkrachting en/of zaken die maatschappelijk zeer gevoelig liggen)

afgeleid beroepsgeheim

Voorbeelden: doktersassistent, triagist, secretaresse, administratieve kracht, telefonist.
Geheimhoudingsplicht bij voorkeur in arbeidscontract medewerker vastleggen.

Verstrekken van gegevens aan derden; uitsluitend die gegevens die voor het doel noodzakelijk zijn

Uitgezonderd van verstrekking zijn: persoonlijke werkaantekeningen en verstrekking van die gegevens waardoor de privacy van derden wordt geschaad, bijvoorbeeld door de partner in vertrouwen verstrekte relevante informatie aan de arts. Het gaat hier om dezelfde beperking als bij inzage in dossiergegevens door de patiënt of diens vertegenwoordiger.

Hoofregel gegevensverstrekking aan derden: gerichte toestemming van de patiënt/vertegenwoordiger is vereist, tenzij:

- *wettelijke plicht tot verstrekking*
voorbeelden: melding bepaalde infectieziekten aan GGD, afgeven verklaring van overlijden door behandelend arts aan de ambtenaar van de burgerlijke stand, melding aangetoonde beroepsziekten door de bedrijfsarts aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, verstrekken van aantal declaratiegegevens aan ziekenfonds of zorgverzekeraar (eventueel via ziekenhuis)
- *verstrekking aan 'functionele eenheid'*
voorbeelden: collega dienstdoende huisarts, behandelend huisarts, hulpverlener(s) naar wie wordt verwezen, verpleegkundige, doktersassistent, triagist, secretaresse.
- *vervanger van de behandelend arts*
- *verstrekking aan wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde, tenzij*
van een goed hulpverlener', bijvoorbeeld vertrouwelijke informatie over het voorschrijven van anticonceptie of abortusverzoek door een minderjarige patiënt. Of verslaglegging in het dossier van door een kind gemelde mishandeling door de ouder(s).

- *ten behoeve van verweer in klacht-, tucht-, civiele en strafprocedure* (In geval van een claim tegen de arts kan de patiënt gegevensverstrekking aan beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar weigeren, waarbij consequenties van die weigering, zoals het niet of moeilijk kunnen beoordelen van de klacht of claim, uiteraard voor de patiënt zelf zijn.)
- *situaties waarbij arts in opdracht van een derde een onderzoek doet en een advies of rapportage afgeeft* Voorbeeld: keuringsrapport; keurling heeft recht op eerste kennisneming rapport en beslissing of anderen dit mogen ontvangen met eventuele consequenties daarvan voor keurling (zie art. 464 WGBO).
- *gebruikmaking van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, maar dan alleen in uitzonderlijke situaties (zie art. 458 WGBO)*
- *conflict van plichten (zie hierna)*

Te gebruiken (cumulatieve) criteria bij de beoordeling of sprake is van een 'conflict van plichten'-situatie (prof. dr. H.J.J. Leenen):

1. alles is in het werk gesteld om eerst toestemming van betrokkene(n) te krijgen (of deze ervan te overtuigen zelf het probleem op te lossen of hulp daarbij te zoeken) en
2. de hulpverlener verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht en
3. er is geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen en
4. het niet-doorbreken van het geheim levert voor een ander *ernstige schade* op en
5. het moet vrijwel zeker zijn, dat door de geheimdoorbreking die schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt en
6. het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

De arts doet er verstandig aan de overwegingen die hij maakt ten aanzien van het doorbreken van zijn beroepsgeheim te noteren in het dossier. De betrokkene(n) wordt(worden) zo mogelijk geïnformeerd over de geheimdoorbreking.

Gegevensverstrekking na overlijden patiënt

Hoofddregel: ook na de dood geen verstrekking of inzage tenzij:

1. *een wettelijke bepaling daartoe verplicht*. Voorbeeld: inzage aan de inspecteur voor de Gezondheidszorg ingevolge artikel 63 lid 4 wet BOPZ.
2. *veronderstelde toestemming*. Daarvoor is nodig een reconstructie van de wil van de overledene; zou deze in het concrete geval toestemming hebben gegeven? Voorbeeld van veronderstelde toestemming: inzage dossier door nabestaande(n) vanwege een erfelijke ziekte of een klacht waarbij geen problemen bij de arts bekend waren tussen nabestaande(n) en overledene bij leven. Bij twijfel over de wil van de overledene dient het dossier gesloten te blijven, tenzij eventueel,
3. *'conflict van plichten' situatie* (af te wegen aan de hand van bovenstaande criteria). Het moet dan gaan om zéér zwaarwegende belangen van derden. Voorbeeld: inzage in dossiergegevens door nabestaanden welke informatie geven die voor hen van zeer groot belang zijn en op geen enkele andere wijze verkregen kunnen worden. Inzage vanwege zuiver emotionele belangen zoals rouwverwerking is volgens de rechter onvoldoende grond. Het zal daarbij bijvoorbeeld ook moeten gaan om het indienen van een klacht of een claim.

6. Contractuele geheimhoudingsplicht van medewerkers binnen de HDS

HULPMIDDEL 6

(zie onderdeel A.4.1.)

De informatie in dit Hulpmiddel heeft betrekking op medewerkers binnen de HDS die ook toegang hebben tot gegevens die persoonsgegevens van patiënten bevatten. Het gaat daarbij om zowel NAW-gegevens als medische of andere gevoelige gegevens van patiënten.

In de arbeidsovereenkomst van medewerkers kan de manager of directeur een bepaling opnemen die de medewerkers verplicht tot geheimhouding over alle patiëntgegevens die ze uit hoofde van die functie onder ogen krijgen of horen. Deze verplichting tot geheimhouding blijft ook van toepassing nadat de arbeidsovereenkomst is beëindigd. Als er geen sprake is van een arbeidsovereenkomst kan de geheimhoudingsplicht in bijvoorbeeld een protocol of richtlijn binnen de HDS worden opgenomen.

Medewerkers die door hun functie kennisnemen van patiëntgegevens, houden zich op grond van hun geheimhoudingsplicht aan de volgende regels:

1. De medewerker neemt uitsluitend kennis van patiëntgegevens voor zover die voor de uitvoering van zijn taak noodzakelijk zijn.
2. De medewerker is niet gerechtigd om zonder overleg of afstemming met de manager of directeur van de HDS c.q. de dienstdoende huisarts patiëntgegevens ter inzage te geven of afschriften aan derden te verstrekken. De medewerker draagt er persoonlijk zorg voor, dat gegevens niet in onbevoegde handen komen, verloren raken en/of uit onachtzaamheid openbaar worden. Hij stelt zich op de hoogte van door de manager of directeur van de HDS opgestelde regels voor de beveiliging van en de omgang met gegevens.
3. De medewerker brengt zonder overleg of afstemming met de dienstdoende huisarts geen inhoudelijke wijzigingen aan en/of verwijdert geen gegevens, tenzij het onmiskenbaar foutieve administratieve gegevens betreft. In dat geval vermeldt hij bij de correctie de datum en zijn initialen/code.

7. Prijzen van afschriften van patiëntgegevens

HULPMIDDEL 7

(zie onderdeel A.4.5.)

In de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is het recht op afschrift opgenomen. Op grond van dit recht kan een patiënt (of met machtiging diens vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een advocaat) verzoeken om een afschrift van (een gedeelte van) het medisch dossier dat over hem of haar door een hulpverlener is aangelegd. Als een patiënt om een afschrift verzoekt, moet dit door de arts of HDS in beginsel altijd worden verstrekt. Daarop bestaat echter een uitzondering namelijk als de verstrekking van een afschrift de privacy van een ander in gevaar zou brengen. De arts zal dit in een individueel geval beoordelen. Voor het verstrekken van een afschrift kan (dit hoeft niet) een hulpverlener of HDS op grond van de WGBO een redelijke kostenvergoeding vragen. Aangezien de meeste medische dossiers systematisch toegankelijk zijn - voor zover ze al niet in geautomatiseerde vorm worden bijgehouden - is ook de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) van toepassing. Ingevolge het 'Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene WBP',⁴⁶ zijn de volgende tarieven vastgesteld voor het verstrekken van één of meer afschriften.

- Voor het verstrekken van afschriften van dossiergegevens kan per pagina maximaal € 0,23 in rekening worden gebracht, met een maximum van € 4,50 per verzoek.
- Voor het verstrekken van een afschrift op een andere gegevensdrager dan op papier mag een redelijke vergoeding worden gevraagd. Deze bedraagt maximaal € 4,50. Hierbij kan worden gedacht aan elektronische verstrekking, bijvoorbeeld op diskette of via een directe verbinding tussen personal computers, of de verstrekking van een afdruk van een (röntgen)foto. In het Besluit wordt er daarbij van uit gegaan dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen de diverse gegevensdragers die gebruikt worden.
- Gaat het om een afschriftverzoek van meer dan 100 pagina's, dan kan maximaal € 22,50 in rekening worden gebracht.
- De vergoeding voor een afschrift van een, vanwege de aard van de vaststelling, moeilijk toegankelijke registratie bedraagt ten hoogste € 22,50. Het gaat hier om 'moeilijke toegankelijkheid in technische zin'. Een voorbeeld: gegevens die worden vastgelegd op microfilm kunnen pas verstrekt worden nadat enige bewerking is verricht: opzoeken, vergroten en vervolgens afdrukken.
Het feit dat een dossier niet (langer) door de verantwoordelijke zelf wordt bewaard, maar bijvoorbeeld namens deze door een derde, is geen 'moeilijke toegankelijkheid' in technische zin en rechtvaardigt geen vergoeding op basis van deze bepaling in het Besluit. Het zal dus gaan om bijzondere gevallen.

Indien voor het verstrekken van een afschrift verschillende criteria voor het berekenen van de vergoeding van toepassing zijn, worden deze niet bij elkaar opgeteld maar wordt alleen de hoogste vergoeding in rekening gebracht.

⁴⁶Besluit van 13 juni 2001 tot vaststelling van de vergoeding van de kosten als bedoeld in de artikelen 39 en 40 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Staatsblad 2001, 305).

8. Overzicht toegangsbevoegden binnen de HDS

HULPMIDDEL 8 (zie onderdeel B.1.)

TOEGANGSBEVOEGDEN TOT GEGEVENS(BESTANDEN) GENOEMD IN ONDERDEEL B.1.

Dit overzicht is bedoeld als voorbeeld voor de toegang tot gegevens *binnen de in onderdeel B.1. aangegeven doelen* en kan aan de individuele situatie worden aangepast.

Functionaris	Aard van de gegevens van de patiënt		
	NAW +geb.datum	Medisch	Administratief/verzekering
Dienstdoende huisarts	+	+	+
Eigen (of voor deze waarnemend) huisarts ⁴⁷	+	+	+
Doktersassistent/triagist/secretariaatsmedewerker	+	+	+
Receptionist of baliemedewerker ⁴⁸	+	a	a
Manager of directeur HDS	m	m	m
Financieel medewerker	+	o	+
Klachtenfunctionaris	+	+	+
Kwaliteitsmedewerker	k	k	k
Bewerker	b	b	b
Systeembeheerder	i	i	i
ICT onderhoudsdienst/software leverancier	i	i	i
MIP- of FONA-commissie	+	+ ⁴⁹	+
(externe) Klachtencommissie ⁵⁰	+	+	+

legenda:

- + toegang onbeperkt
- a toegang uitsluitend voor zover noodzakelijk voor de hulpvraag
- b toegang uitsluitend voor zover noodzakelijk voor een goede taakuitoefening van de bewerker
- i toegang uitsluitend voor zover noodzakelijk voor onderhoud en opsporing van fouten
- k toegang uitsluitend voor zover noodzakelijk voor goede taakuitoefening kwaliteitsmedewerker, bij voorkeur geanonimiseerd
- m toegang uitsluitend voor zover noodzakelijk voor bespreken en behandelen incident, calamiteit of klacht tegen de HDS of voor een specifiek verzoek of vraag van of namens de patiënt, bijvoorbeeld over de factuur of inzage in de gegevens
- o geen toegang

Alle genoemde toegangsbevoegden hebben een geheimhoudingsplicht.

⁴⁷Tenzij uitdrukkelijk bezwaar patiënt.

⁴⁸Voor zover functie beperkt is tot het aannemen van de telefoon en doorverbinden. Indien tevens functie doktersassistent zie doktersassistent/triagist etc.

⁴⁹Voor zover noodzakelijk voor onderzoek van de commissie en na overleg met de meldende arts.

⁵⁰Na verkregen schriftelijke toestemming patiënt/klager.

9. Model van een 'weigeringsbriefje' van de KNMG

تفسير لرفض الطبيب المعالج منح « شهادة طبية »

لقد سمعت من طبيبك/ طبيبتك أنه لن يعطيك شهادة طبية Geneeskundige verklaring. وقد تصرف الطبيب في هذا الصدد بناءً على القواعد المحددة من قبل الجمعية المهنية للأطباء KNMG.

ستجد فيما يلي تفسيراً قصيراً لتلك القواعد :

- وجهة نظر الجمعية المهنية للأطباء KNMG هي أن الطبيب(ة) المعالج(ة) لا يجوز أن يعطي شهادات تتعلق بالمرضى الذي يعالجه ، ويذكر فيها رأيه أن المريض لائق أو غير لائق (طبيباً) لأداء أو عدم أداء أشياء معينة . ومن ضمن الأمثلة على ذلك : هل الشخص قادر على العمل ، أو قيادة السيارة ، أو الذهاب إلى المدرسة ، أو رعاية الأطفال جيداً ، أو عنده الحق في إلغاء سفريه محجوزة ، أو هل يحق له الحصول على مكان لركوب السيارة أو سكن معدل ؟ مثل هذه الشهادات يجب أن تصدر فقط بواسطة طبيب محايد ومستقل (أي ليس طبيبك الخاص) . وكطبيب كهذا يمكنك أن يقدم بنفسه وضعك ، وأن يطلب – بتصريح منك – المزيد من المعلومات من طبيبك (أو أطباتك) المعالج(ين) .

أهم سببين لوجهة النظر هذه هما :

- ترى الجمعية المهنية للأطباء KNMG أنه من المهم أن يتمكن طبيبك المعالج من التركيز على علاجك ، وأن يكون في إمكانه بناء علاقة طبية معك على أساس الثقة ، وفي هذه الحالة يجب أن لا يكون الطبيب في وضع تتعارض فيه المصالح . ولتفادي ذلك يجب أن تكون هناك حدوداً واضحة بين العلاج والتقييم إذا ما كان من حقك الحصول على خدمات أو تجهيزات معينة . وبهذه الطريقة لن تكون هناك عقبات تمنعك من إعطائه جميع المعلومات الضرورية لعلاجك .
- بجانب ذلك فإن طبيبك المعالج لا يكون على علم في كثير من الأحوال بالشروط التي يجب انطباقها لمنح خدمات أو تجهيزات معينة ، ولهذا السبب لا يمكن في كثير من الأحوال أن يعطي رأي جيد . كما أنه من مصلحتك أن يكون الطبيب الذي يمنح الشهادة الطبية على علم جيداً بما هي النقط الهامة والنقط غير الهامة عند التقييم .

ماذا يمكنك أن تفعل الآن ؟

- يمكنك أن تستفسر لدى المؤسسة التي تطلب الشهادة الطبية إذا ما كانت صادرة منك حول صحتك كافية ، والتي يمكن أن تكون على شكل نموذج يحتوي على قائمة أسئلة تجيب عليها .
- يمكنك أن تطلب من طبيبك نسخة من ملفك الطبي الذي يحتوي على معلومات هامة حول حالتك الصحية (مثل نتيجة اختبار المشي ، أو نتيجة قياس قوة النظر ... إلخ) ، وأن ترسل هذه النسخة إلى المؤسسة التي تطلب الشهادة الطبية .
- يمكنك من أجل التقييم المطلوب أن تذهب إلى طبيب لا تخضع عنده للعلاج . ويمكن لهذا الطبيب أن يطلب أيضاً بتصريح منك معلومات فعلية حول صحتك من الطبيب الذي يعالجك ، وأن يأخذ تلك المعلومات في الاعتبار ضمن تقييمه .

توحيثاً بـ «الاعتذار» من قبل الطبيب المعالج عن إعطاء «شهادة طبية»

U heeft van uw behandelend arts gehoord dat hij/zij geen 'geneeskundige verklaring' afgeeft. Uw arts heeft daarbij gehandeld op grond van de regels die de KNMG, de beroepsorganisatie voor artsen, heeft opgesteld.

In het kort een toelichting op deze regels:

- De KNMG heeft als standpunt dat een behandelend arts geen verklaringen afgeeft over een eigen patiënt, waarbij hij/zij een oordeel geeft over de (medische) geschiktheid of ongeschiktheid van een patiënt om bepaalde dingen wel of niet te doen. Voorbeelden daarvan zijn: is iemand in staat te werken, een auto te besturen, naar school te gaan, goed voor de kinderen te zorgen, is terecht een geboekte reis geannuleerd of heeft iemand recht op een parkeervergunning of aangepaste woonruimte?
- Dergelijke verklaringen mogen alleen worden afgegeven door een onafhankelijke arts (dus niet de 'eigen' dokter). Zo'n arts kan een eigen beoordeling maken van uw situatie. Als dat nodig is, kan die arts, met uw toestemming, ook nog extra informatie opvragen bij uw behandelend arts(-en).

De twee belangrijkste redenen voor dit standpunt zijn:

- De KNMG vindt het belangrijk dat de behandelend arts zich kan concentreren op uw behandeling en een goede vertrouwensrelatie met u kan opbouwen. Uw arts moet dan niet in allerlei belangenconflicten raken. Om dit te voorkomen moet er een scherpe grens zijn tussen de behandeling en het beoordelen of u voor bepaalde voorzieningen in aanmerking kunt komen. Op deze manier staat niets u in de weg om uw arts alle informatie te geven die noodzakelijk is voor uw behandeling.
- Daarnaast is uw behandelend arts vaak niet op de hoogte van de criteria die worden gehanteerd voor het al dan niet toewijzen van bepaalde voorzieningen. Daardoor is het vaak niet mogelijk om een goed oordeel te geven. Het is ook in uw belang dat de arts die de geneeskundige verklaring afgeeft goed weet welke punten wel en niet van belang zijn bij de beoordeling.

Wat kunt u nu nog doen?

- U kunt navragen bij de instantie die een geneeskundige verklaring vraagt of u niet kunt volstaan met een verklaring van uzelf over uw gezondheidstoestand, eventueel in de vorm van een in te vullen vragenlijst.
- U kunt uw arts vragen om een afschrift van uw medisch dossier waarin bepaalde belangrijke feiten over uw gezondheidstoestand staan vermeld (bijvoorbeeld de uitslag van een looptest, de uitslag van een meting van uw gezichtsvermogen etc) en die toesturen aan de instantie die een geneeskundige verklaring vraagt.
- U kunt zich voor de noodzakelijke beoordeling wenden tot een arts waarbij u niet onder behandeling staat. Deze kan met uw toestemming ook feitelijke informatie over uw gezondheidstoestand bij de behandelend arts opvragen en deze informatie bij zijn/haar beoordeling betrekken.

This leaflet explains why consulting physicians refuse to issue 'medical declarations'

Your consulting physician has told you that he or she does not issue medical declarations. Your physician has acted on the basis of guidelines, drawn up by the KNMG (the Royal Dutch Medical Association), the professional organisation for physicians in the Netherlands.

A few explanatory remarks on these guidelines:

- KNMG's viewpoint is that a consulting physician is not the right person to issue medical declarations on behalf of his or her patients, in which he or she expresses an opinion about the patient's (medical) ability or disability to perform certain things. For instance, is someone able to work, drive a car, go to school, take care of the children, are the reasons to cancel a trip valid, does someone deserve a parking permit or adapted housing?
- Declarations as such should only be issued by an independent physician (i.e. not your own doctor). This physician is able to make an assessment of the situation. If necessary, the physician may ask your consulting physician for additional information but only with your consent.

The two main reasons for this viewpoint are:

- KNMG thinks it is important that your consulting physician focusses on your treatment and establishes a confidential relationship with you. A physician should not become involved in a situation of conflicting interests. To prevent this, a clear distinction has to be made between the treatment of a patient and the assessment whether or not certain facilities are necessary. This is to ensure that you feel no impediments to give your physician all the information necessary for your treatment.
- Secondly, your consulting physician is often not aware of the criteria which are to be applied for the allocation of certain facilities, making it difficult to come to a well-considered decision. It is to your own advantage that the physician issuing a medical declaration knows which aspects are of importance.

What other possibilities are left?

- You could ask the authority requiring the medical declaration whether a declaration in which you describe your state of health will suffice or if they could send you a questionnaire to fill in.
- You could ask your physician to make a copy of your medical file in which certain important facts regarding your health are mentioned (for instance results of a walking test or an eye test) and send it to the authority requiring the medical declaration.
- You could contact an independent physician for an assessment. With your consent he or she is allowed to ask your consulting physician for factual information regarding your state of health and incorporate this in his or her assessment.

Muayene yapan doktorun size 'sağlık raporu' vermeyi reddetmesi ile ilgili açıklama.

Sizi muayene eden doktor, size 'sağlık raporu' vermeyi reddetmiştir. Doktorunuz, böylece doktorların KNMG isimli meslek örgütünün düzenlemiş olduğu kurallara uygun olarak hareket etmiştir.

Aşağıda, söz konusu kurallar hakkında özet halinde bilgi verilmektedir:

- KNMG isimli meslek örgütü, muayene yapan bir doktorun kendi hastası hakkında sağlık raporu hazırlayarak o hastasının hangi işleri yapıp yapamayacağı konusunda beyanname yapmasını uygun görmemektedir. Buna bazı örnekler vermek gerekirse: söz konusu hasta iş yapabilecek durumda mı, araba kullanabilir mi, okula gidebilir mi, çocukların bakımını iyi bir biçimde yapabilir mi, seyahat etmek için alınan bir bilet iptal edilebilir mi ya da hastanın park müsaadesi almaya veya özel durumuna göre düzenlenmiş bir dairede oturmaya hakkı var mı?
- Yukarıdaki örneklerde verilen durumlar ile ilgili sağlık beyanmeleri sadece bağımsız bir doktor tarafından verilebilir (bir başka deyişle: 'kendi' doktorunuz böyle bir beyanname veremez). Bağımsız olarak tabir ettiğimiz doktor, sağlık durumunuzu tarafsız bir biçimde değerlendirebilir. Bu doktor, eğer gerekli görürse, sizin de müsaadenizi aldıktan sonra sizin tedavinizi yapan dokordan sağlık durumunuz ile ilgili daha ayrıntılı bilgi isteyebilir.

KNMG meslek örgütünün bu kuralı benimsemesinin başlıca iki nedeni vardır:

- KNMG, sizi tedavi eden doktorun tamamen muayeneye yönelik çalışmasını (yani konsantrasyonu bozulmadan sizi tedavi edebilmesini) ve doktor ile hasta arasında bir güven ilişkisi oluşmasını hedeflemektedir. Doktorunuzun tedaviyi iyi bir şekilde yürütebilmesi için, farklı çıkarların söz konusu olduğu bir olaya karışmaması gerekir. Bunu sağlayabilmek için, hastanın tedavisi ile hastanın hangi haklardan faydalanıp faydalanamayacağı hususları arasında çok net bir ayırım yapılması gerekir. Siz de böylece doktorunuza tedavinizin en iyi şekilde yapılabilmesi için gerekli olan her türlü bilgiyi gönül rahatlığı ile verebilirsiniz.
- Bunun yanında, tedavinizi yapan doktor genellikle hastanın faydalanabileceği hakları ve imkânları düzenleyen kriterleri pek iyi bilmemektedir. Bu nedenle, bu konu ile ilgili doğru bir karar vermesi mümkün değildir. Üstelik sağlık durumunuz ile ilgili rapor düzenleyecek olan doktorun bütün ilgili hususları bilmesi sizin kendi yararınıza olacaktır.

Bu durumda ne yapabilirsiniz?

- Sizden sağlık durumunuz ile ilgili rapor isteyen kurum veya kuruluşa danışarak, sağlık durumunuzu kendiniz tarafından düzenlenmiş olan bir beyanname ile belirtip belirteceğinizi sorun. Örneğin sağlığınız ile ilgili bir soru listesi doldurmanız mümkün olup olmadığını, böyle bir açıklamayı kabul edip etmediklerini öğrenebilirsiniz.
- Kendi doktorunuzdan, sağlığınız ile ilgili bütün önemli hususları içeren sağlık dosyanızı ('medisch dossier') isteyebilirsiniz (bu dosya, örneğin yürüme makinesinde yapmış olduğunuz bir yürüyüşün neticesi veya yapılan göz testinin sonuçları gibi bilgileri içerir). Bu sağlık dosyasını, sizden sağlık raporu isteyen kuruluşa gönderebilirsiniz.
- Sağlık durumunuzun tespit edilmesi için, sizin muayenenizi yapmamış olan tarafsız bir doktora başvurabilirsiniz. Bu doktor, sizin de müsaade vermeniz üzerine kendi doktorunuzdan sağlığınız ile ilgili bilgileri isteyebilir ve bu bilgileri hazırlayacağı sağlık raporuna dahil edebilir.

10. Model machtiging patiënt voor gegevensverstrekking aan derden

HULPMIDDEL 10
(zie onderdeel B.2.)

MACHTIGINGSFORMULIER
voor uitwisseling van medische gegevens

Vragende arts

Naam arts: Functie:
Adres: Postcode & plaats:
Telefoon/fax: E-mail:

Verzoekt aan:

Ontvanger

Naam arts: Functie:
Adres: Postcode & plaats:

de volgende vragen te beantwoorden betreffende:

Naam, geboortedatum en adres patiënt:

ter nadere onderbouwing van¹:

- Behandeling of begeleiding van de patiënt
- verzuimbegeleiding
- beoordeling in het kader van ZW/WAO, WAZ, WAJONG,
- reïntegratie (dossier)
-

¹ van belang is aan te geven voor welk doel de gegevens worden gevraagd en gebruikt. Het van toepassing zijnde doel moet worden aangekruist c.q. worden toegevoegd.

Bevindingen van de vragende arts:

Voor boven aangekruist doel ontbreekt de volgende (feitelijke²) informatie, c.q. bevindingen:

Gaarne beantwoording van de volgende vragen (uitsluitend te retourneren aan vragende arts):

a.

b.

c.

Datum:

Handtekening vragende arts:

Machtiging patiënt

² beperking tot *feitelijke* gegevens ten aanzien van gegevensverstrekking door behandelend artsen aan bedrijfs- of verzekeringsartsen in het kader van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Ondergetekende, (naam patiënt),
verklaart toestemming te verlenen voor het verstrekken van de hierboven gevraagde
gegevens.

Datum en handtekening patiënt:.....

³⁾

Ik verleen **wel/geen*** toestemming voor eventueel nader overleg tussen bovengenoemde
artsen. Deze toestemming betreft uitsluitend overleg en afstemming, noodzakelijk om
over voldoende informatie te beschikken met het oog op adequate behandeling,
verzuimbegeleiding of reïntegratieplan of claimbeoordeling en geldt voor deze
klachtenepisode. Deze informatie is uitsluitend bedoeld voor bovengenoemde artsen en
mag niet zonder mijn toestemming verstrekt worden aan derden.
Mij is duidelijk wat de strekking is van dit overleg.

Ondergetekende, (naam patiënt)

Datum en handtekening patiënt:.....

* doorhalen wat niet van toepassing is.

³ De volgende alinea is overgenomen uit het communicatieformulier, opgenomen in de Leidraad voor
huisarts en bedrijfsarts voor sociaal medische begeleiding bij arbeidsverzuim, ontwikkeld door TNO
Arbeid voor LHV en NVAB, maart 2002. Deze alinea is alleen bedoeld op te nemen in een machtiging van
de patiënt voor de gegevensuitwisseling tussen behandelend arts en bedrijfs- of verzekeringsarts in het
kader van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

11. Aanvraagformulier medische informatie door de politie

HULPMIDDEL 11
(zie B.2.11.)

AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE INFORMATIE

In te vullen door de opsporingsambtenaar

(REGIO) POLITIE TE/KONINKLIJKE MARECHAUSSEE:

Plaatsnaam:

Naam aanvrager:

Nummer proces-verbaal:

Aan:

Wijkteam:

Telefoon:

Verzoek om medische informatie over:

achternaam:

voorna(a)m(en):

geboortedatum:

adres:

postcode:

woonplaats:

die op (datum voorval):

betrokken is geweest bij:

en in:

is behandeld door:

Van dit voorval wordt proces-verbaal opgemaakt door (naam en functie verbalisant):

A. Betrokkene heeft er geen bezwaar tegen dat door haar/zijn arts een beschrijving van het letsel wordt gegeven.

B. De politie/Koninklijke Marechaussee is niet in staat geweest betrokkene de onder A. genoemde verklaring te laten ondertekenen, omdat:

plaats:

datum:

handtekening betrokkene

i.g.v. een minderjarige handtekening ouder/voogd

naam in blokletters en handtekening hulpofficier van justitie

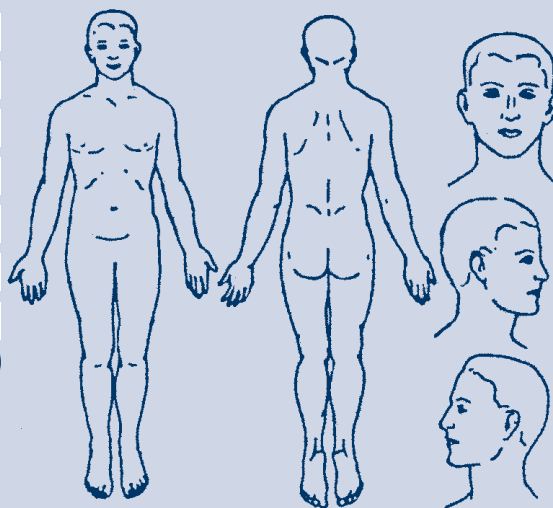
In te vullen door de arts

Medische informatie betreffende (naam betrokkene):

I. Omschrijving van het letsel. (Graag in voor een niet-medicus begrijpelijke Nederlandse termen kort omschrijven). Zo nodig gebruik maken van illustratie.

A. Uitwendig waargenomen letsel:

Blank lines for describing the injury.



Is er sprake van uitwendig bloedverlies?

gering

ernstig (wel/geen shock)

B. Is er vermoeden van niet uitwendig waarneembaar letsel?

ja

nee

is er vermoeden van inwendig bloedverlies?

ja

nee

C. Psychische stoornissen en/of storingen in het bewustzijn.

ja

nee

II. Bijzondere mededelingen:

Blank lines for special remarks.

(plaats en datum)

aankruisen wat van toepassing is

Dit formulier is vastgesteld in overleg met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

naam en handtekening van de arts

TOELICHTING VOOR DE OPSPORINGSAMBTENAAR

1. Het aanvraagformulier dient voor het inwinnen van medische informatie bij alle voorvallen waarbij letsel is ontstaan en waarbij medische hulp noodzakelijk werd geacht.

Bij letsel dient zowel rekening te worden gehouden met fysiek als met psychisch letsel. Als achtergrondinformatie voor de arts is het van belang dat het voorval zo concreet mogelijk wordt omschreven.

2. De aanvraag dient te worden beoordeeld en ondertekend door een hulpofficier van justitie. Het is immer gewenst dat een zorgvuldige afweging plaatsvindt over de noodzaak tot het inwinnen van medische informatie en dat de ontvangen informatie op een verantwoorde manier wordt behandeld.

3. Ondertekening door betrokkene is van belang in verband met de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de arts, waarin de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt centraal staat.

Voor het verlenen van medewerking aan deze aanvraag is het voor de arts van belang te weten of sprake is van 'informed consent' van betrokkene (nl. gerichte toestemming van de patiënt na vooraf gegeven informatie met betrekking tot het doel van deze aanvraag). Betrokkene dient er op te worden gewezen dat zij/hij door ondertekening instemt met het vrijgeven van informatie door de arts over het letsel.

Wanneer het gaat om een minderjarige dient de ondertekening (mede) te geschieden door ouder of voogd.

4. Indien de ondertekening door betrokkene niet mogelijk is, of indien betrokkene ondertekening weigert, dient de reden daarvan onder B. te worden vermeld.

TOELICHTING VOOR DE ARTS

1. Op het formulier, ondertekend door een hulpofficier van justitie, is aangegeven of de patiënt haar/zijn gerichte toestemming (informed consent) heeft verleend. In uitzonderingsgevallen is deze gerichte toestemming niet mogelijk. De motivering daarvan is op het aanvraagformulier aangegeven. Deze motivering kan de arts van dienst zijn bij zijn beslissing of hij desondanks de instemming van de patiënt mag veronderstellen.

2. Bij psychische stoornissen en/ of storingen in het bewustzijn, behoeft alleen melding te worden gemaakt van een ernstig psychische afwijkende toestand of een gestoord bewustzijn, welke in relatie met het voorval kan worden gebracht (ernstige vormen van verwardheid, psychische shock, duur van een retrograde amnesie etc.).

3. In de ruimte bij II. Bijzondere mededelingen, heeft de arts de mogelijkheid aan te geven:

- nadere medische informatie, bijv. reeds bestaande afwijkingen;
- motivering ten aanzien van een eventuele weigering het formulier in te vullen.

Colofon

De 'Leidraad gegevensbeheer en -verkeer HDS' is in opdracht van de HDS-afdeling LHV door de KNMG geschreven.

auteurs: mw. mr. R.M.S. Doppegieter en mr. D.Y.A. van Meersbergen

De Leidraad is tot stand gekomen onder begeleiding van een werkgroep van de HDS-afdeling LHV, waarin deelnamen:

mw. drs. E.R. Brouwer-van Pernis, tot 1 december 2004 directeur Coöperatieve Huisartsdienst Regio Arnhem
mr. G.A. Hammers, juridische afdeling (JSA) LHV
mw. O. Haveman, directeur Stichting Huisartsenposten Midden Limburg
mw. M. A.I. Mateboer-Westland, medewerker kwaliteitsprojecten SDH IJssel-Vecht/Flevoland
mw. C. van der Molen, directeur Centrale Huisartsenpost West-Friesland
mw. C.J. van Vugt, accountmanager Landelijke Organisatie van Huisartsenposten

De auteurs zijn deze en de volgende personen erkentelijk voor hun opmerkingen:

mw. M.J. Fillekes-Brand, coördinator Coöperatieve Centrale Huisartsenpost Gorinchem e.o.
mw. M.C.H. Hanegraaf, manager Huisartsenpost Midden-Holland
S.W.H. Holla, medisch adviseur Coöperatieve Huisartsdienst Nijmegen
mw. M.E. Kalb-Wolffers, staffunctionaris kwaliteit en klachten Centrale Huisartsenposten Rijnmond
mw. drs. W.S. Ouboter, kwaliteitsfunctionaris SDHU
mw. I. van Silfhout, kwaliteitsfunctionaris Dokterswacht Friesland
mw. drs. M.J.M. Timmers, directeur SOKG

Gebruikte afkortingen

AMK	Algemeen meldpunt kindermishandeling
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens (voorheen: Registratiekamer)
CPA	Centrale Post Ambulance
EPD	Elektronisch patiëntendossier
HAIO	Huisarts in opleiding
HAP	Huisartsenpost
HDS	Huisartsen dienstenstructuur
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NONI	Niet op naam ingeschreven (patiënt)
SEH	Spoedeisende hulp
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BOPZ	Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WPR	Wet Persoonsregistraties
WLB	Wet op de lijkbezorging