

V.02

Arts en patiëntenrechten

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Recht op informatie	4
3. Toestemming	7
4. Dossierplicht	9
5. Uitwisseling van gegevens	14
6. Opzeggen van de behandelingsovereenkomst	17
7. Rechten van de vertegenwoordiger van de patiënt	19
8. Klacht- en claimrecht	22
9. Samenvatting	25
10. Literatuur	26
11. Nog vragen	27
12. Noten	28

1. Inleiding

1.1 Waarom deze brochure?

Naar aanleiding van de vele vragen van leden die bij het secretariaat van de KNMG binnenkomen over de stand van zaken rond de patiëntenrechten is besloten deze uitgave van de KNMG-consultreeks te wijden aan de inhoud en betekenis van de rechten van de patiënt. Vele van deze rechten zijn door de rechter in uitspraken erkend of zijn opgenomen in internationale verdragen en in richtlijnen van de beroepsgroep zelf. Als voorbeeld kan het inzagerecht genoemd worden. Al in de tachtiger jaren is het inzagerecht van de patiënt in rechterlijke uitspraken erkend. De richtlijnen van de beroepsgroep zijn vervolgens op basis van deze uitspraken aangepast. In 1990 werd ondermeer het inzagerecht opgenomen in de 'Modelregeling arts-patiënt', een regeling die werd overeengekomen tussen het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (nu Nederlandse Patiënten/-Consumenten Federatie) en de KNMG. In 1989 is het inzagerecht voor het eerst in een algemene wettelijke regeling vastgelegd (de Wet persoonsregistraties in 2001 opgevolgd door de Wet bescherming persoonsgegevens, WBP).

De belangrijkste wetgeving waarin de patiëntenrechten zijn vastgelegd, is de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, kortweg WGBO of ook wel Patiëntenwet genoemd. Deze wet is op 1 april 1995 in werking getreden. De WGBO staat niet op zichzelf maar is opgenomen in het bijzondere overeenkomstenrecht in (Boek 7 van) het Burgerlijk Wetboek; daarmee vormt deze wet een nadere uitwerking die is toegespitst op de behandelrelatie, het behandelcontract tussen hulpverlener (1) en patiënt. Voor onder meer de koop- en ruilvereenkomst is op gelijke wijze een afzonderlijke uitwerking in Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen.

Het doel van de WGBO is de rechtspositie van de patiënt te versterken (door een rechtens afdwingbare regeling) en te verduidelijken (door het bijeenbrengen van de rechten en plichten van de arts en de patiënt in één wettelijke regeling). De WGBO legt voor een groot deel vast wat al eerder in rechterlijke uitspraken is bepaald. Een arts die bijvoorbeeld geen inzage verleent uit angst voor een klacht, kon en - onder de WGBO - kan daarop (terecht) aangesproken worden door de patiënt. In de veelgehoorde stelling dat voor een goede arts-patiëntrelatie de 'attitude' van de hulpverlener (en ook van de patiënt) voor de praktijk belangrijker is dan een wettelijke regeling zit zeker een kern van waarheid. De WGBO heeft dan ook vooral de functie van het aangeven van een aantal algemene en fundamentele juridische randvoorwaarden binnen de behandelrelatie arts-patiënt. Het is van groot belang dat deze voor zowel artsen als patiënten en hun vertegenwoordigers helder zijn. Deze brochure beoogt daaraan een bijdrage te leveren. Zo nodig zal een klachtencommissie, het tuchtcollege of een rechterlijke instantie volgens maatstaven van redelijkheid en billijkheid moeten toetsen of deze randvoorwaarden in het concrete geval op zorgvuldige wijze zijn ingevuld. In deze brochure wordt de WGBO in hoofdlijnen besproken en met behulp van een aantal voorbeelden toegelicht. Het is onmogelijk om hierin alle situaties die zich voor kunnen doen te behandelen. Zo wordt bijvoorbeeld niet ingegaan op de rechten en plichten rond de medische keuring. Deze zijn opgenomen in de Wet op de medische keuringen. Voor een nadere uitwerking zie ook de hoofdstuk 4.12 en 4.13 van de KNMG 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (= Vademecum, II,3). In de literatuurlijst (hoofdstuk 10) wordt verwezen naar aanvullende informatie en richtlijnen waarin meer specifieke informatie kan worden verkregen over de onderwerpen die in deze brochure aan de orde komen.

2. Recht op informatie ¹

2.1 Hoe staat het in de WGBO?

De arts heeft de plicht de patiënt op duidelijke wijze en desgevraagd schriftelijk te informeren over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling en de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Bij het uitvoeren van deze informatieplicht moet de arts zich volgens de WGBO laten leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten over de aard en het doel van de noodzakelijk geachte medische verrichting, de te verwachten gevolgen, de risico's voor de gezondheid van de patiënt, de alternatieve onderzoeks- of behandelingsmethoden en de vooruitzichten met betrekking tot de gezondheid.

De wettelijke formulering is gebaseerd op een uitspraak van de Arnhemse Rechtbank uit 1992. Uiteraard moet het wel mogelijk zijn een patiënt te informeren. Iemand die bewusteloos is kan pas worden geïnformeerd als hij weer 'bij' is. Ook bij spoedbehandelingen is het niet altijd goed mogelijk de patiënt vooraf te informeren. De arts zal dat uiteraard wel moeten proberen, eventueel via de ouders, partner of andere betrokkenen. Zeker als het om een ingrijpende behandeling gaat. In dit verband is ook van belang aan te geven dat de informatieplicht geen op zichzelf staande 'activiteit' is die op een 'vast moment' kan en moet worden uitgevoerd. De informatieplicht moet ingebed worden in het gehele 'hulpverleningsproces'. Ook kunnen er situaties zijn, waarbij het vooraf informeren van de patiënt over de behandeling een averechts effect kan hebben op de therapie. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij het toedienen van placebo's of bij het toepassen van bepaalde psychotherapieën. De arts zal de informatie dan op een later moment binnen de behandeling moeten geven.

2.2 Waarom goede informatie?

Het ontvangen van informatie is voor de patiënt van belang om een goed beeld te krijgen van zijn² eigen gezondheidstoestand en om een verantwoorde beslissing te kunnen nemen over een voorgesteld onderzoek, een voorgestelde operatie of alternatieve behandelingsmethoden. Maar ook voor een goede communicatie tussen arts en patiënt. Niet zelden komen klachten van patiënten of hun familieleden voort uit gebrekkige informatie. Een goed geïnformeerde patiënt zal bovendien in het algemeen beter gemotiveerd zijn de voorgestelde therapie te volgen en af te maken. Daarnaast is van belang dat patiënten die slecht of zelfs niet geïnformeerd zijn, doorgaans niet in staat zullen zijn om toestemming te geven voor een onderzoek, een behandeling of een operatie (het zgn. wettelijk vereiste 'informed consent' van de patiënt). Met andere woorden, het geven van toestemming zonder voorafgaande heldere informatie zal doorgaans in juridische zin geen betekenis hebben. En daarop kan de arts worden aangesproken.

2.3 Omvang informatieplicht

Hoe ver reikt nu de informatieplicht van de arts in de praktijk? Allereerst moet worden opgemerkt dat de informatieplicht altijd moet worden gezien in het licht van 'redelijkheid en billijkheid' en van de 'zorg van een goed hulpverlener' (professionele standaard). Het zou dus zelfs verkeerd zijn de patiënt te overladen met informatie over alle mogelijke bijwerkingen en consequenties van een behandeling, of over alle denkbare alternatieve behandelingsmethoden. Er zijn ook handelingen die voor de patiënt als vanzelfsprekend beschouwd mogen worden dat informatie daarover en afzonderlijke toestemming niet nodig zijn. Een voorbeeld daarvan is een injectie voor een operatie. De rechter in Arnhem oordeelde in 1992 dat een patiënt ook niet specifiek geïnformeerd hoeft te worden over het risico van een infectie na een (oog)operatie omdat ervan uit mag worden gegaan dat dit een algemeen bekend risico is.

Uit jurisprudentie blijkt dat meer eisen worden gesteld aan de informatieplicht naarmate:

- de behandeling of de risico's extra ingrijpend zijn (voorbeelden uit de jurisprudentie zijn: het mogelijk schaden van het seksleven als gevolg van een operatie; een 'geplande' borstsparende operatie, maar tijdens de ingreep blijkt dat toch moet worden besloten tot borstamputatie; een verhoogde kans op postoperatieve bloedingen);
- de risico's vaker voorkomen (volgens een uitspraak van het Hof Arnhem van september 1996 kan, als er geen noodtoestand is of er geen strikte noodzaak tot opereren bestaat, een arts niet overgaan tot een operatie tenzij

- de patiënt instemt nadat hij deugdelijk is geïnformeerd. Deze informatie dient de mogelijke complicaties te omvatten, ook als er een kans is op complicaties van 0,5 tot 5%);
- vaak wordt gevraagd of er vaste percentages kunnen worden gegeven waarbij wel of geen informatie over bepaalde risico's verstrekt moet worden. Zo'n benadering is moeilijk uitvoerbaar, maar bovendien ook gevaarlijk omdat de individuele situatie van de patiënt toch weer andere eisen kan stellen aan de informatieplicht. De arts zou door het noemen van vaste percentages ten onrechte kunnen menen 'geveiligd' te zijn;
 - het om esthetische en dus therapeutisch niet noodzakelijke operaties gaat. In 1992 benadrukte het Arnhemse gerechtshof dat de plastisch chirurg die een operatie uitvoerde ter verfraaiing van de neus van een patiënte haar niet naar behoren had geïnformeerd over de risico's (ondermeer vorming van littekenweefsel) die aan deze operatie waren verbonden. Juist bij een dergelijke niet-noodzakelijke operatie gaat volgens de rechter de informatieplicht van de arts zeer ver. Andere voorbeelden zijn: correcties van gezicht, borsten, bestraling in verband met overvullige beharing, en ook de sterilisatie;
 - het een nieuwe behandeling (smethode) betreft welke nog weinig is toegepast en/of omstrede en/of ingrijpend is. Ter illustratie: in 1987 berispte het Medisch Tuchtcollege Eindhoven een oogarts die een in Nederland weinig toegepaste en omstrede ingreep uitvoerde zonder eerst een andere arts te raadplegen en de patiënt te informeren over wat met de ingreep wel en niet kan worden bereikt.

De omvang van de informatieplicht van de arts zal dus van geval tot geval verschillen en is niet alleen afhankelijk van de omstandigheden van het geval, maar ook van de behoefte en het bevattingsvermogen van de patiënt. Zo moeten bijvoorbeeld minderjarigen zo nodig op aangepaste wijze, door eenvoudige woorden te gebruiken of door de ingreep te tekenen, geïnformeerd worden.

Dat is ook de reden dat in de WGBO de informatieplicht globaal is omschreven. Concreet betekent het voorgaande dat de diverse beroepsgroepen en specialismen voor bepaalde veelvoorkomende onderzoeken of behandelingen een heldere (geïllustreerde) informatiefolder zouden moeten maken, welke zij tijdig (en dus bijvoorbeeld niet de dag voor de operatie) aan de patiënt meegeven. Ook andere hulpmiddelen, zoals video of een geluidscassette kunnen zinvol zijn. Daarnaast zal de patiënt aanvullende specifieke informatie van de arts moeten ontvangen over het onderzoek, de behandeling of begeleiding als zijn gezondheidstoestand, gezinssituatie of andere relevante factoren daarom vragen. Artsen doen er verstandig aan de inhoud van de gegeven algemene en specifieke informatie eventueel aan de hand van een checklist kort maar helder in het dossier te omschrijven, onder meer door te verwijzen naar de verstrekte informatiefolder. Dit is van belang voor de continuïteit van zorgverlening door de arts zelf maar ook door collegae of waarnemers. Goede verslaglegging is eveneens van belang ter voorkoming van mogelijke bewijsproblemen bij latere geschillen over informatieverstrekking en toestemming.

2.4 Uitzondering op de informatieplicht van de arts

De arts heeft ingevolge de WGBO de mogelijkheid de patiënt (tijdelijk) niet te informeren als dit 'kennelijk ernstig nadeel' voor de patiënt oplevert. De wetgever heeft deze 'therapeutische exceptie' alleen bedoeld voor uitzonderlijke situaties, te weten die gevallen waarin vroegtijdige wetenschap van bepaalde informatie een onaanvaardbare psychische belasting van de patiënt en/of zijn omgeving met zich mee zou brengen. Volgens een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam uit 1993 kan daaronder niet een te verwachten minder gunstig verloop van het genezingsproces of onzekerheid van de arts zelf over de prognose worden begrepen.

Voordat de arts een beroep doet op de 'exceptie' is hij wettelijk verplicht eerst een andere arts, bijvoorbeeld de huisarts of een collega-arts, te raadplegen om na te gaan of deze ook van mening is dat de patiënt (nog) niet geïnformeerd moet worden. Deze vorm van collegiale toetsing vóóraf is gekozen om te voorkomen dat van deze exceptie gebruik wordt gemaakt op grond van een te subjectief en bevoogdend oordeel. Als het belang van de patiënt dat vereist dient de arts de informatie aan een ander te geven. Bijvoorbeeld aan een familielid of de verzorger(s) van de patiënt die voor zijn genezing noodzakelijke gedragsregels of dieetregels in acht moeten nemen. De patiënt dient alsnog geïnformeerd te worden als het 'nadeel' niet meer te verwachten valt.

2.5 Recht om niet te weten

De patiënt heeft ook het recht om aan te geven dat hij geen informatie wenst te ontvangen. De arts zal die informatie echter wél moeten verstrekken als het belang van de patiënt om niet te weten, niet opweegt tegen het nadeel dat

daaruit voor hemzelf of voor anderen kan voortvloeien. Bijvoorbeeld als de ziekte van de patiënt, of het gebruik van bepaalde medicijnen, een zeer nadelige invloed hebben op zijn rijvaardigheid. Of in geval van een aanzienlijk risico van overdracht van een ernstige besmetting. In 1987 heeft het Medisch Tuchtcollege Amsterdam geoordeeld, dat het 'recht om niet te weten' moet worden erkend als de arts heeft toegezegd geen informatie aan de patiënt te zullen geven. Ook als het om gunstig nieuws gaat, zoals een negatieve uitslag van een HIV-test. Overigens kan het dan soms verstandiger zijn een dergelijk onderzoek niet te doen. Het tuchtcollege merkt wel op dat het over het algemeen onwenselijk is dat artsen met patiënten afspreken gegevens over hun gezondheid niet te zullen meedelen.

2.6 Informatieplicht van de patiënt

Ook de patiënt heeft een wettelijke informatieplicht. De patiënt moet naar beste weten relevante informatie aan de arts geven. De arts zal de patiënt doorgaans vragen naar voor hem relevante informatie, bijvoorbeeld of er sprake is van zwangerschap of van erfelijke ziekten binnen de familie, of dat er allergische aandoeningen zijn in geval van een beoogde operatie of het voorschrijven van medicijnen. Deze wettelijke plicht van de patiënt tegenover de arts is wel beperkt in die zin, dat niet van de patiënt verwacht mag worden dat hij altijd weet of bepaalde informatie juist van belang is voor de arts. Per geval zal bepaald moeten worden wat 'redelijk' is. De informatieplicht van de patiënt zal voor de arts met name (juridische) betekenis kunnen hebben in het geval deze de relevante informatie op vragen van de arts (bewust) niet vermeldt, waardoor de behandeling verkeerd verloopt en de arts daarop wordt aangesproken.

3. Toestemming³

3.1 Wat is informed consent?

Voordat de arts de patiënt onderzoekt, opereert of op andere wijze behandelt, heeft hij toestemming nodig van de patiënt. Het moet gaan om vrijwillige toestemming die zonder pressie of drang van familieleden of van de arts zelf wordt gegeven. Het geven van toestemming op basis van informatie in de hierboven bedoelde zin (zie hoofdstuk 2) wordt 'informed consent' genoemd. In deze zin is het toestemmingsvereiste ook in de WGBO vastgelegd. Het zou echter onredelijk en ondoenlijk zijn om voor ieder afzonderlijk prikje of testje binnen een behandeling toestemming te vragen. De arts kan volstaan met het geven van heldere informatie over het gehele behandelplan en de patiënt vragen of hij daarmee akkoord gaat. Dit gaat uiteraard niet op als de situatie tussentijds wijzigt en een andere behandelingsmethode meer geëigend zou zijn. Volgens een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege in 1983 hoeft, als een onderzoek of behandeling (steeds) herhaald wordt, aan de toestemming niet steeds uitvoerige informatie vooraf te gaan.

3.2 Toestemming op schrift?

Met mondelinge toestemming kan altijd volstaan worden, tenzij de patiënt de arts verzoekt om de toestemming die hij gegeven heeft voor een ingrijpende verrichting in het dossier vast te leggen. Bij ingrijpende verrichtingen of bij riskante operaties ligt het zeer voor de hand, ook als de patiënt daar niet om gevraagd heeft, een aantekening van de toestemming in het dossier te maken waarbij in het kort verwezen wordt naar de verstrekte informatie.

De laatste tijd wordt nogal eens het geluid gehoord om over te stappen op een beleid waarbij de patiënt, wil hij behandeld worden, verplicht wordt een min of meer standaard 'informed consent'- of toestemmingsformulier te tekenen. Daarmee zou de patiënt dan aangeven dat hem bepaalde informatie is verstrekt en dat hij instemt met de behandeling. Een medisch geïndiceerde behandeling zal aan de patiënt echter niet onthouden mogen worden op grond van het argument dat de patiënt weigert een dergelijk formulier te tekenen.

Aan het gebruik van schriftelijke toestemmingsformulieren zijn naast voordelen (vooral) ook nadelen verbonden. Een voordeel kan zijn dat, afhankelijk van de vraag hoe specifiek deze is uitgewerkt, de verklaring een zekere mate van bescherming kan bieden aan de arts tegen een klacht of claim. Een nadeel kan zijn, dat de getekende verklaring bij de arts ten onrechte de suggestie wekt dat hij volledig (juridisch) gevrijwaard is. Het is immers de vraag of de patiënt voldoende begrijpt waarvoor hij getekend heeft en of de (vaak algemene) verklaring wel op de betreffende patiënt is afgestemd. Dergelijke verklaringen kunnen ook leiden tot een onnodige verzakelijking en bureaucratiesering van de hulpverleningsrelatie. De communicatie tussen arts en patiënt zal hierdoor zeker niet bevorderd worden. En zoals eerder vermeld, juist over 'gebrekkige communicatie' wordt de laatste tijd steeds vaker geklaagd. Eerder heeft het hoofdbestuur van de KNMG een standpunt over medische aansprakelijkheid en de bewijslast van de arts ingenomen. (Dit standpunt is opgenomen in de literatuurlijst in hoofdstuk 10.) Volgens het hoofdbestuur zullen andere maatregelen getroffen moeten worden voor het zoveel mogelijk voorkomen van ongewenste aansprakelijkheidsontwikkelingen (met name rond het geven van informatie) dan de algemene introductie van schriftelijke toestemmings-formulieren. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van checklists 'informed consent', bestaande uit een algemeen deel en een deel dat is toegespitst op het ziektebeeld of de patiëntencategorie.

3.3 Noodsituaties

In het geval geen toestemming gevraagd kan worden aan de patiënt of aan zijn vertegenwoordiger (zie hoofdstuk 7), maar het belang van de patiënt acute behandeling noodzakelijk maakt, zal de arts zonder toestemming tot actie moeten overgaan. Daarbij valt te denken aan een patiënt die bewusteloos wordt binnengebracht, of als er tijdens een operatie een onverwachte aandoening of afwijking wordt aangetroffen.

3.4 Veronderstelde toestemming voor niet-ingrijpende verrichtingen

Voor verrichtingen binnen een bepaald behandelplan die niet ingrijpend van aard zijn, mag van veronderstelde toestemming van de patiënt worden uitgegaan. Om te bepalen of er sprake is van een 'ingrijpende verrichting' is niet alleen de aard van de ingreep zelf van belang maar ook de mogelijke gevolgen van de verrichting. Zo kan een

bloedprikje eenvoudig zijn, maar als het erom gaat vast te stellen of de patiënt een ernstige ziekte heeft, is er wel degelijk sprake van een ingrijpende verrichting.
Voorbeelden van 'niet-ingrijpende verrichtingen' zijn zaken als het meten van de bloeddruk en het gewicht, of het verbinden van een wond.

4. Dossierplicht

Met het dossier samenhangende rechten en bewaarplicht

4.1 Dossierplicht

De arts dient op zorgvuldige wijze aantekeningen te maken van zijn handelen met betrekking tot de patiënt. Dat kan in een dossier, of bijvoorbeeld op een patiëntenkaart gebeuren. Gemakshalve wordt hieronder verder over ‘dossier’ gesproken. Zorgvuldige verslaglegging is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg, derhalve niet alleen voor de arts zelf maar ook voor diens waarnemer, opvolger, assistent(e), etc. Goede dossiervorming is eveneens van belang voor de verantwoording en toetsbaarheid van het medisch handelen achteraf (zie hoofdstuk 4.4). De medisch tuchtrechter heeft herhaalde malen het belang van een zorgvuldig bijgehouden dossier onderstreept en voor het ontbreken van (goede) verslaglegging meer dan eens een maatregel opgelegd.

4.2 Welke gegevens in het dossier?

Niet alle gegevens die over de patiënt bekend zijn moeten in het dossier of op de patiëntenkaart genoteerd worden, maar alleen de gegevens die voor een ‘goede hulpverlening aan de patiënt’ noodzakelijk zijn. Welke gegevens dat precies zijn varieert per behandelsituatie en is ter beoordeling aan de arts.

Ten aanzien van andere gegevens, bijvoorbeeld in de ziekenhuissetting de verpleegkundige gegevens, welke ook deel uitmaken van het dossier, zal de verantwoordelijke verpleegkundige dat moeten beoordelen. Het verdient aanbeveling om een aantal basisgegevens in ieder geval in het dossier te bewaren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om zaken als diagnose, ingesteld behandeling(s)plan) of onderzoek(en), aantekeningen van gesprekken of eventuele wilsverklaringen van de patiënt, voortgangsrapportages, PA-verslag (histologie, cytologie en/of obductie), anesthesieverslag, operatieverslag, CTG's, (samengevatte) verpleegkundige rapportages, belangrijke laboratoriumuitslagen, verwijs- en ontslagbrieven (eventueel van andere hulpverleners), röntgenfoto's en bevindingen van eventuele vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen. Op verzoek van de patiënt kunnen ook bepaalde gegevens aan het dossier worden toegevoegd, zoals een ‘aantekening over de verkregen toestemming van de patiënt voor ingrijpende verrichtingen’ (zie hoofdstuk 3.2).

Een meer specifieke regeling met betrekking tot de vraag welke gegevens in ieder geval in het dossier van onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten moeten worden opgenomen, is te vinden in het ‘Besluit patiëntendossier BOPZ (Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen)’.⁴

4.3 Recht op aanvulling, correctie, afscherming en het blokkeringsrecht

Het dossier kan uitgebreid worden met ‘een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken’. Hiermee kan bereikt worden, dat naar de mening van de patiënt een volledig of juist beeld van zijn persoon of zijn gezondheidstoestand in het dossier wordt geschetst. Het gaat dan om afwijkende of aanvullende zienswijzen van de patiënt zelf óf van een andere arts, bijvoorbeeld in het kader van een ‘second opinion’. De arts zal de verklaring ook in het dossier moeten opnemen als hij het met de inhoud van de verklaring niet eens is.

De patiënt heeft eveneens het wettelijke recht de arts te verzoeken om feitelijke onjuistheden in de gegevens te corrigeren, bijvoorbeeld verkeerde adresgegevens. Tevens heeft de patiënt het recht om informatie, voorzover deze niet relevant is voor de behandeling, te laten verwijderen. Bijvoorbeeld gegevens over de geloofsovertuiging of het ras van de patiënt. De arts zal een eventuele weigering van het verzoek moeten motiveren.

De patiënt mag de arts ook verzoeken zijn gegevens voor anderen af te schermen als hij van mening is dat deze feitelijk onjuist zijn of niet ter zake doen. Dat zal hij alleen vragen als hij het bewaren van deze gegevens van belang vindt; anders zal hij wel om correctie of vernietiging vragen. Binnen vier weken moet de arts of instelling laten weten of, en zo ja, in hoeverre aan deze verzoeken kan worden voldaan.

In enkele specifieke situaties heeft de patiënt het recht om het doorgeven van zijn gegevens aan de opdrachtgever te blokkeren, bijvoorbeeld de uitslag van een onderzoek of keuring. Om dit recht te kunnen uitoefenen moet de patiënt als eerste in kennis worden gesteld van de uitslag en de daaraan te verbinden gevolgtrekkingen. Dat geldt uiteraard niet als de patiënt vooraf aangeeft geen gebruik te maken van het blokkeringsrecht en ermee instemt dat de arts de

uitslag direct doorgeeft aan de opdrachtgever. Het blokkeringsrecht geldt bij onderzoeken of keuringen vanwege een nieuwe (en nadrukkelijk dus niet bij een bestaande) functie, een nieuwe verzekeringsovereenkomst of opleiding. In 2005 zal duidelijk worden of de wetgever het blokkeringsrecht ook op bestaande situaties van toepassing zal verklaren. Binnen de arbo-sector zal dit waarschijnlijk niet het geval zijn. Gebruikmaking van het blokkeringsrecht (doorgaans negatieve) consequenties kunnen hebben voor het verkrijgen van de functie, opleiding of verzekering.

4.4 Belang dossier voor bewijslastverdeling bij claims

De betekenis van de dossierplicht komt ook heel duidelijk naar voren in het huidige aansprakelijkheids- en claimrecht, waarbij de patiënt de betrokken arts(en) of het ziekenhuis aansprakelijk kan stellen voor de schade die voortvloeit uit het door de patiënt beweerde onzorgvuldig medisch handelen. De laatste jaren is er namelijk een stroming binnen de jurisprudentie ontstaan, waarbij de bewijslast niet - zoals gebruikelijk - bij de eisende partij, de patiënt, wordt gelegd maar bij de arts. Met name in het geval wanneer de arts geen of onvoldoende relevante aantekeningen uit het dossier aan de rechter kan overleggen. Dit betekent dat de arts dan zal moeten bewijzen dat hij wél zorgvuldig heeft gehandeld en geen fouten heeft gemaakt en dat zal, zeker als het incident zich lang geleden heeft voorgedaan, niet eenvoudig zijn. Daarom is een zorgvuldig bijgehouden dossier zo belangrijk. Daarnaast zal de arts kunnen verwijzen naar eventuele informatiestandaarden en (uitvoerings)protocollen die hij bij bepaalde behandelingen of verrichtingen volgt. Ook kan het van belang zijn om voor de ondersteuning bij het verweer een beroep te doen op getuigen en/of deskundigen.

4.5 Recht op inzage en afschrift

De patiënt heeft een rechtstreeks recht op inzage en afschrift zonder tussenkomst van derden. De vroeger gebruikelijke weg, 'indirecte inzage' door tussenkomst van een vertrouwenspersoon of vertrouwensarts, is in de Wet persoonsregistraties (in 2001 opgevolgd door de Wet bescherming persoonsgegevens) en de WGBO verlaten. Ook nieuw is dat het inzagerecht in principe geen beperkingen meer kent, zoals de vroeger wel erkende 'therapeutische exceptie'. Er is slechts één beperking; de arts dient geen inzage en afschrift te geven in die gegevens als daardoor de privacy van een ander wordt geschonden. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om gegevens die door een partner of familielid zijn verstrekt in het vertrouwen dat de patiënt daarvan niet op de hoogte zal worden gebracht. De gegevens kunnen betrekking hebben op henzelf of op de patiënt. De arts zal de informatie uiteraard alleen vastleggen als dit voor de behandeling van de patiënt relevant is. Om een beroep te kunnen doen op deze beperking moet de arts aantonen, dat het privacybelang van de ander geschaad wordt door inzage te geven én dat dit belang zwaarder weegt dan het belang van de patiënt. Deze afweging kan van geval tot geval verschillen. In dit verband is van belang dat de diverse gegevens in het dossier goed en eenvoudig kunnen worden gescheiden. Het gebruik onder huisartsen om per gezinslid een afzonderlijke patiëntenkaart te gebruiken voorziet daarin.

Op een verzoek tot inzage of afschrift dient de arts of - als het ziekenhuis zorgdraagt voor het bewaren en beheren van de dossiers de ziekenhuisdirectie - zo spoedig mogelijk in te gaan. Een termijn van bijvoorbeeld 2 tot 4 weken lijkt redelijk. Indien het ziekenhuis het inzage- of afschriftverzoek afhandelt, is het van belang dat het verzoek wordt afgestemd met de betrokken behandelaar. Alleen de behandelaar kan en moet beoordelen of alle gegevens kunnen worden ingezien of opgevraagd.

De patiënt heeft geen recht op afgifte van de originele patiëntengegevens. De beschikking over deze gegevens komt alleen toe aan degene die deze heeft opgesteld, of voor de opsteller bewaart en beheert.

4.6 Redelijke kostenvergoeding voor afschriften

Voor het maken van afschriften mag de arts of het ziekenhuis een redelijke kostenvergoeding aan de patiënt vragen. Ingevolge het 'Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene Wbp' (Besluit 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)) zijn de volgende tarieven vastgelegd 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 bericht.
- Voor het verstrekken van een bericht op een andere gegevensdrager dan op papier mag een redelijke vergoeding (kostprijs) worden gevraagd. Deze kan echter maximaal € 4,50 bedragen. 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. Aangeraden wordt daarbij geen onderscheid te maken naar gelang de gegevensgebruiker die is gebruikt.

- 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 voor een een, vanwege de aard van de vaststelling, moeilijk toegankelijke registratie bedraagt ten hoogste € 22,50. Het gaat hier om 'moeilijke toegankelijkheid in technische zin'. Worden gegevens bijvoorbeeld vastgelegd op microfilm, dan is de verstrekking pas na het verrichten van enige bewerking mogelijk: opzoeken, vergroten en vervolgens afdrukken. Het feit dat een verwerking niet door de verantwoordelijke zelf maar bijvoorbeeld door een derde wordt verricht (het dossier wordt bijvoorbeeld door een derde bewaard), is geen 'moeilijke toegankelijkheid' in technische zin en rechtvaardigt geen vergoeding op basis van dit voorschrift. Het zal hier dus moeten gaan om bijzondere gevallen.

Indien voor het verstrekken van een afschrift verschillende criteria voor het berekenen van de vergoeding van toepassing zijn, wordt slechts de hoogste vergoeding in rekening gebracht.

4.7 Persoonlijke werkaantekeningen

Persoonlijke werkaantekeningen zijn van het dossier én daarmee van het inzage- en afschriftrecht uitgezonderd. Dit zijn aantekeningen die niet bedoeld zijn om onder ogen van derden te komen. In de regel gaat het om geheugensteuntjes voor de eigen voorlopige gedachtenvorming die na korte tijd, bijvoorbeeld als de diagnose bekend is, vernietigd kunnen worden.

Een 'schaduw-dossier' dat alleen voor persoonlijk gebruik van de arts of het behandelteam wordt aangelegd en waarin gegevens over de patiënt worden opgenomen die later - in samengevatte vorm - in het dossier worden overgenomen, kan volgens de wetgever niet aangemerkt worden als een 'persoonlijke werkaantekening'. Dit dossier valt gewoon onder het inzage-recht. Gegevens die door de Meldings- of FONA-commissie worden vastgelegd, worden in de toelichting bij de WGBO uitdrukkelijk van het dossier en daarmee van het inzage- en afschriftrecht van de patiënt uitgezonderd. Deze gegevensverzameling kan namelijk niet worden aangemerkt als een activiteit die betrekking heeft op de hulpverlening aan de individuele patiënt. Gegevens of beoordelingen in het dossier die afkomstig zijn van andere (eventueel vroegere) artsen vallen wel onder het inzage-recht.

4.8 Inzage in gegevens van overledenen

Een verzoek tot inzage in de gegevens van overleden patiënten, bijvoorbeeld door de nabestaanden of andere derden, dient alleen gehonoreerd te worden als dit ingevolge een rechterlijk bevel is vereist of als de arts van mening is of aanwijzingen heeft dat de overledene bij leven hiertegen geen bezwaar zou hebben gehad, of zelfs zou hebben gewenst dat inzage wordt gegeven. Heeft de arts redenen om te twijfelen aan het geven van inzage, bijvoorbeeld omdat de overledene of diens nabestaanden door inzage in hun belangen geschaad zouden worden, dan moet inzage achterwege blijven. In het algemeen mag er echter van uitgegaan worden dat een overledene ermee zou instemmen, dat zijn nabestaanden inzage krijgen als er vragen of onduidelijkheden zijn ontstaan over de ingreep of behandeling. De arts zal dan geen inzage mogen weigeren. Met de verzekeringsmaatschappijen zijn strikte afspraken gemaakt over het afgeven van een verklaring omtrent de doodsoorzaak. Deze zijn opgenomen in hoofdstuk 4.19.3 van de KNMG-'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (= Vademecum, II.3) (zie literatuurlijst in hoofdstuk 10).

4.9 Inzage door de directie van de instelling?

De directie van de instelling (bijvoorbeeld het ziekenhuis) heeft als zodanig geen toegang tot de medische dossiers. De directie kan zich in haar rol van houder (bewaarder en beheerder) van de (vaak klinische) patiëntendossiers uitsluitend toegang verschaffen tot het archief wanneer dat noodzakelijk is voor een goede taakvervulling. Bijvoorbeeld om te controleren of er goede beveiligingsmaatregelen ten aanzien van de patiëntenregistraties zijn getroffen. Daarvoor is kennisneming van de individuele persoonsgegevens niet noodzakelijk en derhalve onjuist. Vóór de inwerkingtreding van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1 augustus 1995) werd doorgaans de directie door de patiënt benaderd om een klacht te onderzoeken waarvoor het dossier moest worden ingezien. Doorgaans werd er daarbij van uitgegaan dat de patiënt met het indienen van een klacht automatisch toestemming voor inzage geeft. Ook ten aanzien van de met de inwerkingtreding van de WKCZ verplicht ingestelde klachtencommissies wordt uitgegaan van veronderstelde toestemming van de patiënt voor verstrekking van relevante gegevens door de aangeklaagde arts aan de klachtencommissie of aan diens raadsman. Voorwaarde is wel dat de arts zelf over die gegevens beschikt.

Is dat niet het geval dan heeft de (nieuwe) arts die inmiddels over de gegevens beschikt, toestemming nodig van de patiënt voor het verstrekken van de gegevens aan de aangeklaagde arts. Weigert de patiënt daarvoor toestemming te geven, dan zal de aangeklaagde arts niet voldoende in staat zijn om verweer te voeren.

Voor de klachtencommissie is het in zo'n situatie niet of nauwelijks mogelijk een gewogen oordeel over de gegrondheid van de klacht te geven, hetgeen voor de commissie aanleiding kan zijn om de zaak niet verder in behandeling te nemen. Het verdient aanbeveling deze richtlijn in de klachtenregeling tot uiting te brengen teneinde problemen achteraf mogelijk te voorkomen. Ten aanzien van klachten die bij het Medisch Tuchtcollege worden ingediend, wordt van eenzelfde richtlijn uitgegaan.

4.10 Vernietigingsrecht

De patiënt is gerechtigd (een deel van) zijn dossier te laten vernietigen. De arts zal dit verzoek binnen 3 maanden moeten uitvoeren. Daarop maakt de WGBO twee uitzonderingen, te weten een wettelijk voorschrift in een andere wet en het aanmerkelijke belang van een ander dan de patiënt. Een voorbeeld van de eerste uitzondering is de lijst van te vernietigen archiefbescheiden van de academische ziekenhuizen.⁵ Hierin staat dat - vanwege het (bewijs)belang van bewaring voor de overheid - een aantal gegevens in het dossier tot maar liefst 115 jaar na de geboorte (datum) van de patiënt bewaard moet worden. Het gaat daarbij om de ontslagbrief, het operatieverslag, anesthesie- en PA-verslag en het eerste-hulpverslag. Gegevens met betrekking tot calamiteiten moeten ook tot 115 jaar na het incident worden bewaard. Gegevens die relevante informatie bevatten voor gerechtelijke procedures moeten volgens het Besluit worden bewaard tot het tijdstip waarop de procedure definitief is afgerond. Ook bij procedures tegen artsen of instellingen buiten de 'setting' van een academisch ziekenhuis is het raadzaam de gegevens te bewaren tot de definitieve afronding. De tweede uitzondering heeft betrekking op een aanmerkelijk belang van een 'ander dan de patiënt'. Dit kan bijvoorbeeld een situatie betreffen waarin de patiënt heeft aangegeven een procedure tegen de arts aan te spannen of dat inmiddels heeft gedaan. De theoretische kans dat dat in de toekomst nog eens zal kunnen gebeuren is onvoldoende grond om een vernietigingsverzoek af te wijzen. Een andere situatie waarop deze tweede uitzondering betrekking kan hebben is dat een familielid van de patiënt met het oog op een erfelijke ziekte binnen de familie, goede redenen heeft om erop aan te dringen dat de gegevens bewaard worden. De arts zal moeten beoordelen of er sprake is van 'een aanmerkelijk belang van een ander'. Een eventuele weigering van het vernietigingsverzoek moet goed onderbouwd worden. Is de patiënt het niet eens met het oordeel van de arts dan kan hij dit eventueel laten toetsen door een andere arts of een (juridische) instantie. Is de arts van mening dat, gezien de medische voorgeschiedenis van de patiënt, hij deze niet meer verantwoord kan behandelen omdat hij niet meer over de gegevens beschikt, dan zal hij dit duidelijk moeten maken voordat de gegevens vernietigd worden. Met het oog op eventuele latere misverstanden of een procedure is het raadzaam om het vernietigingsverzoek schriftelijk te laten indienen en dit als correspondentie te bewaren. In het geval de patiënt een procedure tegen de arts start nadat deze het vernietigingsverzoek van de patiënt heeft uitgevoerd, zal dit in het nadeel van de patiënt uitwerken. Deze heeft zich immers ook zelf bewijsmiddelen ontnomen. Het zou onrechtvaardig zijn de arts in zo'n situatie met een onmogelijke bewijsopdracht op te zadelen. Bewaring van gegevens door de arts of de instelling in geanonimiseerde vorm is overigens wel mogelijk. Dit kan bijvoorbeeld van belang zijn voor wetenschappelijke of statistische doeleinden. Binnen de psychiatrie is het vernietigingsrecht van patiënten beperkter doordat in het 'Besluit patiëntendossier Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)' wordt bepaald dat een verzoek tot gegevensvernietiging pas vijf jaar na beëindiging van de behandeling kan worden ingediend. De hierboven vermelde wettelijke uitzonderingen op het vernietigingsrecht in de WGBO zijn ook in dit Besluit opgenomen.

4.11 Bewaartermijnen

In de WGBO is een bewaartermijn van tien jaar opgenomen. De bewaartermijn gaat in op het moment dat de gegevens zijn vastgelegd.

Alleen voor de gegevens die reeds zijn vastgelegd op het moment van inwerkingtreding van de WGBO (1 mei 1995) is in de overgangsregeling een uitzonderingsbepaling opgenomen met het oogmerk wetenschappelijk onderzoekers beter in staat te stellen op de nieuwe situatie in te spelen. In deze bepaling staat namelijk dat op het moment van inwerkingtreding van de WGBO alle reeds bestaande gegevens nog tien jaar kunnen worden bewaard (derhalve tot 1 mei 2005) met het oog op mogelijke verstrekking voor wetenschappelijke onderzoekdoeleinden. Dit is alleen anders als de patiënt wenst dat zijn gegevens eerder worden vernietigd (zie ook paragraaf 5.4). Voor gegevens die geanonimiseerd zijn en niet meer herleidbaar zijn tot de patiënt geldt geen bewaartermijn. Deze kunnen zolang

worden bewaard als nodig is voor (mogelijke) onderzoeksactiviteiten.

Na het verstrijken van de bewaartermijn dienen de gegevens te worden vernietigd. Volgens de toelichting bij de WGBO wordt dit gerechtvaardigd door de hoge administratieve kosten die voortvloeien uit het langdurig bewaren van dossiers, alsmede door het privacy-belang van de patiënt. De arts zal de gegevens langer dan tien jaar moeten bewaren als dat 'redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit', bijvoorbeeld omdat de arts slechts in staat is goede zorg te bieden als de gegevens bewaard blijven. Te denken valt aan de huisartsenpraktijk waarbij verschillende gegevens van de patiënt met het oog op de continuïteit van zorg integraal op één kaart worden vastgelegd. Of aan situaties waarbij er sprake is van langlopende of terugkerende behandelingen, zoals bij chronische ziekten of erfelijke aandoeningen. Ook wordt wel het belang onderstreept om gegevens van minderjarige patiënten te bewaren tot het moment waarop zij volgroeid zijn. Het initiatief voor het langer bewaren van de gegevens kan ook van de patiënt uitgaan. Het is verstandig dat arts en patiënt daarover dan gezamenlijk een (bij voorkeur schriftelijk vastgelegde) afspraak maken.

De bewaartermijn van tien jaar geldt ook bij overlijden van de patiënt.

Het overlijden vormt dus geen reden om de gegevens te vernietigen. Ook de situatie dat de patiënt een juridische procedure heeft aangespannen of dreigt aan te spannen geeft aanleiding om de gegevens langer dan tien jaar te bewaren. Dat geldt echter niet voor de in theorie aanwezige kans dat de patiënt ergens in de toekomst een procedure kan starten tegen de hulpverlener of instelling.

Voor het gebruik van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek is in de overgangsregeling in de WGBO een uitzonderingsregel getroffen met het oogmerk onderzoekers beter in staat te stellen op de nieuwe situatie in te spelen. Bepaald wordt namelijk dat op het moment van inwerkingtreding van de WGBO reeds bestaande gegevens nog tien jaar, dus tot 1 mei 2005, bewaard kunnen worden om voor wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden te kunnen worden gebruikt en verstrekt. Dit is alleen anders als de patiënt wenst dat zijn gegevens worden vernietigd (zie ook paragraaf 5.4). Voor gegevens die geanonimiseerd zijn en niet meer herleidbaar zijn tot de patiënt, geldt geen bewaartermijn. Deze kunnen zolang worden bewaard als nodig is voor (mogelijke) onderzoeksactiviteiten.

Als in een specifieke wettelijke regeling een afwijkende (kortere of langere) bewaartermijn dan tien jaar is voorgeschreven, dan moet deze afwijkende termijn aangehouden worden. In het eerdergenoemde 'Besluit patiëntendossier BOPZ' wordt bijvoorbeeld uitgegaan van een bewaartermijn van vijf jaar na beëindiging van de behandeling. In paragraaf 4.10 werd al gewezen op een aantal dossiergegevens binnen academische ziekenhuizen die zelfs 115 jaar bewaard moeten worden.

In de praktijk zal met name het schonen en vernietigen van dossiers erg veel werk met zich meebrengen. Daar staat wel tegenover dat er meer ruimte beschikbaar zal komen in de vaak overvolle archieven. Met name binnen instellingen is het van belang dat ook vanuit de directie (die vaak zorgdraagt voor het bewaren en het beheren van de patiëntendossiers) procedures worden opgezet om hieraan op dit moment en in de toekomst op efficiënte wijze uitvoering te geven. Het vastleggen van gegevens in geautomatiseerde bestanden zal dit proces mogelijk vereenvoudigen.

5. Uitwisseling van gegevens

Voor het verstrekken van gegevens aan anderen geldt als wettelijke hoofdregel dat daarvoor uitdrukkelijke toestemming nodig is van de patiënt (paragraaf 5.1). Dit betekent niet dat de arts ook altijd verplicht is informatie te verstrekken als de patiënt hem daarvoor toestemming heeft gegeven (paragraaf 5.2). In bepaalde gevallen zal de arts ook zonder verkregen toestemming informatie aan derden moeten verstrekken (paragraaf 5.3). Voor gegevensverstrekking ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek is in de WGBO een speciale regeling opgenomen (paragraaf 5.4 en 5.5). In het advies ‘WGBO en bedrijfsarts’ (augustus 2000) zijn de betekenis van de WGBO voor de bedrijfsarts en de knelpunten die zich daarbij voordoen, bijvoorbeeld rond het beroepsgeheim, uitgewerkt (zie eveneens de literatuurlijst).

5.1 Reikwijdte beroepsgeheim

Het beroepsgeheim van de arts brengt met zich mee, dat hij verplicht is om te zwijgen tegenover anderen over alle informatie die hij over zijn patiënten heeft. Hij kan aan anderen alleen informatie verstrekken als de patiënt daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven. Mondelinge toestemming is in het algemeen voldoende, schriftelijke toestemming is niet vereist. De arts dient zich echter te onthouden van het geven van informatie als daardoor de privacy van een ander, bijvoorbeeld de partner of een familielid, wordt geschonden. Het is dezelfde wettelijke beperking die ook bij het inzage- en afschrijftrecht is genoemd.

Het beroepsgeheim geldt niet ten aanzien van andere hulpverleners, die rechtstreeks bij de behandeling of begeleiding van de patiënt zijn betrokken. Zo zullen de collega-arts, de verpleegkundige, de logopedist, de fysiotherapeut, de arbeidsdeskundige of de bedrijfsmaatschappelijk werkster informatie moeten ontvangen over die zaken, die voor hun functioneren in relatie tot de behandeling of begeleiding van de patiënt van belang zijn. Wel van belang is dat iemand uit het behandelteam als aanspreekpunt voor de patiënt wordt aangewezen. Ook de vervanger of waarnemer van de arts kunnen uiteraard informatie over de patiënt ontvangen zonder dat daarvoor eerst toestemming van de patiënt nodig is.

In de KNMG-‘Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens’ zijn de voorwaarden voor informatieverstrekking door artsen aan bijvoorbeeld de inspectie, verzekeraars en politie nader uitgewerkt. Voor (de voorwaarden voor) informatieverstrekking door arbo-artsen aan ondermeer bedrijfsverenigingen in het kader van de nieuwe sociale verzekeringswetgeving heeft de KNMG in 1994 en bijgesteld in 1998 een afzonderlijke Code opgesteld (zie literatuurlijst in hoofdstuk 10).

5.2 Geneeskundige verklaringen

In het advies ‘WGBO en bedrijfsarts’ (augustus 2000) zijn de betekenis van de WGBO voor de bedrijfsarts en de knelpunten die zich daarbij voordoen, bijvoorbeeld rond het beroepsgeheim, uitgewerkt (zie eveneens de literatuurlijst).

De arts is overigens niet verplicht informatie te verstrekken als de patiënt hem daarvoor toestemming heeft gegeven of daarom verzoekt. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen het geven van feitelijke informatie over de patiënt mét diens gerichte toestemming en het afgeven van een geneeskundige verklaring (waardeoordeel) door de arts. Het eerste is wel mogelijk mits het doel en de vraagstelling gericht zijn. Mede op basis van tuchtrechtelijke uitspraken wordt het afgeven van geneeskundige verklaringen door de behandelend arts in verband met onder meer ziekte of arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen, reisannuleringen, erfeniskwesties, echtscheidingsprocedures of andere juridische procedures sterk afgeraden. Bij zo’n verklaring gaat het vaak om een belang van de patiënt dat buiten de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de arts ligt en een ander doel dient dan de behandeling of begeleiding. Bovendien is de kans groot dat de vertrouwensrelatie in gevaar komt. Immers, zulke verklaringen worden nogal eens opgesteld op basis van ‘indrukken’ van de arts of patiënt en niet op basis van medisch-inhoudelijke argumenten. De arts wordt aangeraden te verwijzen naar een onafhankelijke arts die deskundig is op het terrein van de vraagstelling. Voor plaatsing van een patiënt in een bejaardenoord of verpleeghuis wordt door de indicatiecommissie een onderzoek gedaan dat zo min mogelijk belastend voor de verzoeker dient te zijn. In dat geval kan de behandelend arts wel met toestemming van de verzoeker relevante medische informatie aan de commissie geven.

Bij het KNMG-secretariaat zijn zgn. ‘weigeringsbriefjes’ voor patiënten beschikbaar waarin de redenen worden aangegeven waarom de arts geen geneeskundige verklaring afgeeft.

5.3 Doorbreking van het beroepsgeheim

De arts is echter verplicht tot gegevensverstrekking indien een andere wet dat vereist. Voorbeelden daarvan zijn ondermeer te vinden in de Wet op de Lijkbezorging (verstrekken van de doodsoorzaak aan de medisch ambtenaar van het Centraal Bureau voor de Statistiek) en in de Ziekenfondswet (verplicht tot een nadere regeling voor onder meer de verstrekking van bepaalde gegevens ten behoeve van controle door de zorgverzekeraar op de te geven of gegeven behandeling en de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen).

Een arts kan in een conflict van plichten komen, bijvoorbeeld in geval van incest of kindermishandeling. In zo'n situatie van overmacht kan het nodig zijn het beroepsgeheim te doorbreken en dus te spreken omdat een ander, hoger belang (van het kind) hem daartoe verplicht. Uiteraard moet hij voor de onderbouwing daarvan sterke argumenten hebben. Als uitgangspunt voor de doorbreking van het beroepsgeheim kunnen de volgende zes cumulatieve criteria worden gebruikt. Deze zijn ontleend aan Leenen † (zie literatuurlijst in hoofdstuk 10) en luiden:

1. alles is in het werk gesteld om de toestemming van de patiënt te verkrijgen;
2. de arts moet in gewetensnood verkeren door het handhaven van de zwijgplicht;
3. er is geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen;
4. het niet-doorbreken van het geheim levert naar grote waarschijnlijkheid voor een ander ernstige schade op;
5. het moet vrijwel zeker zijn dat door de geheimdoorbreking die schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt;
6. het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

5.4 Gebruik van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek

Voor het verstrekken van (in verband met een behandeling al eerder vastgelegde) patiëntgegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek op het gebied van de volksgezondheid zijn in de WGBO specifieke regels voor de verstreckende behandelend arts opgenomen. Deze regels maken het mogelijk onder bepaalde voorwaarden van het toestemmingsvereiste van de patiënt voor gegevensverstrekking aan derden (de hoofdregel) af te wijken.

Wordt aan die voorwaarden voldaan, dan kan de arts de gevraagde gegevens zonder toestemming van de patiënt aan de onderzoeker (een derde) verstrekken. De arts is dan wel verplicht van iedere verstrekking een aantekening in het dossier te maken. Allereerst moet in alle gevallen aan de volgende vier cumulatieve basisvoorwaarden worden voldaan:

1. het doel van de verstrekking betreft gezondheidsonderzoek;
2. het onderzoek dient een algemeen belang;
3. het onderzoek kan niet zonder de gevraagde gegevens worden uitgevoerd;
4. de patiënt heeft geen uitdrukkelijk bezwaar gemaakt tegen een verstrekking (via bijvoorbeeld een algemene brochure of ziekenhuisfolder moet hem dan bekend zijn dat zijn gegevens gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek).

Vervolgens zijn er twee situaties waarbij de arts geen toestemming nodig heeft voor verstrekking. De eerste is dat 'het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is op gronden gelegen in de persoon wiens gegevens het betreft' (bijvoorbeeld als de patiënt is overleden, onbereikbaar is door verhuizing of als een confrontatie met het onderzoek voor de patiënt onnodig bezwarend zal zijn). De onderzoeker heeft in zo'n situatie de plicht het onderzoek zo uit te voeren, dat de privacy van de patiënt zo min mogelijk wordt geschaad. De tweede situatie is dat 'het vragen van toestemming in redelijkheid niet kan worden verlangd om redenen gelegen in de aard van het onderzoek' (bijvoorbeeld onderzoeken waarbij zeer grote aantallen patiënten zijn betrokken of onderzoeken waarbij een reële kans op selectieve respons bestaat met als gevolg een vertekend beeld van het resultaat). De arts is in zo'n situatie verplicht de gegevens voor verstrekking op zodanige wijze te coderen dat de onderzoeker de gegevens niet kan herleiden tot de patiënt.

Voor verstrekking van niet-herleidbare patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek gelden bovengenoemde restricties en basisvoorwaarden niet.

Voor onderzoek op het gebied van de volksgezondheid door de arts zelf met behulp van door hemzelf vergaarde patiëntgegevens gelden geen beperkingen omdat het eigen gebruik van de gegevens verenigbaar is met het doel (de behandeling) waarvoor ze verkregen zijn. Voor verstrekking van eigen patiëntgegevens aan een collega-arts voor diens wetenschappelijk onderzoek, of voor medegebruik van de eigen patiëntgegevens door een collega met wie het onderzoek samen wordt verricht, is wel toestemming van de patiënt nodig, tenzij de bijzondere situaties zich voordoen zoals hierboven beschreven en aan de vier basisvoorwaarden kan worden voldaan.

5.5 Gebruik van lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek

Lichaamsmateriaal van patiënten, zoals weefsel of huid (restmateriaal dat vanwege een ander doel, een behandeling, is bewaard) kan alleen voor wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt als aan drie cumulatieve voorwaarden is voldaan: gewaarborgd moet zijn dat het materiaal en de gegevens die daaruit te verkrijgen zijn niet tot de persoon herleidbaar zijn; dat het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt verricht; dat de patiënt geen bezwaar heeft gemaakt tegen het onderzoek (zie hierboven de eis van de voorafgaande informatie). Voor wetenschappelijk onderzoek met herleidbaar lichaamsmateriaal is 'informed consent' van de patiënt nodig.

5.6 Gedragscode voor wetenschappelijk onderzoek

Binnen de Raad voor Gezondheidsonderzoek is een gedragscode ontwikkeld die een praktische handleiding geeft voor het handelen van medisch-wetenschappelijke onderzoekers ten aanzien van de patiëntengegevens, zodat dit conform de eisen die de wet stelt, verloopt. Vanuit de Federatie van medisch-wetenschappelijke verenigingen wordt momenteel ook gewerkt aan een Code 'Goed Gebruik', waarin de spelregels worden aangegeven voor nader gebruik van lichaamsmateriaal door onderzoekers.

6. Opzeggen van de behandelingsovereenkomst

6.1 Gewichtige redenen voor opzeggen van de behandelingsovereenkomst

De arts kan de behandelingsovereenkomst met de patiënt niet eenzijdig beëindigen, tenzij hij daarvoor een gegronde reden heeft zoals in geval van ziekte, het stoppen met de praktijk of structurele bereikbaarheidsproblemen om de patiënt tijdig thuis hulp te kunnen verlenen. In de in dit hoofdstuk bedoelde gevallen zal sprake moeten zijn van een situatie waarbij de vertrouwensband tussen arts en patiënt is vervallen of ernstig is geschonden en ieder perspectief op herstel is verdwenen. De bewijslast voor beëindiging ligt bij de arts, niet bij de patiënt. Een voorbeeld van 'gewichtige redenen', zoals de WGBO ze noemt, is de situatie dat de arts persoonlijke gevoelens heeft gekregen voor de patiënt en dat dit verstoring werkt op een goede behandelrelatie. Overigens heeft de rechter in de hem voorgelegde gevallen dat de arts tijdens de behandelrelatie ook een seksuele relatie met de patiënt aanging, een (streng) sanctie opgelegd. In geval van ernstige meningsverschillen over de behandeling, of na een ingrijpende klacht of juridische procedure, zal de overeenkomst vaak op beider verzoek worden beëindigd. Maar ook kan de arts (of de patiënt) in principe eenzijdig opzeggen. Gedacht kan worden aan de situatie waarbij de patiënt dingen van de arts vraagt die tegen zijn geweten indruisen (bijvoorbeeld een verzoek om euthanasie of het verzoek dat door Jehovahs Getuigen wel wordt gedaan om geen bloedtransfusie te ondergaan als dat bij een operatie noodzakelijk mocht zijn). De situatie zal van dien aard moeten zijn, dat van de arts in redelijkheid niet kan worden gevraagd dat hij de behandelingsovereenkomst met de patiënt voortzet. Het is altijd verstandig voornoemde 'gewetenszaken' vroegtijdig met de patiënt te bespreken, zodat naar een andere arts kan worden gezocht. Bestond er al een behandelrelatie dan zullen arts en patiënt in zo'n situatie afspraken moeten maken over de eventueel noodzakelijke verdere begeleiding en nazorg en de informatieverstrekking aan de opvolgende arts en aan de hulpverlener die de patiënt naar de arts had verwezen. Andere situaties waarbij de arts de behandelingsovereenkomst zal willen opzeggen kunnen zijn wanbetaling, onheus of agressief gedrag of het voortdurend niet opvolgen van adviezen van de arts. Voor opzegging geldt in het algemeen dat er geen vertrouwensband meer aanwezig is tussen arts en patiënt en er geen perspectief op herstel is. In de volgende paragrafen wordt aangegeven welke concrete stappen de arts in zo'n situatie moet ondernemen.⁶

6.2 Eisen voor eenzijdige opzegging

Wanneer sprake is van een conflictueuze situatie zal de arts moeten nagaan of er gewichtige redenen zijn die de behandelrelatie kunnen stopzetten. Een enkel meningsverschil levert daarvoor doorgaans onvoldoende grond. In het algemeen zal sprake moeten zijn van ernstig (en eventueel) frequent wangedrag van de patiënt. De arts zal dan eerst overleg moeten voeren met de patiënt over de gerezen problemen en zullen mogelijke alternatieven, voorzover aanwezig, besproken moeten worden. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een derde bij het consult of alternatieve behandelingsmethoden die de patiënt meer aanspreken.

Baat dat niet, dan zal een schriftelijke gemotiveerde waarschuwing aan de patiënt moeten volgen. Bijvoorbeeld in die zin dat bij het niet wijzigen van bepaald gedrag (zoals agressie, onheuse uitlatingen, niet betalen van de rekening en het frequent negeren van voorschriften door de arts met - ernstige - gevolgen voor de gezondheid van de patiënt) de behandelrelatie zal worden verbroken.

Baat ook dat niet, dan kan de relatie beëindigd worden, bij voorkeur door dit schriftelijk aangetekend te bevestigen. Een schriftelijke opzegging zonder daarover met de patiënt gesproken te hebben en zonder dit goed te motiveren zal dus, bij een eventuele klacht, als onzorgvuldig worden beoordeeld.

6.3 Procedure na beëindiging van de behandelingsovereenkomst

Na beëindiging moet de arts, totdat de patiënt een andere arts heeft gevonden, wel de noodzakelijke hulp blijven bieden. Hij zal eveneens in dat verband relevante gegevens aan betrokken hulpverleners (bijvoorbeeld de behandelend huisarts of specialist) en instanties (bijvoorbeeld zorgverzekeraar) moeten (blijven) verstrekken. Op verzoek van de patiënt zal hij voorts bereid moeten zijn diens originele gegevens over te dragen (indien per post, bij voorkeur aangetekend) aan de opvolgende arts, danwel deze mee te geven aan de patiënt. Het is uiteraard wel belangrijk dat de opvolgende arts alle overgedragen gegevens zorgvuldig bewaart. Indien het dossier ook gegevens over anderen bevat, bijvoorbeeld in het geval van een gezinsdossier, dan zal de arts, indien de gegevens niet van elkaar gescheiden kunnen

worden, het dossier per (aangetekende) post moeten versturen. Het is daarom ook verstandig per gezinslid een aparte kaart of map te gebruiken. Het gezinslid dat om de overdracht verzoekt kan dan zijn eigen gegevens meenemen. Het restant kan afgegeven of verzonden worden aan de nieuwe arts. Bij overdracht van het dossier aan de opvolger is het wel verstandig dat de arts daarvan een aantekening maakt of de patiënt een ontvangstbevestiging laat tekenen, met vermelding van het verzoek, de reden, de datum en het praktijkadres en dit te bewaren voor het geval daarover later problemen ontstaan, of als er tegen de arts (alsnog) een klacht wordt ingediend (zie ook het in de literatuurlijst in hoofdstuk 10 genoemde KNMG/LHV advies inzake de overdracht van het medisch dossier bij verandering van huisarts). Overigens zal de arts alleen in staat zijn zich goed te verweren als hij, via de opvolgende arts of de instantie waar de klacht is ingediend, de beschikking krijgt over de door hem vastgelegde gegevens. Weigert de patiënt daarvoor toestemming te geven, dan zal naar verwachting daarmee ook de behandeling van de klacht door de klachteninstantie of de rechter worden gestaakt (zie ook paragraaf 4.9).

6.4 Beëindiging van de behandelingsovereenkomst door de patiënt of op gezamenlijk verzoek

Een patiënt kan besluiten de behandelrelatie met de arts te beëindigen, bijvoorbeeld wegens verhuizing of uit onvrede over de bejegening of behandelresultaten. Dit laatste soms met als gevolg een voortijdige afbreking van de behandeling. Toch zal de arts er dan op moeten toezien dat de lopende therapeutische behandeling op zorgvuldige wijze wordt afgewikkeld en dat er eventueel nazorg geboden kan worden. Te denken valt aan een bepaalde kuur of therapie die afgemaakt moet worden. Omdat daarvoor uiteraard de bereidwilligheid en medewerking van de patiënt nodig zijn, kan, bij het geheel ontbreken daarvan, van de arts niet veel meer worden verwacht dan de (herhaalde) poging om (verwijzing voor) begeleiding of nazorg aan te bieden.

Een uitzondering van het recht van de patiënt om een behandelingsovereenkomst eenzijdig te beëindigen is in het geval dat een patiënt die vrijwillig is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, het ziekenhuis wenst te verlaten doch daardoor een dreigend gevaar voor zichzelf of voor de omgeving veroorzaakt. Op grond van de Wet BOPZ kan het ziekenhuis dan een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging aanvragen.

7. Rechten van de vertegenwoordiger van de patiënt

Ten aanzien van de rechten van minderjarige patiënten en meerderjarige wilsonbekwame patiënten zijn in de WGB, soms nader gespecificeerd in andere wetten (zoals de Wet BOPZ, de op 1 januari 1995 in werking getreden Wet mentorschap meerderjarigen en de Wet orgaandonatie) afzonderlijke regels voor vertegenwoordiging opgenomen, die van belang zijn voor de arts. Hieronder wordt het systeem in de WGBO uiteengezet.

7.1 Minderjarige patiënten

In de WGBO wordt de mogelijkheid voor minderjarigen om zelfstandig een behandelingsovereenkomst aan te gaan met een arts en daarover zelfstandig beslissingen te nemen en de in deze brochure genoemde patiëntenrechten uit te oefenen, gekoppeld aan een leeftijdsgrens.

7.2 16 jaar en ouder

Patiënten van 16 jaar en ouder zijn bekwaam om genoemde activiteiten geheel zelfstandig uit te voeren. Volgens het Burgerlijk Wetboek zijn (ongehuwde) personen tot 18 jaar niet bekwaam om zonder hun wettelijke vertegenwoordigers, de ouders of, na echtscheiding, de met het 'gezag belaste ouder' of voogd, zelfstandig rechtshandelingen te verrichten. De WGBO maakt hierop dus een uitzondering.

Jongeren tussen 16 en 18 jaar die wilsonbekwaam zijn (zie paragraaf 7.5) worden vertegenwoordigd door de ouders, de met het gezag belaste ouder of de voogd. Jongeren tot 18 jaar zijn niet bevoegd een ander schriftelijk te machtigen om namens hen op te treden. Daarvoor geldt de algemene civielrechtelijke meerderjarigheidsgrens van 18 jaar en niet de WGBO-grens van 16 jaar. Namens jongeren tot 18 jaar treden de ouders, de met het gezag belaste ouder, of de voogd op. Vanaf het 12e jaar kunnen jongeren echter wel zelfstandig een wilsverklaring voor orgaandonatie opstellen.

7.3 12-16-jarigen

Voor de uitvoering van een behandeling bij patiënten tussen 12 en 16 jaar is de gezamenlijke toestemming van zowel de minderjarige als de ouders, de met het gezag belaste ouder, of de voogd nodig. Omdat het nieuwe familierecht het aantal mogelijke vertegenwoordigers heeft verruimd, doet de arts er goed aan eerst na te gaan en in het dossier aan te tekenen wie zijn vertegenwoordiger/ gezagsdrager is. Bij verwijzing kan dit ook nuttig zijn.⁷ Is de patiënt uit deze leeftijdscategorie niet in staat zijn wil te bepalen (nog geen 'oordeel des ondersheids' of geestelijk gehandicapt) dan beslissen zijn ouders, de gezagsdragende ouder, of de voogd. De behandeling kan evenwel zonder toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers worden uitgevoerd indien deze 'kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen' of indien de minderjarige na de weigering van toestemming door de ouders, gezagsdragende ouder, of de voogd, de behandeling weloverwogen blijft wensen. Bij deze uitzonderingen kan gedacht worden aan een behandeling voor een geslachtsziekte of een andere spoedeisende ingreep, het voorschrijven van anticonceptie, een poliovaccinatie of abortus. Of de arts op de eerste danwel de tweede uitzondering een beroep zal moeten doen hangt mede af van de vraag of het kind de ouders, gezagsdragende ouder, of de voogd bewust buiten de besluitvorming wenst te houden en dat deze dus ook niet geïnformeerd worden en dat het kind daarvoor ook goede redenen heeft. Het is wel raadzaam voor de arts in zo'n situatie met een collega te overleggen en een en ander zorgvuldig in het dossier vast te leggen.

Daarnaast heeft de 12-16-jarige een zelfstandig recht op informatie (passend bij zijn 'bevattingvermogen') en op geheimhouding van zijn gegevens tegenover anderen. Geheimhouding bestaat ook tegenover zijn wettelijke vertegenwoordigers in het geval de arts van mening is dat hen informeren 'niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener'. Het belang van het kind kan met zich meebrengen dat zij niet geïnformeerd worden. Voorbeelden uit de jurisprudentie zijn (verdenking van) incest of kindermishandeling. Ook kan de 12-16 jarige inzage in of afschrift of vernietiging van zijn medisch dossier vragen.

Voorzover dat niet strijdig is met het belang van het kind en het om belangrijke feiten en omstandigheden gaat die het kind of diens verzorging en opvoeding betreffen, kan ook aan de niet met het gezag belaste ouder op diens verzoek informatie over het kind verstrekt worden, ook als de met het gezag belaste ouder zich hiertegen zou verzetten.⁸ De arts dient de informatie echter niet te verstrekken als het kind van 12 jaar en ouder dat in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen, daarvoor toestemming weigert.

7.4 Jonger dan 12 jaar

Met betrekking tot de behandeling van patiënten jonger dan 12 jaar beslissen de ouder(s) of de gezagdragende ouder alleen en oefenen zij namens het kind alle patiëntenrechten uit. In het geval zij zouden weigeren toestemming te geven voor een noodzakelijke behandeling, dan kan de arts besluiten bij de Raad voor de Kinderbescherming een maatregel van jeugdbescherming te initiëren, zoals een (voorlopige) ondertoezichtstelling. Als het kind zelf aangeeft ernstige bezwaren te hebben en zich verzet tegen een bepaalde behandeling waarvoor de vertegenwoordigers toestemming hebben gegeven en de arts op professionele gronden van mening is dat deze moeten prevaleren boven de wens van de ouders, de met het gezag belaste ouder, of de voogd, dan kan de arts besluiten de behandeling niet uit te voeren. Dit is alleen anders als de behandeling kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor het kind te voorkomen. Dit kan het geval zijn bij een belangrijke vaccinatie. Het voorgaande met betrekking tot verzet van het kind geldt ook voor de groep 12-16-jarigen. De patiënt onder de 12 jaar heeft één expliciet in de WGBO vastgelegd recht, namelijk het recht op informatie welke aangepast dient te zijn aan zijn 'bevattingvermogen'. Hetgeen in paragraaf 7.3 is opgemerkt in de voorlaatste zin geldt ook voor jongeren onder 12 jaar.

7.5 Meerderjarige wilsonbekwame patiënten

In de WGBO wordt niet gesproken over de wilsonbekwame patiënt maar over 'de patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake'. Bij de vaststelling van wilsonbekwaamheid is van belang of de patiënt de (op zijn bevattingvermogen afgestemde) informatie over de aard en eventuele gevolgen van de voorgestelde behandeling kan begrijpen en in staat is daarover een zelfstandige beslissing te nemen. Voorbeelden van wilsonbekwamen kunnen zijn dementen en geestelijk gehandicapten. Wilsonbekwame patiënten kunnen niet zelfstandig een behandelingsovereenkomst met een arts aangaan en de daaruit voortvloeiende rechten en plichten uitoefenen. Daarom is in de WGBO voor de vertegenwoordiging van deze groep patiënten een rangorde van vertegenwoordigers opgenomen. In paragraaf 7.2. is vermeld wie optreden als vertegenwoordiger van minderjarige wilsonbekwamen.

7.6 Wie vertegenwoordigt de meerderjarige wilsonbekwame patiënt?

Allereerst komt de vertegenwoordigingsbevoegdheid toe aan de door de rechter benoemde vertegenwoordiger (de curator en sinds 1 januari 1995 ook de mentor). Ontbreekt deze dan moet gekeken worden of de patiënt, toen deze nog bekwaam was, iemand schriftelijk heeft gemachtigd. Ontbreekt deze vertegenwoordiger, of treedt deze niet op, dan wordt de patiënt vertegenwoordigd door de echtgenoot of levensgezel, danwel een ouder, kind, broer of zus, althans voorzover zij dat wensen. De vertegenwoordiger (met uitzondering van de curator) is verplicht de patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij zijn beslissingen. Heeft de arts ernstige twijfels over de bevoegdheid tot vertegenwoordiging, bijvoorbeeld bij het geven van toestemming voor een behandeling of bij een verzoek tot inzage, dan kan hij deze persoon vragen een machtiging te laten zien.

7.7 Wanneer kan/moet de arts buiten de vertegenwoordiger van de patiënt om handelen?

In de regel zal deze vraag zich alleen kunnen voordoen in uitzonderingssituaties. In spoedeisende gevallen mag de arts om ernstige schade voor de patiënt te voorkomen, zelf tot een behandeling overgaan als de tijd ontbreekt de vertegenwoordiger om toestemming te vragen. Voor verrichtingen die niet ingrijpend van aard zijn mag van veronderstelde toestemming van de vertegenwoordiger worden uitgegaan (zie paragraaf 3.5).

De arts die meent dat de vertegenwoordiger van de patiënt onverantwoorde of zelfs schadelijke besluiten neemt zal deze besluiten, net als bij minderjarige patiënten, naast zich neer moeten leggen. De arts kan zich dan beroepen op het in de WGBO opgenomen criterium 'de zorg van een goed hulpverlener'. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de arts heel duidelijk de (andere) opvattingen ter zake (eventueel uitdrukkelijk vastgelegd in het dossier) van de patiënt kent, of dat er een voor de patiënt veel minder ingrijpende behandelingsmethode voorhanden is.

Als de patiënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard en de vertegenwoordiger heeft daarvoor wel toestemming gegeven, dan zal de arts die verrichting alleen mogen uitvoeren als deze noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het geven van bepaalde medicatie met ernstige bijwerkingen. In het geval van verzet van de patiënt is toestemming van de vertegenwoordiger dus niet voldoende om de behandeling te mogen uitvoeren.

Is de arts ervan overtuigd dat het belang van de patiënt met zich meebrengt dat de vertegenwoordiger niet geïnformeerd wordt over een noodzakelijk geacht onderzoek of een behandeling van de patiënt of geen inzage in of

afschrift van (bepaalde) informatie gegeven moet worden, dan brengt 'goed hulpverlenerschap' met zich mee dat hij dat nalaat.

7.8 Schriftelijke wilsverklaring van de patiënt

De arts en de vertegenwoordiger moeten een eerder door de (op dat moment nog wilsbekwame) patiënt vastgelegde weigering voor (een bepaalde) behandeling in principe opvolgen. De arts kan alleen van deze verklaring afwijken als hij daartoe gegronde redenen heeft, bijvoorbeeld als duidelijk is dat er sprake is van een tekst die medisch gezien volstrekt inconsistent is of medisch gezien een zodanig onlogisch resultaat oplevert dat de opsteller dit niet bedoeld kan hebben (zoals het afwijzen van 'iedere' behandeling - derhalve ook voor onschuldige aandoeningen die eenvoudig kunnen worden verholpen - als men dement is). Dit kan het geval zijn bij wilsverklaringen die zonder begeleiding van een arts of instelling (bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) in geval van een euthanasie-verzoek) zijn opgesteld. De KNMG heeft de brochure 'Schriftelijke wilsverklaringen' uitgegeven. Hierin wordt ingegaan op de rol van de arts als adviseur bij het opstellen van zo'n verklaring en de situatie dat de arts in de behandelrelatie met de patiënt te maken krijgt met zo'n eerder opgestelde verklaring.

7.9 Psychiatrische patiënten

Voor patiënten die vrijwillig worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis zijn de in deze brochure opgenomen patiëntenrechten, en voorzover van toepassing, de vertegenwoordigingsregels in dit hoofdstuk van kracht. Ten aanzien van onvrijwillig opgenomen patiënten is specifieke wetgeving opgenomen in de Wet BOPZ. Daarop wordt in deze brochure niet verder ingegaan. Met betrekking tot aangelegenheden waarover de Wet BOPZ niets regelt, geldt overigens ook voor onvrijwillig opgenomen patiënten de WGBO.

8. Klacht- en claimrecht

In de WGBO wordt uitgegaan van een aantal inhoudelijke normen (zoals ‘de zorg van een goed hulpverlener’, ‘de voor hulpverleners geldende professionele standaard’ of ‘het informeren naar maatstaven van redelijkheid’). Over de interpretatie van de reikwijdte van deze normen in een bepaalde concrete situatie kunnen uiteraard meningsverschillen ontstaan. Daarom wordt in dit hoofdstuk in het kort aangegeven welke klachtenprocedures gevolgd kunnen worden. Volledigheidshalve wordt er nog eens op gewezen, dat, ook uit kwaliteitsoogmerk, het gezamenlijk oplossen van een klacht of geschil tussen arts en patiënt verre de voorkeur geniet.

Voor nadere informatie over dit onderwerp wordt verwezen naar het KNMG-consult ‘Arts en klacht of geschil’ (zie literatuurlijst in hoofdstuk 10).

8.1 Van laagdrempelige klachtenopvang...

Een patiënt die een klacht heeft over het handelen van de arts heeft de mogelijkheid een klacht in te dienen, en wel op diverse niveaus. De meest simpele en laagdrempelige oplossing is uiteraard dat patiënt en arts proberen de klacht of het geschil gezamenlijk op te lossen in een of meerdere gesprekken. Hier zijn een open instelling, goede communicatie en de wil van partijen om het geschil uit te praten en op te lossen van groot belang. De patiënt kan er ook de voorkeur aan geven dat een onafhankelijke derde hem ondersteunt of dat een bemiddelaar wordt aangetrokken. Deze persoon kan een patiëntenvertrouwenspersoon binnen de instelling zijn of een vergelijkbare functionaris. Herstel van de hulpverleningsrelatie is in dit stadium vaak nog mogelijk en het kan escalatie, door indiening van de klacht via meer hoogdrempelige voorzieningen als een klachtencommissie, het medisch tuchtcollege of de (civiele) rechter, voorkomen. Het bieden van verweer tegen een klacht, ingediend bij met name de rechter is doorgaans een tijd- en energieverslindende aangelegenheid en kan ook hoge kosten voor rechtsbijstand en procesvoering met zich meebrengen.

8.2 Naar meer hoogdrempelige klachtenbehandeling...

De patiënt kan ook een klacht indienen bij een klachtencommissie in het ziekenhuis of een andere instelling of bij een regionale klachtencommissie. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector verplicht ‘zorgaanbieders’ (onder meer vrijgevestigde artsen, directies van ziekenhuizen, verpleeghuizen, privé-klinieken, RIAGG’s, GGD-en, etc.) sinds november 1995 een klachtencommissie in te stellen of bij een bestaande commissie aan te sluiten. Het oordeel van de klachtencommissie heeft geen juridisch bindende werking. Dit in tegenstelling tot de uitspraken van bijvoorbeeld het tuchtcollege en de civiele rechter. In 1989, en op basis van de Wet klachtrecht bijgesteld in 1995, is door de KNMG een Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg gemaakt dat al door veel klachtencommissies is overgenomen (zie literatuurlijst in hoofdstuk 10).

Sinds de inwerkingtreding van de Wet klachtrecht heeft de inspectie geen rol meer in de beoordeling van individuele klachten van patiënten, ook niet als ‘hoger-beroepmogelijkheid’ in het geval de patiënt en/of de hulpverlener niet tevreden zijn over de uitspraak of de wijze waarop de klacht door de klachtencommissie is behandeld. De taak van de inspectie is het houden van toezicht op de naleving van wettelijke regels op het gebied van de volksgezondheid en het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg, niet alleen binnen instellingen maar ook ten aanzien van individuele artsen werkzaam in een solopraktijk. Daartoe beschikt de inspectie over een aantal in de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) en de Wet BIG (1997) neergelegde bevoegdheden, bijvoorbeeld het betreden van plaatsen en handhavingsmogelijkheden, zoals het geven van een schriftelijk bevel.

Voor het goed kunnen uitvoeren van deze taak heeft de inspectie behoefte aan meldingen die kunnen wijzen op mogelijke misstanden. In de ‘Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen’ van januari 1996 is aangegeven op welke wijze de inspectie met meldingen omgaat (zie ook www.igz.nl). Deze vervangt de ‘Leidraad Klachtonderzoek Staatstoezicht op de Volksgezondheid’ van 1988. Zo kan de inspectie besluiten een klacht tegen de arts in te dienen bij het tuchtcollege indien een van de tuchtnormen in de Wet BIG is overtreden en het algemeen belang (niet het particuliere van de rechtstreeks belanghebbende) bij de zaak in overwegende mate betrokken is.

Vroeger hadden patiënten de mogelijkheid een klacht over het handelen van een arts die KNMG-lid was in te dienen bij één van de districtsraden van de KNMG. In 1988 is deze voorziening opgeheven in verband met andere klachtenprocedures die er inmiddels voor patiënten waren.

8.3 Naar hoogdrempelige klachtenbehandeling...

Hiervoor werd al gewezen op de procedure bij het tuchtcollege en de (civiele) rechter. Het tuchtrecht is primair gericht op de kwaliteitshandhaving en -bevordering van de beroepsuitoefening en niet op conflictoplossing of genoegdoening. Het tuchtcollege kan een sanctie opleggen, bijvoorbeeld een waarschuwing, een schorsing of zelfs een ontzegging van de bevoegdheid. Het percentage klachten dat door het tuchtcollege gegrond wordt geacht ligt de laatste jaren rond de 18%. Claims kunnen niet bij het tuchtcollege worden ingediend (zie verder paragraaf 8.4). De sanctie die de (civiele) rechter aan de arts kan opleggen is het aansprakelijk stellen voor de schade van de patiënt. Procedures bij de strafrechter tegen artsen komen weinig voor. Meestal gaat het om de volgende delicten: euthanasie, hulp bij zelfdoding en seksuele relaties binnen de hulpverlening.

8.4 Claims

Claims worden in principe door de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de arts afgehandeld. Ook als het tot een civiele procedure voor de rechtbank komt, zal de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de arts zorgen voor het verweer en daartoe een advocaat inschakelen. De (belangenbehartiger van de) patiënt en de verzekeraar zullen, tenminste als de schade toegerekend kan worden aan de arts wegens verwijtbare schuld, proberen tot een regeling te komen over het uit te keren schadebedrag. De patiënt kan bijvoorbeeld een claim indienen tegen een arts omdat hij meent dat de arts onvoldoende informatie heeft gegeven over extra risico's van de voorgestelde behandeling, of omdat hij ernstig benadeeld is door het weigeren van inzage. Een arts die door de patiënt aansprakelijk is gesteld voor de schade als gevolg van onzorgvuldig handelen of een medische fout dient altijd direct contact op te nemen met zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. De verzekeraar zal de aansprakelijkheidsvraag beoordelen en afhandelen. De arts dient dus richting patiënt nooit zelf in te gaan op de aansprakelijkheidsstelling of zijn aansprakelijkheid te erkennen. Iets anders is dat artsen, als zij menen dat er iets fout is gegaan, dit wél tegenover de patiënt of zijn vertegenwoordiger mogen toegeven en excuses daarvoor mogen aanbieden. Dat kan zelfs veel ellende en belastende procedures voorkómen.

Is de patiënt van mening dat hij schade heeft geleden als gevolg van onzorgvuldigheden tijdens zijn behandeling in het ziekenhuis, dan biedt de WGBO hem de mogelijkheid om (de directie of het bestuur van) het ziekenhuis daarvoor aansprakelijk te stellen. Dit betekent dat de patiënt niet meer eerst hoeft na te gaan wie de tekortkoming precies heeft veroorzaakt in het ziekenhuis. Sinds een aantal jaren bestaat binnen een aantal ziekenhuizen ook de mogelijkheid een geschil over zaakschade en/of personenschade tussen patiënt en ziekenhuis tot een bedrag van maximaal € 5000,- aan de landelijke geschillencommissie ziekenhuizen voor te leggen (zie ook www.sgc.nl/ziekenhuizen). Een groot aantal Nederlandse ziekenhuizen kent deze geschillenregeling.

Voorwaarde voor het in behandeling nemen van het geschil is, dat in eerste instantie geen overeenstemming kon worden bereikt tussen partijen over de aansprakelijkheid en/of het schadebedrag. Voor geleden schade als gevolg van gebruik van (niet voorzienbare) ondeugdelijke producten (bijvoorbeeld apparaten of medicijnen) zal de patiënt, net als voorheen, niet het ziekenhuis maar de producent aansprakelijk moeten stellen.

8.5 Bijstand door een advocaat?

Bij de hierboven genoemde laagdrempelige en meer hoogdrempelige procedures kunnen zowel de arts als de patiënt zich laten bijstaan door een advocaat. Dat geldt ook voor een procedure bij het tuchtcollege. Bijstand door een advocaat is niet verplicht. Bij de procedures voor de civiele rechter is een advocaat niet verplicht als de ingediende claim minder dan € 5.000,- bedraagt. Daarboven dus wel. Ook in de in paragraaf 8.3. genoemde strafprocedures tegen artsen is bijstand door een advocaat niet verplicht maar zeer gewenst. De advocaatkosten kunnen soms hoog oplopen, zeker als deze niet voor vergoeding door een rechtsbijstandsverzekering in aanmerking komen. Het afsluiten van een rechtsbijstandsverzekering is dan ook zeker het overwegen waard.

De verzekeraar vergoedt gewoonlijk echter niet de kosten van rechtsbijstand bij zogenaamde opzet-delicten, bijvoorbeeld het aangaan van een seksuele relatie met een patiënt. In geval van euthanasie of hulp bij zelfdoding vergoeden sommige rechtsbijstandsverzekeraars alleen de kosten als de arts zich houdt aan de

KNMG-zorgvuldigheidscriteria. Rechtsbijstands- (en beroepsaansprakelijkheids) verzekeringen kunnen ook collectief worden afgesloten. Binnen ziekenhuizen of instellingen is dat vaak het geval ('paraplu-verzekering').

9. Samenvatting

In deze brochure wordt in hoofdlijnen aangegeven welke rechten de patiënt op grond van de huidige wetgeving heeft. Een belangrijke leidraad vormt daarbij de Wet geneeskundige behandelings overeenkomst (WGBO) die op 1 april 1995 in werking is getreden. Ingevolge deze wet sluiten arts en patiënt een behandelcontract waaraan rechten en plichten voor beide partijen zijn verbonden. Voor de praktijk is het met name van belang dat de arts 'informed consent' van de patiënt heeft verkregen vóór het uitvoeren van een behandeling of een onderzoek.

Dit betekent dat de patiënt toestemming geeft op basis van heldere informatie die de patiënt van de arts gekregen heeft over de ingreep, de risico's en eventuele alternatieve behandelingsmethoden (hoofdstukken 2 en 3).

Een andere belangrijke plicht van de arts is om op zorgvuldige wijze de patiëntgegevens in een dossier vast te leggen. Zorgvuldige verslaglegging is niet alleen van belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg (voor de arts zelf, maar bijvoorbeeld ook voor diens waarnemer of opvolger), maar eveneens voor de verantwoording en de toetsbaarheid van het medisch handelen achteraf. Het dossier moet in beginsel tien jaar bewaard worden. In de WGBO wordt aan de patiënt een aantal rechten toegekend, zoals het recht op inzage en afschrift. De WGBO heeft slechts één beperking op deze rechten toegelaten; inzage en afschrift mogen niet worden gegeven in die gegevens waardoor de privacy van een ander wordt geschonden (hoofdstuk 4).

De rechten van patiënten onder de 12 jaar worden door de ouder(s) of gezagdragende ouder uitgeoefend. Tussen 12-16 jaar door ouder(s)/gezagdragende ouder en minderjarige gezamenlijk. Patiënten van 16 jaar en ouder kunnen hun rechten zelfstandig uitoefenen. Wilsonbekwame patiënten worden vertegenwoordigd door specifiek in de WGBO aangewezen personen (hoofdstuk 7).

10. Literatuur

- KNMG-consult 'Arts en schriftelijke wilsverklaringen', Vademecum V.4
- KNMG-standpunt inzake medische aansprakelijkheid en de bewijslast van de arts, Utrecht, 1994, Medisch Contact nr. 5-1995, p. 161-166
- KNMG-standpunt 'Advies van de KNMG inzake overdracht patiëntendossier na vertrek huisarts zonder opvolging', Vademecum V.10
- KNMG 'Gedragsregels voor artsen', Vademecum II.1
- KNMG-consult 'Arts en politie', Vademecum IX.2
- KNMG 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens', Vademecum II.3
- KNMG 'Arts en wet BIG', Vademecum IV.2
- KNMG Code samenwerking bij arbeidsverzuim, Vademecum VII.1
- KNMG Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg, Vademecum VIII.1
- KNMG/NPCF Modelregeling Arts-Patiënt, Vademecum V.1
- KNMG-consult 'Arts en klacht of geschil', Vademecum VIII.2
- KNMG-consult Informed consent, Vademecum V.3
- KNMG Handleiding voor artsen Privacy-wetgeving en het omgaan met patiëntgegevens, Vademecum V.5
- F. de Graaf en C. Lameer, Medische beroepsgeheim onder druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1995
- J.K.M. Gevers, De rechter en het medisch handelen, Serie Gezondheidsrecht 12, Kluwer, Deventer 1998 derde druk
- J. Legemaate, De Wgbo: van tekst naar toepassing, Houten/Diegem 19983
- H.J.J. Leenen, Handboek Gezondheidsrecht, Deel II, vierde druk, bewerkt door H.J.J. Leenen en J.K.M. Gevers, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 2000
- Advies 'WGBO en bedrijfsarts', uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de NVAB, 2000
- W.R. Kastelein, Gewichtige redenen. Beëindigen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst kritisch getoetst, Medisch Contact 2002; 57(40)

11. Nog vragen

Artsen die aangesloten zijn bij de (federatie) KNMG kunnen zich wenden tot het secretariaat van de KNMG voor gratis advies over vragen naar aanleiding van deze brochure of andere juridische aangelegenheden. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het al dan niet afgeven van geneeskundige verklaringen, de voorwaarden voor het verstrekken van informatie aan derden, bijvoorbeeld aan een verzekeraar of de politie, het beoordelen van het privacyreglement binnen uw maatschap of praktijk wordt gebruikt, het inzagerecht en andere patiëntenrechten.

Voor meer informatie kunt u telefonisch contact opnemen via tel. (030) 28 23 322.

Daarnaast kunnen alle KNMG-leden bij het secretariaat terecht voor gratis ondersteuning bij een klacht (zie hoofdstuk 8). Een jurist en een arts zijn u behulpzaam bij het schrijven van een verweer en kunnen u informeren en adviseren over de klachtenprocedure waarmee u geconfronteerd bent en over een eventueel in te schakelen advocaat. Contactpersoon is mw. mr. R.M.S. Doppegieter, tel. (030) 28 23 765.

12. Noten

1. Zie ook het KNMG-consult 'Informed consent' (zie literatuurlijst in hoofdstuk 10), waarin nader op dit onderwerp wordt ingegaan.
2. Overal waar zowel bij 'de patiënt' als bij 'de arts' de mannelijke vorm wordt gebruikt dient ook de vrouwelijke vorm gelezen te worden.
3. Zie ook het KNMG-consult 'Informed consent' (zie literatuurlijst in hoofdstuk 10), waarin nader op dit onderwerp wordt ingegaan.
4. Besluit van 3 november 1993, houdende regels omtrent het beheer van de patiëntendossier, de kennisneming van de daarin opgenomen gegevens en de daarbij bewaarde stukken en de verbetering van de gegevens (Besluit patiëntendossier BOPZ), Staatsblad 1993, 562 en gewijzigd bij Staatsblad 1996, 261.
5. Besluit van 9 maart 1994, waarbij de lijst van voor vernietiging in aanmerking komende archiefbescheiden van de academische ziekenhuizen van openbare universiteiten wordt aangevuld met een categorie betreffende medische (patiënten)dossiers, Staatscourant 1994, 78.
6. Zie ook het artikel Mag een arts de behandelingsovereenkomst eenzijdig opzeggen?, R.M.S. Doppegieter, Medisch Contact 1998, nr. 37, p. 1161-1163.
7. Zie ook 'Wettelijke vertegenwoordigers van het kind ten aanzien van de WGBO; meer vertegenwoordigers door nieuw familierecht', E.H. Hulst, NTVG 1999 12 juni; 143 (24), p. 1268-1271.
8. Ingevolge art. 1:377c Burgerlijk Wetboek.