

Wijziging van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, de Jeugdwet en enkele andere wetten ter verbetering van patiëntgerichte zorg en het opnemen van een wettelijke regeling voor het inzagerecht in het medisch dossier van een overleden patiënt

INHOUD

ALGEMEEN DEEL	p. 2
1. Inleiding	p. 2
2. Wijzigingen ten behoeve van patiëntgerichte zorg	p. 2
2.1 Samen beslissen	p. 2
2.1.1 De patiënt als gesprekspartner	p. 4
2.1.2 Samen beslissen in de praktijk	p. 4
2.1.3 Wat samen beslissen oplevert	p. 5
2.2 Aantekening in medisch dossier van besluit tot ingrijpende verrichting	p. 6
2.3 Aantekening in medisch dossier van wilsonbekwaamheid	p. 6
2.4 Verlenging bewaartermijn van medisch dossier	p. 7
2.4.1 Algemeen	p. 7
2.4.2 Advies Gezondheidsraad	p. 8
2.4.3 Voorstel tot verlenging en onderbouwing daarvan	p. 8
3. Inzagerecht voor nabestaanden	p. 10
3.1 Aanleiding om het inzagerecht voor nabestaanden wettelijk te regelen	p. 10
3.2 Inzagerecht nabestaanden	p. 12
3.3 Inzagerecht voormalig vertegenwoordiger	p. 14
3.4 Inzagerecht ouders van een overleden kind tot en met zeventien jaar	p. 15
3.5 Nadere voorwaarden voor inzagerecht	p. 15
4. Verhouding tot bestaande regelgeving	p. 16
5. Uitvoering en handhaving	p. 17
6. Gevolgen voor burgers, bedrijfsleven en overheid en regeldruk	p. 17
7. Advisering en consultatie	p. 19
8. Inwerkingtreding	p. 19
ARTIKELSGEWIJS DEEL	p. 20

ALGEMEEN DEEL

1 Inleiding

Dit wetsvoorstel wijzigt Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: 'BW'), inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze afdeling is in het BW opgenomen bij de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: 'WGBO'). De afdeling wordt hierna aangehaald als 'de WGBO'. In de WGBO is de rechtspositie van de patiënt¹ verduidelijkt en versterkt. In de WGBO is bijvoorbeeld geregeld dat de hulpverlener toestemming nodig heeft van de patiënt voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst,² een medisch dossier over de behandeling van de patiënt dient bij te houden³ en de patiënt dient in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling.⁴ Om de rechtspositie van de patiënt in de WGBO verder te verduidelijken en te versterken wordt voorgesteld om de WGBO op een aantal punten te wijzigen:

1. verduidelijkt wordt dat de hulpverlener en de patiënt samen beslissen over een voorgenomen onderzoek en een voorgestelde behandeling (zie § 2.1);
2. in samenhang daarmee wordt opgenomen dat de hulpverlener in het medisch dossier aantekening maakt van de toestemming van de patiënt voor een ingrijpende verrichting (zie § 2.2);
3. bepaald wordt dat de hulpverlener in het medisch dossier aantekening maakt van het feit dat de patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam wordt geacht (zie § 2.3); en
4. de bewaartermijn van het medisch dossier wordt verlengd van vijftien naar twintig jaar (zie § 2.4).

Naast deze wijzigingen die bijdragen aan patiëntgerichte zorg wordt voorgesteld om het inzagerecht van nabestaanden in het medisch dossier na overlijden van de patiënt in de WGBO vast te leggen (zie hoofdstuk 3).

In de Jeugdwet is voor de verlening van jeugdhulp, voor zover daarbij niet reeds sprake is van een geneeskundige behandeling waarop de WGBO van toepassing is, en voor de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering aangesloten bij de WGBO. Daarom worden de overeenkomende bepalingen in de Jeugdwet met dit wetsvoorstel ook gewijzigd (zie Artikel II van het wetsvoorstel). Hetgeen in het algemeen deel van deze memorie van toelichting wordt opgemerkt over de geneeskundige behandeling, geldt daarom ook voor de verlening van (overige vormen van) jeugdhulp op grond van de Jeugdwet.

In het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (hierna: 'Wcz') werd voorgesteld de bepalingen van de WGBO op te nemen in dat wetsvoorstel en op enkele punten aan te passen.⁵ Tijdens de behandeling van de Wcz in de Tweede Kamer is echter besloten het wetsvoorstel niet in zijn oorspronkelijke vorm te behandelen. In de brief 'Van systemen naar mensen'⁶ is aangekondigd dat de vijf belangrijkste onderwerpen uit de Wcz geregeld zullen worden in afzonderlijke wetsvoorstellen, waaronder een wijziging van de WGBO, die daarmee als onderdeel van het BW blijft bestaan. Voorliggend wetsvoorstel geeft hier uitvoering aan.

2 Wijzigingen ten behoeve van patiëntgerichte zorg

2.1 Samen beslissen

Van oudsher is de zorg ingericht volgens het medisch model, waarbij het advies van de hulpverlener leidend is in plaats van de wens van de patiënt. Dit beeld van de zorg is veranderd. Juist door patiëntgerichte zorg, door maatwerk te leveren, komt goede zorg⁷ tot stand. Daarvoor is het gesprek tussen hulpverlener en patiënt cruciaal. In de praktijk gaan de meeste hulpverleners in het gesprek met de patiënt in meer of mindere mate

¹ In de WGBO wordt de term patiënt gehanteerd. In andere regelgeving met betrekking tot de zorg wordt hiervoor ook de term cliënt gehanteerd.

² Artikel 7:450 BW.

³ Artikel 7:454 BW.

⁴ Artikel 7:448 BW.

⁵ Kamerstukken II, 2009/10, 32 402, nrs. 2 en 3.

⁶ Kamerstukken II, 2012/13, 32 620, nr. 78.

⁷ Artikel 2, eerste lid, Wkkgz.

een dialoog aan, maar dit is nog niet altijd vanzelfsprekend. Voorgesteld wordt daarom om in de WGBO te benadrukken dat de hulpverlener naast het informeren van een patiënt een dialoog voert en niet kan volstaan met eenzijdige informatieverschaffing over het door hem geadviseerde onderzoek of behandeling. Daarbij komen de alternatieven (ook die andere hulpverleners kunnen bieden en de optie van niet behandelen) en voor- en nadelen daarvan aan bod. De hulpverlener is daarbij deskundig op medisch gebied en weet wat helpt bij de meeste mensen. De patiënt heeft zijn eigen voorkeuren, kent zijn eigen lichaam en weet wat wel en niet bij hem past. De hulpverlener nodigt de patiënt in het gesprek uit om te vertellen in welke mate de patiënt betrokken wil zijn bij de besluitvorming en wat zijn persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de behandeling of het onderzoek zijn. Hierdoor ontstaat een zo goed mogelijk beeld van de persoonlijke situatie en wensen van de patiënt. Op deze manier is samen beslissen maatwerk, waarbij het van belang is dat de hulpverlener in het gesprek aansluit bij de belevingswereld, het bevattingsvermogen (waaronder lees- en schrijfvaardigheden), culturele achtergrond en de behoefte en situatie van de individuele patiënt.

Het is wenselijk dat de patiënt in dit overleg ook vragen kan stellen, dat een hulpverlener daar ook ruimte voor biedt en de tijd neemt om de vragen te beantwoorden. Ook door de patiënt verzamelde informatie (via internet, literatuur en behandelingen in het alternatieve circuit) en de daarop gebaseerde ideeën van de patiënt over bijvoorbeeld effectiviteit, risico's en bijwerkingen, kunnen hierbij betrokken worden. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (hierna: 'RVZ') geeft hierover in zijn Thematische Wetsevaluatie 'Zelfbeschikking in de zorg' aan, dat de zelfbeschikking van de patiënt alleen volledig tot haar recht komt als ook de door de patiënt ingebrachte informatie aan bod komt.⁸

Doel van dit gesprek tussen de hulpverlener en de patiënt is dat de informatieongelijkheid tussen hen zoveel mogelijk wordt overbrugd, zodat de hulpverlener en de patiënt het zo veel mogelijk eens kunnen worden over welke behandeling of welk onderzoek het beste past bij de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Er kan ook voor worden gekozen om niet te behandelen. Het overleg moet in alle gevallen plaatsvinden, dus zowel bij ingrijpende verrichtingen, zoals operaties met implantaten, als bij meer standaardverrichtingen.

Daarbij moet de hulpverlener ook aan de orde stellen of de patiënt naast het gesprek informatie wil ontvangen die hem ondersteunt bij het maken van zijn keuze. Uit het burgerinitiatief 'Schriftelijke informatieplicht medische behandelingsovereenkomst', dat binnen 48 uur tot ongeveer 57.000 steunbetuigingen leidde, bleek dat veel patiënten hier behoefte aan hebben.⁹ Dat de hulpverlener hier het voortouw neemt, is belangrijk. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat patiënten zich in een afhankelijkheidsrelatie bevinden en daarin vaak vergeten om de benodigde informatie te vragen. Ook de wens om geen lastige patiënt gevonden te worden, bleek een belangrijke belemmerende factor.¹⁰

Het kan dan gaan om een verwijzing naar een betrouwbare website, een folder, een toelichtende film of contact met lotgenoten. Het gaat niet alleen over informatie over de behandeling zelf, maar ook bijvoorbeeld over keuze-ondersteunende informatie, zoals een keuzehulp¹¹ of patiëntrichtlijn.¹²

Onderdeel van de dialoog tussen hulpverlener en patiënt is ook dat de hulpverlener aan het einde van het gesprek nagaat of de patiënt de door de hulpverlener aan de patiënt verstrekte informatie heeft begrepen. Het gaat hier om een inspanningsverplichting: het 'nagaan of informatie is begrepen' staat niet gelijk aan het verzekeren dat informatie ook echt begrepen is. Dit laatste is niet altijd mogelijk en valt niet onder de

⁸ 'Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg', ZonMW, juni 2013, Reeks evaluatie regelgeving: deel 34, p. 51.

⁹ Kamerstukken II, 2014/15, 33 898, nr. 1 en Kamerstukken II, 2014/15, 33 898, nr. 42.

¹⁰ I. Henselmans & I.R. van Bruinessen, 'Mondigheid in de spreekkamer: waarom is het moeilijk en kun je het leren?', Psychosociale Oncologie, vol. 22, 2014, nr. 4.

¹¹ Keuzehulpen of *decision aids* bieden patiënten voldoende informatie om bewust een keuze te kunnen maken tussen verschillende onderzoeken of behandelingen. Bijvoorbeeld de keuze bij borstkanker voor een amputatie of een borstbesparende behandeling. Keuzehulpen leggen de wetenschappelijke kennis naast de voorkeur van de patiënt. Door het gebruik van keuzehulpen worden patiënten gestimuleerd om eigen voorkeuren aan te geven en daarover te praten met hun hulpverlener.

¹² Een patiëntenrichtlijn is een patiëntenversie van een kwaliteitsstandaard, waarbij de informatie in begrijpelijke taal is opgeschreven en/of in een korte film wordt toegelicht. Een kwaliteitsstandaard beschrijft de indicatiestelling, de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces. Deze standaard bevat niet alleen de meest recente wetenschappelijke inzichten over de medische kant van de zorg, maar ook de beste inzichten over de manier waarop de patiënt moet worden betrokken bij zijn behandeling en de keuze die hij daarin heeft.

verantwoordelijkheid van de hulpverlener. Het is belangrijk dat de hulpverlener een gesprek met zijn patiënt hiermee afsluit, omdat het begrijpen van de verstrekte informatie essentieel is voor de keuzevrijheid van de patiënt. Dit is een belangrijk onderdeel van het zelfbeschikkingsrecht. Zonder een goed begrip van de besproken informatie is zelfbeschikking immers lastig. In geval van ingrijpende verrichtingen, zoals het inbrengen van een implantaat, is het nagaan of de patiënt de verstrekte informatie heeft begrepen van nog groter belang. Deze verrichtingen brengen immers meer risico's met zich en brengen een grotere inbreuk op de lichamelijke integriteit met zich.

Het samen beslissen is onderdeel van het behandeltraject als geheel. Om goed aan te kunnen sluiten bij de behoefte van de patiënt is het van belang dat de hulpverlener de patiënt niet alleen voorafgaand aan, maar ook tijdens en na een onderzoek of behandeling informeert, met de patiënt overlegt en de benodigde informatie of bijvoorbeeld keuzeondersteunende informatie tijdig verstrekt. De patiënt heeft bijvoorbeeld het recht om goed geïnformeerd te worden als de hulpverlener nieuwe informatie heeft over de verrichtingen die concreet moeten plaatsvinden, over onverwachte ingrepen of over vervolgstappen na het optreden van een complicatie of een fout.¹³ Zo wordt stap voor stap gezamenlijk bekeken wat de beste opties zijn, gegeven de omstandigheden en de prioriteiten van de patiënt. De patiënt kan dan zo nodig toestemming weigeren of terugkomen op een eerder gegeven toestemming. Uit evaluatie blijkt dat patiënten het niet als vanzelfsprekend zien dat ze terug kunnen komen op een eerder gegeven toestemming.¹⁴ Het is de bedoeling dat hiervoor, door overleg tussen de hulpverlener en zijn patiënt, meer ruimte komt.

2.1.1 De patiënt als gesprekspartner

Samen beslissen vraagt ook iets van de patiënt. Het is van belang dat de patiënt de juiste vragen kan stellen en nadenkt over wat voor hem belangrijk is. Door de hulpverlener te vertellen wat hij wil, ontstaat een zo goed mogelijk beeld van de persoonlijke situatie en wensen van de patiënt. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat mondigheid in de spreekkamer niet voor alle patiënten is weggelegd.¹⁵ Vanuit de praktijk worden daarom diverse initiatieven ontwikkeld om patiënten hierbij te helpen. Op deze initiatieven wordt in de volgende paragraaf ingegaan. De patiënt is overigens op grond van de WGBO al verplicht om de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en medewerking te geven die deze redelijkerwijs nodig heeft voor het kunnen verlenen van goede zorg.¹⁶

Sommige patiënten willen liever niet geïnformeerd worden of willen niet participeren in de besluitvorming.¹⁷ Als patiënten in het gesprek aangeven dat ze het aan de hulpverlener willen overlaten en daarom instemmen met wat de hulpverlener voorstelt, kan dat. Wel blijkt uit onderzoek onder patiënten met kanker dat het van belang is dat zoveel mogelijk het besluitvormingsproces met de patiënt wordt doorlopen alvorens deze een beslissing neemt, omdat aan het einde van het gesprek met de hulpverleners meer patiënten een beslissing willen nemen dan aan het begin van het gesprek.¹⁸

2.1.2 Samen beslissen in de praktijk

Om te realiseren dat de hulpverlener en de patiënt meer 'samen beslissen', worden verschillende instrumenten ingezet, waaronder deze wijziging van de WGBO. Naast deze wetswijziging wordt ook door de sector (organisaties van patiënten, zorgaanbieders en hulpverleners) ingezet op meer bewustwording over het belang van samen beslissen, vergroting van kennis en vaardigheden van zowel de hulpverlener als de patiënt en ontwikkeling van keuze-instrumenten. Voor een belangrijk deel is dit terug te vinden onder de (geplande)

¹³ 'Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg', ZonMW, juni 2013, Reeks evaluatie regelgeving: deel 34, p. 58 en 60.

¹⁴ 'Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg', ZonMW, juni 2013, Reeks evaluatie regelgeving: deel 34, p. 54, 59, 162 en 179.

¹⁵ I. Henselmans, I.R. van Bruinessen, 'Mondigheid in de spreekkamer: waarom is het moeilijk en kun je het leren?', Psychosociale Oncologie, vol. 22, 2014, nr. 4. Zie in dit verband ook Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en de zorg, De participerende patiënt, publicatienummer 13/02, p.63.

¹⁶ Zie artikel 7:452 BW.

¹⁷ Vgl. artikel 7:449 BW.

¹⁸ J.J. van Tol-Geerdink, P.F. Stalmeier, E.N. van Lin, E.C. Schimmel, H. Huizenga, W.A. van Daal & J.W. Leer, 'Do prostate cancer patients want to choose their own radiation treatment', Int. J.

activiteiten in het kader van 'Het jaar van de transparantie'.¹⁹ Zo zijn er bewustwordingscampagnes, zoals de campagne '3 goede vragen' van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (hierna: 'NPCF') met de Orde van Medisch Specialisten (hierna: 'OMS') die er met name op is gericht om de patiënt te ondersteunen bij het gesprek met zijn hulpverlener.²⁰ Dat gebeurt aan de hand van drie vragen, die het voor patiënt en hulpverlener mogelijk maken om op basis van gerichte informatie een keuze te maken. Het gaat dan om de volgende vragen:

- Wat zijn mijn mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
- Wat betekent dat in mijn situatie?

Een ander voorbeeld is de campagne 'Verstandig Kiezen'. Hierin werken de OMS, de wetenschappelijke verenigingen en ZonMW samen om patiënten te ondersteunen bij gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg. De NPCF participeert ook en is nauw betrokken bij de implementatie hiervan.²¹

Ook komt er veel begrijpelijke informatie voor patiënten en zorgverleners beschikbaar die ondersteunend kan werken in de spreekkamer. Hierbij kan gedacht worden aan ontwikkeling van behandelkeuzehulpen en *option-grids* waarmee patiënten en zorgverleners worden ondersteund in het nemen van gezamenlijke beslissingen over behandelopties. De bestaande informatie voor patiënten wordt door het Zorginstituut vindbaar en inzichtelijk gemaakt via Kiesbeter.nl. Door de mogelijkheid tot doorlinken via KiesBeter.nl naar bijvoorbeeld www.zorgkaartnederland.nl of www.thuisarts.nl, wordt de patiënt betrouwbare informatie geboden. Naast dit soort activiteiten is ook in opleidingen van hulpverleners en in aanvullende programma's steeds meer aandacht voor de communicatieve vaardigheden van de hulpverleners.

2.1.3 Wat samen beslissen oplevert

Samen beslissen heeft verschillende positieve effecten. Het kan de tevredenheid van patiënten vergroten en patiënten kunnen minder problemen hebben met het maken van een keuze.²² Op termijn kan dit leiden tot meer vertrouwen in en een betere relatie met de hulpverlener. Bovendien zal de patiënt eerder geneigd zijn om de behandeladviezen trouw te volgen.²³ Klachten en eventuele rechterlijke procedures worden hiermee mogelijk voorkomen.

Ook uit de evaluatie van de zorgplanbespreking in de langdurige zorg blijkt dat een bespreking met iedere patiënt over de zorgverlening, positieve effecten heeft op de betrokkenheid van patiënten. Hierbij staan de wensen, mogelijkheden en behoeften van de patiënt centraal. Waar in 2006 slechts 50% van de patiënten betrokken werd bij het opstellen van het zorgplan, is dat in 2013 gestegen naar 92%.²⁴ Deze parallel doortrekkend naar de curatieve zorg is de verwachting dat het overleg van de hulpverlener met de patiënt in de curatieve zorg een vergelijkbaar effect op de betrokkenheid van patiënten zal hebben.

Tot slot blijkt uit onderzoek dat de meerderheid van de patiënten de voorkeur geeft aan samen beslissen en dat dit aantal toeneemt.²⁵ Dat patiënten samen beslissen belangrijk vinden blijkt ook uit een meldactie van de NPCF over samen beslissen.²⁶ Uit onderzoek van ZonMW blijkt dat patiënten dit belangrijker vinden dan formele toestemmingsregelingen.²⁷ Ook civiel- en tuchtrechtelijke jurisprudentie laat zien dat de

¹⁹ Kamerstukken II, 2014/15, 31 765, nr. 116.

²⁰ Zie www.3goedevragen.nl.

²¹ Zie <http://www.kwaliteitskoepel.nl/verstandig-kiezen/samen-beslissen.html>.

²² Aubree Shay L., PhD, Elston Lafata J., PhD, 'Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes', Medical Decision making, januari 2015, p. 129.

²³ Aubree Shay L., PhD, Elston Lafata J., PhD, 'Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes Medical Decision making', januari 2015, p. 128.

²⁴ Deloitte, 'Eindrapportage en evaluatie Besluit zorgplanbespreking', 11 februari 2013, kenmerk 311342553, p. 25.

²⁵ Aubree Shay L., PhD, Elston Lafata J., PhD, 'Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes Medical Decision making', januari 2015, p. 114.

²⁶ NPCF meldactie over samen beslissen; 70% van de 8200 deelnemers geeft aan dat het voor hen belangrijk is dat ze samen met de arts tot een keuze komen, nog eens 28% wilde dat soms.

²⁷ 'Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg', ZonMW, juni 2013, Reeks evaluatie regelgeving: deel 34, p. 211.

informatievoorziening aan patiënten aandacht verdient.²⁸ Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan rechtspraak waarin wordt beoordeeld of een patiënt voldoende is ingelicht over de risico's van cosmetische ingrepen (het lekken of scheuren van borstimplantaten²⁹ of de gevolgen van anti-rimpelbehandelingen³⁰), maar ook of voor de patiënt het onderscheid tussen reguliere en niet reguliere behandelingen voldoende duidelijk is.³¹

2.2 Aantekening in medisch dossier van besluit tot ingrijpende verrichting

Uit het recht van de patiënt op eerbiediging van de lichamelijke en geestelijke integriteit vloeit voort dat de hulpverlener de toestemming van de patiënt behoeft, voordat hij overgaat tot het uitvoeren van een verrichting. Dit is ook de reden dat het geven van toestemming voor het uitvoeren van dergelijke verrichtingen in de WGBO is vastgelegd.³² Uit de praktijk blijkt dat hulpverleners de toestemming van de patiënt voor een onderzoek of behandeling vaak te gemakkelijk veronderstellen.³³ De toestemming wordt bijvoorbeeld niet expliciet gegeven, maar afgeleid uit de omstandigheden. Van deze omstandigheden is bijvoorbeeld sprake als de hulpverlener de toestemming uit gedragingen afleidt.³⁴

Voorgesteld wordt daarom om te voorzien in een verplichting voor de hulpverlener om een aantekening in het medisch dossier te maken van de toestemming van de patiënt voor een ingrijpende verrichting. Deze voorgestelde wijziging sluit aan bij de voorgestelde wijziging met betrekking tot het samen beslissen van hulpverlener en patiënt over een voorgenomen onderzoek of behandeling. Er wordt hierdoor in het gesprek tussen hulpverlener en patiënt een moment gecreëerd waarbij bewust wordt stilgestaan bij de vereiste toestemming van de patiënt voor een behandeling of onderzoek.

Het kabinet meent dat wanneer sprake is van een verrichting van ingrijpende aard, de toestemming, tenzij sprake is van een bijzondere situatie (zoals spoed), niet verondersteld mag worden. Dergelijke verrichtingen betekenen immers een grotere inbreuk op de lichamelijke integriteit van de patiënt en brengen grotere risico's met zich mee dan verrichtingen van niet ingrijpende aard. Niet-ingrijpende verrichtingen zijn verrichtingen waarvan – gegeven de indicatie – enerzijds niemand in redelijkheid de noodzaak en wenselijkheid zal willen betwisten en waarvan anderzijds vaststaat dat de uitvoering ervan niet gepaard zal gaan met aanmerkelijke risico's of belasting.³⁵

Omdat de patiënt zich mogelijk niet of onvoldoende realiseert dat hij instemt met een ingrijpende verrichting, en hij niet weet dat hij kan vragen om de gegeven toestemming vast te leggen in het medisch dossier, is het onderdeel van goede zorg als de hulpverlener dit met de patiënt zoveel mogelijk in gezamenlijkheid bespreekt en de toestemming daarvoor uitdrukkelijk vraagt en vastlegt.

Doordat de patiënt expliciet wordt gevraagd om in te stemmen met een ingrijpende verrichting is de patiënt zich daardoor beter bewust van de ingrijpendheid daarvan, waardoor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt volledig tot zijn recht komt.

2.3 Aantekening in medisch dossier van wilsonbekwaamheid

Er is sprake van een inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt wanneer een arts een handeling van geneeskundige aard uitvoert zonder toestemming van de patiënt. Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is, kan een in de WGBO bepaalde persoon (artikel 7:465 BW), zoals de mentor of de partner van een patiënt, als vertegenwoordiger in plaats van de patiënt toestemming geven voor het uitvoeren van een dergelijke handeling. Aangezien het hier om een grote inbreuk op het voornoemde recht van de patiënt gaat, is het van belang dat dit oordeel van de hulpverlener toetsbaar is en wordt vastgelegd in het medisch dossier.

²⁸ KNMG, 'brochure Informed consent', bijlage 2 <http://knmg.artsenet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62853/Informed-consent-2001.htm>.

²⁹ Hof 's-Hertogenbosch, 25 november 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:4936.

³⁰ RTG Eindhoven, 13 oktober 2014, ECLI:NL:TGZREIN:2014:84.

³¹ Hof Amsterdam, 15 december 2014, ECLI:NL:GHAMS:2014:5228 en Hof Arnhem 16 december 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BO7698.

³² Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 12.

³³ 'Evaluatie van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst', ZonMW, 16 augustus 2000, ISBN 90-5763-015-X, p. 11, 12, 26, 97, 98 en 330.

³⁴ 'Van Wet naar praktijk, implementatie van de WGBO, deel 2, informatie en toestemming', Utrecht, juni 2004, bijlage 4 (Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming voor een onderzoek of behandeling), p. 29.

³⁵ Zie L.E. Kalkman-Bogerd, A.C. Hendriks & D.P. Engberts, Gezondheidsrecht, p. 25.

Voorgesteld wordt om in de WGBO een verplichting voor de hulpverlener op te nemen dat hij een aantekening in het medisch dossier maakt van zijn oordeel dat de patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam (niet in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen ter zake of in het algemeen) is. Daarbij zal een goede hulpverlener ook de naam van de persoon die voor de patiënt optreedt, vermelden. Normaal gesproken beslist een patiënt zelf of hij een medische behandeling wil ondergaan of niet. Als een hulpverlener de indruk heeft dat de patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam is en er aanleiding is over deze wilsonbekwaamheid een beslissing te nemen, zal hij overgaan tot beoordeling hiervan. In de praktijk zal de hulpverlener er naar streven om zo min mogelijk de keuzevrijheid van zijn patiënt aan de orde te hoeven stellen, door bijvoorbeeld een gesprek op een ander moment met de patiënt te voeren. Als desondanks toch tot een oordeel van wilsonbekwaamheid moet worden gekomen, moet de periode en de omvang van de beperking van het zelfbeschikkingsrecht zo kort en zo klein mogelijk worden gehouden. Daarbij kan ook de vertegenwoordiger van de patiënt worden geraadpleegd, bijvoorbeeld om aan de hulpverlener aanvullende informatie te geven over eventuele (eerdere) beperkingen van de wilsbekwaamheid. Op de wijze waarop een hulpverlener tot een oordeel van (gehele of gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid dient te komen wordt ingegaan in handleidingen, handreikingen en richtlijnen.³⁶ Wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd en kan variëren per beslissings- of handelingsdomein.

Als de hulpverlener tot het besluit komt dat sprake is van (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid van de patiënt, zal hij deze beoordeling indien mogelijk met de vertegenwoordiger bespreken. De vertegenwoordiger kan in plaats van de patiënt toestemming geven voor het uitvoeren van een verrichting. Bij afwezigheid van een vertegenwoordiger beslist de hulpverlener zelf. Het oordeel van een hulpverlener of iemand in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen bij het nemen van (medische) beslissingen, kan derhalve verstrekende consequenties hebben voor het zelfbeschikkingrecht van de patiënt. Daarom is het van belang dat de oordeelsvorming van de hulpverlener zorgvuldig geschiedt en eenvoudiger toetsbaar wordt. Bij het motiveren van dit oordeel is het daarom van belang om aan te geven op welke gronden de hulpverlener tot dit oordeel is gekomen. De wilsonbekwaamheid wordt vastgesteld ten aanzien van een bepaalde handeling. Dit betekent dus dat in beginsel per handeling moet worden beoordeeld of de patiënt ten aanzien van die handeling bekwaam is om toestemming te geven.

Een vertegenwoordiger, de patiënt of beiden kunnen in voorkomende gevallen een klacht indienen als zij het niet eens zijn met het oordeel van de hulpverlener over de wilsbekwaamheid.³⁷ Voor zover in de organisatie aanwezig, kan dit decentraal bij bijvoorbeeld een klachtenfunctionaris of cliëntvertrouwenspersoon of door een gesprek met de hulpverlener zelf. Met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: 'Wkkgz') wordt klachtafhandeling door de zorgaanbieder geborgd door in eerste instantie te streven naar een laagdrempelige afdoening van klachten door een klachtenfunctionaris. Indien men er onderling niet uitkomt, kan de verplichte onafhankelijke geschilleninstantie uitkomst bieden. Ook kan een dergelijk oordeel van de geschilleninstantie via het tuchtrecht of bij de civiele rechter ter toetsing worden voorgelegd.

2.4 Verlenging bewaartermijn van medisch dossier

Ontwikkelingen in de geneeskunde leiden ertoe dat verlenging van de bewaartermijn van medische dossiers noodzakelijk is om de goede zorgverlening aan patiënten te waarborgen. De Gezondheidsraad heeft hiertoe eerder geadviseerd.³⁸ Het kabinet stelt voor om de bewaartermijn van vijftien jaar te verlengen naar twintig jaar. Daarnaast wordt voorgesteld dat de patiënt, na afloop van de bewaartermijn, aan de hulpverlener kan verzoeken om zijn dossier langer te bewaren. De hulpverlener kan de patiënt ook op het belang daarvan wijzen.

2.4.1 Algemeen

36 Zie 'Van Wet naar Praktijk, implementatie van de WGBO, deel 2, Informatie en toestemming', Utrecht, juni 2004, bijlage 5 (Handleiding voor artsen over informatie en toestemming), 6 (Handleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden over informatie en toestemming) en 9 (Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid); Handreiking bij de KNMG modelrichtlijn 'Van Wet naar Praktijk, implementatie van de WGBO, deel 2, informatie en toestemming, Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid, bij oudere cliënten met een complexere zorgvraag', NVVA, 2008 en 'Opname en behandeling van de NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang', Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008.

37 Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg oordeelt dat het enkele feit dat voor een patiënt een mentor is benoemd, nog niet betekent dat hij wilsonbekwaam is; CTG 30 januari 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:18, r.o. 5.1.

38 Gezondheidsraad, 'Advies over Bewaartermijn patiëntengegevens', 1 april 2004.

De Gezondheidsraad heeft zoals opgemerkt eerder geadviseerd de bewaartermijn van medische dossiers te verlengen. Hiervoor geeft de Gezondheidsraad drie redenen: de goede zorgverlening aan de patiënt, een mogelijke zorgbehoefte van verwanten en het langer kunnen gebruiken van de gegevens voor medisch wetenschappelijk onderzoek. De Gezondheidsraad geeft hierbij aan dat gedacht kan worden aan een bewaartermijn van dertig jaar. Daarnaast geeft de Gezondheidsraad aan dat hiermee ruimschoots tegemoet wordt gekomen aan de behoefte gegevens zo lang te bewaren als nodig kan zijn in verband met eventuele juridische procedures.³⁹ Hieronder wordt nader ingegaan op de redenen van het kabinet voor verlenging.

2.4.2 Advies Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad geeft ter onderbouwing van de noodzaak tot verlenging van de bewaartermijn allereerst aan dat medisch gezien steeds meer bekend wordt over ziektebeelden en dat er steeds meer nieuwe ziekten worden ontdekt. Ziekten waar mensen vroeger aan zouden zijn overleden, zijn nu behandelbaar. Wel moet men rekening houden met het feit dat op een later moment complicaties kunnen optreden en met het feit dat er een verhoogd risico is opnieuw ziek te worden. Kennis van de eerdere ziekte is dan vaak relevant.

Ten tweede merkt de raad op dat er meer inzicht is in en aandacht is voor correlaties tussen eerder doorgemaakte ziekten of ondergane behandelingen en de kans op later in het leven optredende aandoeningen. Voor de patiënt is een langere bewaartermijn relevant omdat pas later kan blijken dat sprake is van een correlatie tussen de eerder doorgemaakte ziekte en de latere aandoening en het dossier anders vernietigd zou zijn.⁴⁰

Ten derde geeft de Gezondheidsraad in zijn advies aan dat verlenging van de bewaartermijn van belang is voor familieleden van de patiënt, omdat bij steeds meer aandoeningen of condities een erfelijke factor een rol speelt. Door de bewaartermijn te verlengen krijgen hulpverleners de gelegenheid om waardevolle informatie over erfelijke factoren van de vorige generatie langer te gebruiken voor de zorg aan hun patiënten.

Ten vierde geeft de Gezondheidsraad aan dat het voor patiënten die in hun vroege jeugd medisch zijn behandeld van belang is dat de gegevens langer bewaard blijven totdat ze fysiek volgroeid zijn.

Ten vijfde dient verlenging van de bewaartermijn het wetenschappelijk onderzoek, omdat daardoor meer gegevens over langere tijd beschikbaar zijn. Daarmee wordt het publieke belang (gericht op verbetering van de gezondheidszorg) gediend.

Tot slot geeft de Gezondheidsraad aan dat door verlenging van de bewaartermijn de discrepantie tussen de bewaartermijn en de bepalingen inzake aansprakelijkheid uit Boek 3 van het Burgerlijk Wetboek kan worden beëindigd. Dit vindt de raad van belang omdat gegevens uit het medisch dossier beschikbaar moeten zijn wanneer mogelijk sprake is van een medische fout, teneinde een vordering tot schadevergoeding te kunnen onderbouwen. Nu de absolute verjaringstermijn van twintig jaren, waar de raad op doelde, is vervallen, vervalt deze door de raad genoemde grond voor verlenging van de bewaartermijn.

2.4.3 Voorstel tot verlenging en onderbouwing daarvan

Het voorstel is om de huidige bewaartermijn van vijftien jaar te verlengen naar twintig jaar. Dit is een minimumtermijn voor de bewaring van medische dossiers (in papieren of digitale vorm). Aangezien de bewaartermijn van het medisch dossier uitsluitend bedoeld is om het belang van de patiënt zelf te dienen,⁴¹ is dat belang bepalend voor de keuze van verlenging tot twintig jaar. Daarnaast wordt voorgesteld dat de patiënt na afloop van deze bewaartermijn kan verzoeken om zijn dossier langer te bewaren.

Verlenging van de bewaartermijn naar twintig jaar

In § 2.4.2 is onder “ten eerste”, “ten tweede” en “ten vierde” ingegaan op de redenen waarom de Gezondheidsraad adviseert tot verlenging van de bewaartermijn ten behoeve van de patiënt. Kort gezegd komt dit erop neer dat kennis van eerdere ziekte, correlaties tussen eerder doorgemaakte ziekten of een ondergane behandeling en latere ziekte of behandeling, vaak relevant blijken en dat langer bewaren van gegevens over een behandeling in de vroege jeugd, in elk geval totdat de patiënt fysiek volgroeid is, vaak nuttig blijkt. Het kabinet is het met de Gezondheidsraad eens dat om deze redenen de bewaartermijn van het medisch dossier ten behoeve van de goede zorg aan de patiënt zelf verlengd moet worden. Het doel van de verlenging wordt

³⁹ Gezondheidsraad, ‘Advies over Bewaartermijn patiëntengegevens’, 1 april 2004, p. 93.

⁴⁰ Gezondheidsraad, ‘Advies over Bewaartermijn patiëntengegevens’, 1 april 2004, p. 13.

⁴¹ Zie Kamerstukken II 1991/92, 21 561, nr. 11, p. 44.

hier expliciet vermeld, omdat op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens (hierna: 'Wbp') persoonsgegevens niet langer mogen worden bewaard (in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkene te identificeren) dan noodzakelijk is voor de verwerking van de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden verwerkt.⁴²

Dossiers kunnen thans overigens al langer bewaard worden als de hulpverlener dit op grond van goed hulpverlenerschap noodzakelijk vindt. Hiervan zal met name sprake zijn in situaties van langlopende (te denken valt aan chronisch ziekten) en terugkerende behandelingen.⁴³ Daartoe kunnen ook worden gerekend aandoeningen met een zeker risico op recidive of complicaties in de toekomst. Langer bewaren op grond van het criterium 'goed hulpverlenerschap' ligt bijvoorbeeld in de rede bij de medische gegevens van genezen kankerpatiënten, van vrouwen die een hormonale vruchtbaarheidsbehandeling hebben ondergaan, of van patiënten met een implantaat. Relevant is ook of de aard van de ziekte of een daarvoor ondergane behandeling reden geeft bedacht te blijven op het ontstaan van nieuwe gezondheidsklachten, bij de beoordeling of behandeling waarvan de oude gegevens niet gemist kunnen worden.⁴⁴

Het is ingewikkeld om de optimale lengte van de bewaartermijn te bepalen. Ook de Gezondheidsraad onderkent dat het niet eenvoudig is de optimale duur van de termijn vast te stellen.⁴⁵ Aan onderhavig voorstel voor verlenging van de bewaartermijn naar twintig jaar en dat de patiënt kan verzoeken om het langer bewaren van zijn dossier, ligt een belangenafweging ten grondslag, waarbij een aantal factoren een rol speelt.

Het is onder meer van belang dat bij de bepaling van de duur van de bewaartermijn van het medische dossier een evenwicht wordt gevonden tussen enerzijds de noodzaak van het langdurig bewaren van de medische gegevens van een patiënt met het oog op diens mogelijke medische behandeling op de lange termijn, en anderzijds dat een grens wordt gesteld aan de bewaartermijn uit oogpunt van het belang van de bescherming van persoonsgegevens. Dit betekent dat persoonsgegevens niet langer mogen worden bewaard dan noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden verwerkt.⁴⁶

Langer bewaren brengt hogere administratieve lasten met zich. Het volume van de gegevens die moeten worden bewaard neemt toe naarmate langer moet worden bewaard. Deze lasten dienen in verhouding te staan tot het doel dat met de bewaartermijn wordt gediend.

Tevens is van belang dat de levensverwachting van mensen de afgelopen jaren sterk is toegenomen. De levensverwachting bij geboorte voor vrouwen is in de periode 1950-2012 met 14,1% toegenomen, van 72,6 tot 82,8 jaar. De levensverwachting bij geboorte voor mannen is in de periode 1950-2012 met bijna 12,6% toegenomen, van 70,3 tot 79,1 jaar.⁴⁷ Ook daarom ligt een langere bewaartermijn in de rede.

Rekening houdend met deze belangen wordt een bewaartermijn van twintig jaar voorgesteld. De patiënt kan overigens, als hij niet wil dat zijn gegevens langer worden bewaard, vragen om vernietiging van (een deel van) zijn medische dossier. De hulpverlener dient aan dit verzoek binnen drie maanden gevolg te geven, tenzij redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt of een wettelijk voorschrift zich tegen vernietiging verzet.⁴⁸

Mocht de situatie zich voordoen dat de hulpverlener voor het eindigen van de bewaartermijn ophoudt als zodanig te functioneren dan eindigt daarmee nog niet de in de WGBO opgenomen bewaarplicht; de wettelijke verplichting is, naar haar aard en strekking, niet gekoppeld aan het behoud van de status van hulpverlener; dat zou de verplichting immers in veel gevallen illusoir maken. Ook de KNMG is van mening dat de plicht van de hulpverlener om medische dossiers vijftien/twintig jaar te bewaren, impliceert dat de hulpverlener tijdig geschikte maatregelen dient te treffen om ervoor te zorgen dat deze dossiers correct bewaard blijven op het

⁴² Zie artikel 10 Wbp en het advies van de Autoriteit Persoonsgegevens inzake het concept voorstel van de Wcz, 13 mei 2009, p. 9 en 10.

⁴³ Kamerstukken II 1990/91, 21 561, nr. 6, p. 62.

⁴⁴ Zie Gezondheidsraad, 'Advies over Bewaartermijn patiëntgegevens', 1 april 2004, p. 71.

⁴⁵ Gezondheidsraad, 'Advies over Bewaartermijn patiëntgegevens', 1 april 2004, p. 92 en 93.

⁴⁶ Artikel 10 Wet bescherming persoonsgegevens.

⁴⁷ Nationaal Kompas Volksgezondheid versie 4.17, 23 juni 2014, RIVM, te raadplegen via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/trend/>.

⁴⁸ Artikel 7:455 BW en Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 37.

moment dat hij daar zelf niet meer voor kan zorgen.⁴⁹ Het kabinet ziet het treffen van deze maatregelen als onderdeel van de uitvoering van de bewaarplicht.

Wijziging aanvang van de termijn voor het bewaren van gegevens

Op dit moment geldt de bewaartermijn van vijftien jaar voor elk afzonderlijk gegeven uit het medisch dossier. Voorgesteld wordt de termijn aan te laten vangen op de datum waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden. De bewaartermijn start derhalve ook bij uitschrijving van de patiënt of vanaf het moment van diens overlijden. De bewaartermijn wordt daarmee gekoppeld aan het hele dossier, waardoor het niet langer nodig is om per onderdeel van het dossier te bezien hoe lang dit bewaard moet blijven. Door de bewaartermijn te koppelen aan het bewaren van het gehele dossier kan het in het de praktijk dus zo zijn dat een deel van de gegevens veel langer moeten worden bewaard dan nu het geval is.

Verzoek van de patiënt om het dossier langer te bewaren

In § 2.4.2 is onder “ten derde” en “ten vijfde” aangegeven dat de bewaartermijn voor medische gegevens verlengd zou moeten worden voor wetenschappelijk onderzoek en voor belangen van familieleden. Op dit moment is het langer bewaren voor genoemde doelen mogelijk als de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Voor wetenschappelijk onderzoek is het mogelijk om gegevens langer te bewaren in geanonimiseerde vorm. In dat geval is immers geen sprake meer van persoonsgegevens in de zin van de Wbp, omdat de gegevens geanonimiseerd zijn.

Door de bewaartermijn van medische gegevens voor de zorgverlening van de patiënt te verlengen zijn deze gegevens ook langer beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek en voor belangen van familieleden. Om verder tegemoet te komen aan het advies van de Gezondheidsraad om de gegevens uit medische dossiers langer te bewaren ten behoeve van de (mogelijke) zorgbehoefte van verwanten en medisch wetenschappelijk onderzoek, wordt voorgesteld om in de WGBO, naast een bewaartermijn van twintig jaar, ook op te nemen dat de patiënt kan verzoeken om zijn dossier langer te bewaren. Zoals de raad opmerkt wordt daarmee de zeggenschap van de patiënt over zijn of haar medische gegevens verder benadrukt.⁵⁰ De hulpverlener kan de patiënt op deze mogelijkheid tot langer bewaren wijzen als deze daar op grond van zijn kennis en tegen de achtergrond van de medische wetenschap aanleiding toe ziet en uitleggen waarom hij dit belangrijk vindt.

3 Inzagerecht voor nabestaanden

3.1 Aanleiding om het inzage recht voor nabestaanden wettelijk te regelen

Als een persoon is overleden, kan er bij nabestaanden om uiteenlopende redenen behoefte bestaan om gegevens uit het medisch dossier van de overledene in te zien (onder inzage in gegevens uit een medisch dossier wordt in deze toelichting tevens afschrift van gegevens uit een medisch dossier verstaan). De nabestaande kan bijvoorbeeld vermoeden dat er een medische fout is gemaakt waarover geen openheid wordt gegeven of inzage wensen ten behoeve van rouwverwerking. Als de nabestaande de hulpverlener dan om inzage in het medisch dossier vraagt, mag de hulpverlener niet zomaar inzage verlenen. Dit heeft te maken met het beroepsgeheim van hulpverleners. Het beroepsgeheim dient het algemeen belang van vrije toegang tot de gezondheidszorg: patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat alles wat zij hebben gedeeld met hun hulpverlener, tussen de patiënt en de hulpverlener blijft. In het verlengde hiervan dient het beroepsgeheim de privacy van de patiënt. Daarom geldt het beroepsgeheim ook na overlijden. Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. Een nabestaande krijgt thans wel inzage als de patiënt bij leven hiervoor toestemming heeft verleend (zie art. 7:457, eerste lid, eerste volzin, BW) of een geslaagd beroep wordt gedaan op één van de gronden voor inzage op basis van de jurisprudentie. Het gaat dan om de volgende twee gronden:

- de toestemming van de overleden patiënt kan worden verondersteld en de nabestaande heeft een rechtmatig belang bij inzage. Dat is bijvoorbeeld het geval als een nabestaande (bijvoorbeeld een echtgenoot) zeer nauw betrokken is geweest bij de medische behandeling van de overleden patiënt. Daarnaast moet de nabestaande dan een rechtmatig belang hebben, bijvoorbeeld doordat hij

⁴⁹ Standpunt KNMG, zie ‘Overdracht van patiëntendossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging’, 2005.

⁵⁰ Gezondheidsraad, ‘Advies over Bewaartermijn patiëntgegevens’, 1 april 2004, p. 41, 42, 82, 88 en 89.

vermoedt dat er een medische fout is gemaakt en hij hierdoor schade leidt. Het kan bij deze schade gaan om het wegvallen van een inkomen.⁵¹

- de nabestaande heeft een zwaarwegend belang bij inzage. Het gaat dan bijvoorbeeld om een wijziging van een testament waardoor een bepaalde erfgenaam minder erft dan eerder in het testament was geregeld. Als er tijdens de wijziging van het testament mogelijk sprake was van wilsonbekwaamheid bij de erflater kan inzage in het medisch dossier daar mogelijk antwoord op geven.⁵²

Tijdens de behandeling van de Wkkgz in de Tweede Kamer is de wens geuit om nabestaanden en vertegenwoordigers bij een vermoeden van een medische fout inzage te geven in het medisch dossier en is toegezegd om dit inzagerecht wettelijk te regelen.⁵³ Nabestaanden kunnen door het inzagerecht beter beoordelen of hun vermoeden dat er een medische fout is gemaakt terecht is. Zij kunnen dit vervolgens met een klachtenfunctionaris of de hulpverlener zelf bespreken, ze kunnen een klacht indienen bij de zorgaanbieder, een klacht ter toetsing voorleggen bij de tuchtrechter, of een procedure starten bij de civiele rechter teneinde schadevergoeding te vorderen. Op dit moment kan inzage bij een vermoeden van een medische fout slechts worden verkregen als de nabestaande aantoont dat de toestemming van de overleden patiënt verondersteld kan worden en de nabestaande zelf een rechtmatig belang heeft bij inzage (bijvoorbeeld ten behoeve van een schadevergoedingsprocedure). Uit rechtspraak blijkt dat het op de weg van de nabestaande ligt om de veronderstelde toestemming met concrete aanwijzingen aannemelijk te maken.⁵⁴ Dat is vaak geen eenvoudige opgave. Daarnaast worden twee gronden voor inzage, de veronderstelde toestemming en het zwaarwegend belang, door rechters niet altijd eenduidig toegepast. In sommige uitspraken beoordeelt de rechter of sprake is van veronderstelde toestemming van de patiënt en een *rechtmatig* belang bij de nabestaande.⁵⁵ In andere uitspraken moet naast de veronderstelde toestemming van de patiënt een nabestaande een *zwaarwegend* belang aantonen voor inzage in plaats van een *rechtmatig* belang.⁵⁶

In een algemeen overleg over preventief gezondheidsbeleid is opnieuw het belang van informatieverstrekking aan nabestaanden aan de orde gekomen.⁵⁷ Vaak willen nabestaanden weten wat er is gebeurd als een familielid suïcide heeft gepleegd. In dit debat werd de vraag gesteld of het mogelijk is om de informatievoorziening aan nabestaanden op dit punt te verbeteren. Naar aanleiding van dit debat heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brief aan de Tweede Kamer verzonden waarin is opgenomen onder welke omstandigheden nabestaanden recht op inzage in het medisch dossier hebben. In deze brief is het voornemen om het inzagerecht voor nabestaanden wettelijk vast te leggen herhaald.⁵⁸

Het kabinet stelt voor het inzagerecht wettelijk te regelen, zodat voor nabestaanden, maar ook voor hulpverleners en de rechtspraak eenvoudiger kenbaar is wanneer (en onder welke voorwaarden) inzage kan worden verkregen. Bij de vormgeving van dit inzagerecht is gezocht naar een evenwicht tussen enerzijds de gerechtvaardigde belangen van nabestaanden om een dossier van een overleden patiënt te kunnen inzien en anderzijds de belangen van de patiënt die met het beroepsgeheim van de hulpverlener worden beschermd. Daarbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de jurisprudentie.

Niet alleen de nabestaande maar ook de voormalig vertegenwoordiger van een overleden patiënt kan behoefte hebben om het medisch dossier in te zien. Hieronder zal eerst uiteen worden gezet wanneer een nabestaande op grond van onderhavig wetsvoorstel recht op inzage heeft (§ 3.2). Daarna wordt ingegaan op het inzagerecht van de voormalig vertegenwoordiger (§ 3.3). Ook wordt bijzondere aandacht besteed aan de

⁵¹ Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075.

⁵² HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB1201

⁵³ Handelingen II 2012/13, 32 402, nr. 102, item 36, Handelingen II 2012/13, 32 402, nr. 96, item 26 en Kamerstukken II 2012/13, 32 402, nr. 39.

⁵⁴ Zie bijvoorbeeld Hof 's-Hertogenbosch 13 maart 2001, ECLI:NL:GHSHE:2001:AB1126, r.o. 4.7 en Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075, r.o. 4.4.

⁵⁵ Zie bijvoorbeeld Hof 's-Hertogenbosch 13 maart 2001, ECLI:NL:GHSHE:2001:AB1126, r.o. 4.7-4.11; Hof Arnhem 10 januari 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BV0470, r.o. 4.3-4.4.

⁵⁶ Zie bijvoorbeeld Hof 's-Hertogenbosch 12 december 2002, ECLI:NL:GHSHE:2002:AI1674, r.o. 6, Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075, r.o. 4.

⁵⁷ Kamerstukken II 2013/14, 32 793, nr. 155 en Kamerstukken II 2014/15, 34 000-XVI, nr. 93.

⁵⁸ Kamerstukken II 2014/15, 34 000-XVI, nr. 93.

ouders of de voogd als vertegenwoordiger van een kind, dat op het moment van overlijden de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt (§ 3.4). Tot slot worden nadere voorwaarden voor inzage genoemd die in alle gevallen gelden (§ 3.5).

3.2 Inzagerecht nabestaanden

Voorgesteld wordt om nabestaanden inzagerecht te geven in een medisch dossier van een overleden patiënt in de volgende drie situaties:

1. De overleden patiënt heeft bij leven schriftelijk of elektronisch toestemming gegeven voor inzage na overlijden.
2. De nabestaande heeft op grond van de Wkkgz een mededeling van een zorgaanbieder ontvangen van een calamiteit of van geweld in de zorgrelatie.
3. De nabestaande heeft een zwaarwegend belang bij inzage, er zijn voldoende concrete aanwijzingen dat dit belang wordt geschaad en inzage is noodzakelijk voor de behartiging van dit zwaarwegende belang.

Ad 1: toestemming van de patiënt

De eerste grond voor inzage betreft de toestemming van de patiënt. Deze inzage is thans reeds mogelijk op grond van de wet.⁵⁹ Toegevoegd wordt dat deze toestemming schriftelijk of elektronisch moet zijn gegeven. Dit is bewijsrechtelijk gezien duidelijker, en biedt ook meer zekerheid dat de patiënt deze inzage werkelijk heeft gewild. Bij een mondelinge toestemming blijft dit meestal onduidelijk. Dit vereiste verzet zich er overigens niet tegen dat in een uitzonderlijke situatie waarin de patiënt fysiek niet in staat is schriftelijk of elektronisch toestemming te geven, hij aan de hulpverlener kan aangeven aan wie welke gegevens uit zijn medische dossier na zijn overlijden verstrekt mogen worden en de hulpverlener hiervan aantekening maakt in het dossier.

In de praktijk geven patiënten bij leven meestal geen toestemming voor inzage na overlijden.⁶⁰ De Autoriteit Persoonsgegevens (hierna: 'AP'; voorheen het College bescherming persoonsgegevens) hoopt dat patiënten in de toekomst hun wensen over wie inzage mag verkrijgen in hun dossier na overlijden wel zullen gaan aangeven.⁶¹ Onderhavig wetsvoorstel beoogt hieraan bij te dragen. Het is echter goed voorstelbaar dat zich situaties blijven voordoen waarin inzage gewenst is en een overleden patiënt deze toestemming bij leven niet heeft kunnen geven. Het is daarom van belang ook andere gronden voor inzage in de wet op te nemen.

Ad 2: mededeling van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie

De tweede grond houdt verband met artikel 10, derde lid, Wkkgz. In dat artikel is opgenomen dat bij overlijden van een cliënt (de Wkkgz spreekt over 'cliënt' in plaats van 'patiënt') aan een nabestaande onverwijld mededeling wordt gedaan van de aard en de toedracht van incidenten in de zorgverlening.

Onder 'incidenten' vallen alle onbedoelde gebeurtenissen tijdens de zorgverlening, die tot merkbare gevolgen voor de cliënt hebben geleid of nog kunnen leiden. Het kabinet is van mening dat het een te grote inbreuk zou zijn op het beroepsgeheim als nabestaanden bij alle incidenten die merkbare gevolgen hebben gehad voor de patiënt inzage krijgen in een medisch dossier. Dit komt het algemene belang dat met het medisch beroepsgeheim is gediend, te weten het waarborgen van de onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg en het recht op privacy van de patiënt niet ten goede. Daarom wordt voorgesteld om nabestaanden alleen inzage te geven als zij een incident gemeld krijgen waarbij sprake is van een calamiteit of van geweld in de zorgrelatie als bedoeld in de Wkkgz.

Onder een 'calamiteit' wordt op grond van artikel 1 Wkkgz verstaan: "een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid". Onder 'geweld in de zorgrelatie' wordt ingevolge datzelfde artikel verstaan: "seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede geweld jegens een cliënt, door iemand die in dienst of in opdracht van een instelling of opdrachtnemer van een

⁵⁹ Zie artikel 7:457, eerste lid, eerste volzin, BW.

⁶⁰ J.C.J. Dute & M.C. Ploem, 'Medisch beroepsgeheim en familieleden', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013 (37) 8, p. 736.

⁶¹ Zie Advies van de Autoriteit Persoonsgegevens inzake concept voorstel van Wet cliëntenrechten zorg, 13 mei 2009, p. 8.

instelling werkzaam is, dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een instelling verblijft”.

In dit verband verdient aantekening dat zorgaanbieders op grond van de Wkkgz verplicht zijn calamiteiten of gevallen van geweld in de zorgrelatie te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: ‘IGZ’). Het is dus de primaire verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om te bepalen of een incident een calamiteit of geweld in de zorgrelatie betreft. Als niet direct duidelijk is of er sprake is van een calamiteit of van geweld in de zorgrelatie, dient nader onderzoek uit te wijzen of hiervan sprake is.⁶² De zorgaanbieder dient de nabestaanden te informeren over de resultaten van zijn onderzoek.

Dit voorstel sluit aan bij de richtlijnen van de KNMG inzake het omgaan met medische gegevens: “Wordt door belanghebbenden een klacht tegen een arts ingediend wegens een vermeende medische fout met als gevolg het overlijden van de patiënt, dan mogen gegevens uit het dossier van de patiënt verstrekt worden”.⁶³

Ad 3: zwaarwegend belang

De derde grond voor inzage is een ‘zwaarwegend belang’. In aansluiting op de jurisprudentie wordt voorgesteld te spreken van een zwaarwegend belang als aan de volgende twee voorwaarden wordt voldaan:⁶⁴

1. het belang van geheimhouding van informatie uit het medisch dossier moet worden gewogen tegen het zwaarwegende belang van de persoon die zich hierop beroept. Inzage wordt alleen gegeven wanneer aan de hand van voldoende concrete aanwijzingen wordt aangetoond dat het zwaarwegende belang geschaad zou kunnen worden;
2. inzage moet noodzakelijk zijn voor de behartiging van dit zwaarwegende belang.

De aanwezigheid van een zwaarwegend belang is de eerste voorwaarde waaraan moet zijn voldaan om inzage te verkrijgen. Dit belang moet met voldoende concrete aanwijzingen worden aangetoond. Wat daaronder wordt verstaan is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. In de jurisprudentie is tot op heden één zwaarwegend belang erkend.⁶⁵ Het gaat om het aanvechten van een rechtshandeling, verricht door een – inmiddels – overleden patiënt, waarbij de eiser betwist dat deze wilsbekwaam was ten tijde van het verrichten van die rechtshandeling. Tot nu toe is de betrokken rechtshandeling steeds het opstellen of wijzigen van een testament waarbij een persoon, anders dan verwacht, minder of niets uit de nalatenschap van de erflater verkrijgt. Als de oorzaak daarvan volgens de erven is dat de erflater wilsbekwaam was tijdens het wijzigen of opstellen van het testament, wordt dit gezien als een zwaarwegend belang voor inzage. De vraag of de patiënt inderdaad wilsbekwaam was op het moment dat hij deze rechtshandeling verricht is afhankelijk van de omstandigheden van het geval en wordt niet snel aangenomen.⁶⁶ Er zijn geen voorbeelden gevonden in de jurisprudentie waaruit blijkt dat het beroepsgeheim moet wijken voor andere financiële belangen. In enkele uitspraken is aangegeven dat andere financiële belangen geen zwaarwegend belang zijn voor inzage.⁶⁷

Het kabinet is van mening dat het aanvechten van een rechtshandeling, verricht door een inmiddels overleden patiënt, waarbij de eiser betwist dat deze wilsbekwaam was ten tijde van het verrichten van die rechtshandeling, als een zwaarwegend belang moet worden aangemerkt. Wel moet in een dergelijk geval terughoudend worden omgegaan met het verstrekken van inzage. In aansluiting op de jurisprudentie wordt daarom de eis gesteld dat sprake is van ‘concrete aanwijzingen’ waaruit de vermeende wilsbekwaamheid blijkt.⁶⁸ Bij de beoordeling van deze aanwijzingen kan in voorkomende gevallen de inbreng van de notaris van

⁶² Dat kan zowel onderzoek door de zorgaanbieder als onderzoek van de IGZ zijn, zie voor de wijze van onderzoek naar calamiteiten Kamerstukken II 2014/15, 24170, nr. 151.

⁶³ KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, januari 2010, p. 27

⁶⁴ Zie HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB1201.

⁶⁵ HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB1201.

⁶⁶ HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB1201. Zie in dit verband ook HR 13 februari 2015, ECLI:NL:HR:2015:311, Hof Arnhem 10 januari 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BV0470, r.o. 4.4, Hof ’s-Hertogenbosch 26 augustus 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:3007, r.o. 3.8.3, Hof Arnhem-Leeuwarden 21 oktober 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:8078, r.o. 3.18 en Hof ’s-Hertogenbosch 6 oktober 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:3901, r.o. 6.7.

⁶⁷ Zie bijvoorbeeld Hof ’s-Hertogenbosch 13 maart 2001, ECLI:NL:GHSHE:2001:AB1126 en Hof ’s-Hertogenbosch 12 december 2002, ECLI:NL:GHSHE:2002:AI1674.

⁶⁸ HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB1201. Zie in dit verband ook HR 13 februari 2015, ECLI:NL:HR:2015:311, Hof Arnhem 10 januari 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BV0470, Hof ’s-Hertogenbosch 26 augustus 2014,

belang zijn.⁶⁹ Het is mogelijk dat nabestaanden in de toekomst ook andere zwaarwegende belangen aandragen. De beoordeling hiervan is aan de rechter.

Nabestaanden kunnen ook een emotioneel belang (bijvoorbeeld rouwverwerking) hebben. Een emotioneel belang is volgens de jurisprudentie – hoe zwaarwegend ook vanuit menselijk perspectief – geen zwaarwegend belang voor inzage in het medisch dossier van een overledene.⁷⁰ Bij de tweede grond van inzage heeft een beperkte groep nabestaanden een inzagerecht als er sprake is van een melding van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie. Niet is uit te sluiten dat een dergelijke nabestaande deze inzage vraagt voor rouwverwerking. Het doel van die grond is echter om een eventuele klacht te kunnen onderbouwen en uiteindelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een verdergaand recht op inzage op emotionele gronden in het medisch dossier na overlijden zou het beroepsgeheim in belangrijke mate kunnen uithollen. Dit komt het algemene belang dat met het medisch beroepsgeheim is gediend, namelijk het waarborgen van de onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg doordat de patiënt weet dat de informatie die hij met zijn hulpverlener binnenskamers wisselt, niet ten goede. De overledene wordt dan immers niet beschermd tegen nabestaanden die bijvoorbeeld uit nieuwsgierigheid kennis willen nemen van gegevens uit het dossier. Er zou dan enkel hoeven te worden gesteld dat de inzage nodig is voor rouwverwerking. Dit wordt daarom niet als zwaarwegend belang aangemerkt.

De tweede voorwaarde voor inzage vanwege een zwaarwegend belang is dat opheldering niet op andere wijze dan door inzage in het medisch dossier kan worden verkregen. Soms kan bijvoorbeeld een verklaring van een getuige volstaan (te denken valt aan het laten toetsen van beschikbare gegevens door een voorlopig getuigenverhoor).⁷¹ In een dergelijk geval mag geen inzage in het medisch dossier worden verleend.

3.3 Inzagerecht voormalig vertegenwoordiger

Een patiënt kan een vertegenwoordiger hebben. De hulpverlener komt in dat geval de verplichtingen uit de WGBO na tegenover die vertegenwoordiger. Bij een minderjarige zijn dat meestal de ouders of een voogd. Bij een meerderjarige patiënt kan de vertegenwoordiger een curator of mentor zijn, maar ook een andere persoon (bijvoorbeeld een echtgenoot of een broer of zus).⁷² Een vertegenwoordiger kan inzage krijgen in het medische dossier van de patiënt die hij vertegenwoordigt. Als de patiënt overlijdt, eindigt de vertegenwoordiging van de patiënt. Hieruit zou afgeleid kunnen worden dat er na overlijden geen recht meer is op inzage in het medisch dossier.

Het Hof Amsterdam heeft aangenomen dat een voormalig mentor een recht op inzage na overlijden toekomt, tenzij de hulpverlener aannemelijk kan maken dat de patiënt bezwaar zou hebben gehad tegen inzage en dat de patiënt op dat punt tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was.⁷³ Daarbij sluit het hof aan bij de verantwoordelijkheid die de vertegenwoordiger bij leven had voor de desbetreffende patiënt. In lijn met deze uitspraak wordt voorgesteld om voormalig vertegenwoordigers, net als nabestaanden, inzage te geven in het medisch dossier na overlijden als zij een melding van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie hebben ontvangen op grond van de Wkkgz.⁷⁴ Daarnaast wordt voor de vertegenwoordiger een extra grond voor inzage voorgesteld. De voormalig vertegenwoordiger kan inzage krijgen als dit nodig is om aan te tonen dat hij de zorg van een goed vertegenwoordiger heeft betracht en er tegen hem, in zijn hoedanigheid van vertegenwoordiger, een rechterlijke procedure aanhangig is gemaakt. Als voorwaarde geldt daarbij dat de voormalig vertegenwoordiger kan aantonen dat hij in rechte aansprakelijk wordt gesteld, en hij alleen door inzage in het medisch dossier van de overledene kan aantonen dat hij de zorg van een goed

ECLI:NL:GHSHE:2014:3007, Hof Arnhem-Leeuwarden 21 oktober 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:8078 en Hof 's-Hertogenbosch 6 oktober 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:3901.

⁶⁹ HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB1201. Zie in dit verband ook HR 13 februari 2015, ECLI:NL:HR:2015:311, Hof Arnhem 10 januari 2012, ECLI:NL:GHARN:2012:BV0470, r.o. 4.5, Hof 's-Hertogenbosch 26 augustus 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:3007, r.o. 3.9, Hof Arnhem-Leeuwarden 21 oktober 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:8078 en Hof 's-Hertogenbosch 6 oktober 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:3901.

⁷⁰ HR 9 oktober 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2735, Hof Amsterdam 24 juni 1998, NJK 1999, 77, Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075 en Hof 's-Hertogenbosch 13 maart 2001, ECLI:NL:GHSHE:2001:AB1126.

⁷¹ HR 20 april 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB1201.

⁷² Zie artikel 7:465 BW.

⁷³ Hof Amsterdam, 29 januari 1998, NJK 1998, 17, r.o. 4.14 en 4.21.

⁷⁴ Artikel 10, derde lid, Wkkgz.

vertegenwoordiger heeft betracht. Deze voorwaarden zijn bedoeld om de inbreuk op het beroepsgeheim zo beperkt mogelijk te houden.

Opgemerkt wordt nog dat een deel van deze vertegenwoordigers ook nabestaande is. In een dergelijk geval hebben deze nabestaanden dus ook inzage in het dossier als zij als vertegenwoordiger optreden en aansprakelijk worden gesteld.

3.4 Inzagerecht ouders en voogd van een overleden kind tot en met zeventien jaar

De hiervoor genoemde nabestaanden of voormalig vertegenwoordigers kunnen ook de ouders of de voogd zijn van een kind dat op het moment van overlijden nog geen zestien jaar oud was (met ouders of voogd wordt hier bedoeld de ouders of de voogd die het gezag over de minderjarige uitoefenen; voor de duidelijkheid wordt opgemerkt dat de voogdij ook opgedragen kan zijn aan een gecertificeerd instelling in de zin van de Jeugdwet; in dat geval betreft het een voogd die in dienst is van die instelling). Voor deze ouders en voogden wordt een ruimer inzagerecht voorgesteld dan voor andere nabestaanden en voormalig vertegenwoordigers.

Ouders van kinderen die de leeftijd van zestien jaar nog niet hadden bereikt

Voorgesteld wordt dat de hulpverlener aan de ouders of de voogd van een kind, dat op het moment van overlijden de leeftijd van zestien jaar nog niet had bereikt, desgewenst inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier van dit kind verschaft, tenzij dit in strijd is met de zorg van een goed hulpverlener. Daarbij geldt, anders dan bij kinderen tot en met elf jaar, dat kinderen tussen elf en zestien jaar tegen inzage bezwaar kunnen maken door middel van een schriftelijke of elektronische verklaring.

Gelet op de verantwoordelijkheid bij leven voor het kind van de ouders of voogd, ligt het in de rede om de ouders en voogd van een kind dat de leeftijd van zestien jaar nog niet had bereikt een recht op inzage te geven na overlijden van het kind, tenzij dit in strijd is met goed hulpverlenerschap. Bij leven hebben ouders of de voogd van een kind verschillende rechten afhankelijk van de leeftijd van het kind. Bij een kind tot en met elf jaar dient de hulpverlener de verplichtingen die hij jegens het kind heeft na te komen jegens de ouders of jegens de voogd.⁷⁵ Dit betekent bijvoorbeeld dat ouders of de voogd beslissen of toestemming wordt geven voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst. Daarnaast hebben de ouders of de voogd van een kind tot en met elf jaar recht op inzage in het medisch dossier van hun kind of een kopie daarvan. Bij een kind dat twaalf maar nog geen zestien jaar is, is voor verrichtingen in principe de toestemming van zowel het kind als de ouders of de voogd vereist.⁷⁶

Ouders van kinderen die zestien of zeventien jaar waren

Kinderen van zestien en zeventien jaar oefenen hun rechten op grond van de WGBO zelfstandig uit. Ouders of voogden hebben bij leven van deze kinderen – zonder toestemming van het kind – geen recht op inzage in het dossier, tenzij het kind wilsonbekwaam is.⁷⁷ Deze ouders of voogden van kinderen die zestien of zeventien jaar waren, kunnen op grond van het onderhavige wetsvoorstel na overlijden inzage krijgen onder dezelfde voorwaarden als een andere nabestaande, of, indien het kind wilsonbekwaam is, als een andere voormalig vertegenwoordiger.

3.5 Nadere voorwaarden voor inzagerecht

Voor zowel de nabestaande of voormalig vertegenwoordiger, die inzage krijgt op een van bovenstaande gronden, geldt dat alleen inzage kan worden verkregen:

- voor zover dit nodig is om aan het doel van inzage tegemoet te komen;
- als de persoonlijke levenssfeer van een derde niet wordt geschaad.

⁷⁵ Artikel 7:465, eerste lid, BW.

⁷⁶ Artikel 7:450, derde lid, jo. 7:465 BW. De verrichting kan evenwel zonder de toestemming van de ouders of de voogd worden uitgevoerd, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, alsmede indien de patiënt ook na de weigering van de toestemming, de verrichting weloverwogen blijft wensen.

⁷⁷ Zie artikel 7:450, derde lid, jo. 7:465 BW.

De nabestaande of voormalig vertegenwoordiger verkrijgt geen inzage als de patiënt, die de leeftijd van twaalf jaar had bereikt en tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat was, bij leven schriftelijk of elektronisch heeft aangegeven dat hij niet wil dat een nabestaande inzage verkrijgt in zijn medisch dossier, of een deel daarvan. Dit vereiste sluit niet uit dat de patiënt zijn wens hierover aan de hulpverlener kan aangeven en de hulpverlener daarvan een aantekening in het medisch dossier maakt.

4 Verhouding tot bestaande regelgeving

Wet langdurige zorg

Deze wetswijziging is niet van toepassing op de langdurige zorg, tenzij in de langdurige zorg medische handelingen plaatsvinden.⁷⁸ Daar worden onder andere alle verrichtingen onder verstaan die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en ertoe strekken hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen. In dat geval is de WGBO van toepassing.

In het wetsvoorstel Wcz (Wkkgz voor de 'knip') werd geregeld dat de bepalingen over de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in het BW zouden vervallen en worden opgenomen in de Wcz.⁷⁹ Daarmee kregen die bepalingen enerzijds het karakter van voor de cliënt zelf afdwingbare rechten (net als bij de WGBO) en anderzijds kreeg de IGZ toezicht- en handhavingsbevoegdheden bij schending van die rechten. In het wetsvoorstel Wcz werd de reikwijdte van de cliëntenrechten gekoppeld aan het ruime begrip 'zorg', waardoor ook de langdurige zorg ('care') eronder zou gaan vallen. Dat werd nodig geacht, omdat in de langdurige zorg vaak geen sprake is van een geneeskundige behandeling in de zin van de WGBO en de WGBO veelal niet van toepassing was, terwijl er geen goede gronden aanwezig werden geacht om de rechtsbescherming die cliënten in de 'cure' genieten, niet ook in de 'care' te laten gelden. De toepassing van de bepalingen van de WGBO werd in de 'caresector' wel van meerwaarde geacht. Veel instellingen hanteerden al de bepalingen van de WGBO. De Wcz wilde waarborgen dat dit sectorbreed zou gebeuren.

Later werd besloten de WGBO te laten voortbestaan en werden o.a. de parallelle bepalingen uit de Wcz 'geknipt'; daarmee verviel ook de beoogde uitbreiding van die bepalingen tot de care. Bij gelegenheid van de 'knip' werd aangekondigd dat ook de uit het wetsvoorstel geknipte onderwerpen, waaronder aanpassing van de WGBO met afzonderlijke wetsvoorstellen een stap verder zouden worden gebracht. Daarmee werd enerzijds bedoeld op het oplossen van enkele knelpunten in de WGBO-bepalingen en anderzijds op de uitbreiding van de WGBO-bepalingen tot de caresector. In onderhavig wetsvoorstel wordt een wijziging voorgesteld in verband met de bedoelde knelpunten.

Met oog voor de specifieke karakteristieken van Wlz-zorg en rekening houdend met administratieve lastendruk, zullen in nauwe samenspraak met veldpartijen, de bepalingen uit de WGBO in samenhang worden gezien en getoetst worden op hun relevantie en hun toegevoegde waarde voor de langdurige zorg.

Wetsvoorstel elektronische gegevensverstrekking

In de Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg, de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens)⁸⁰ wordt een aantal aanvullende randvoorwaarden verplicht gesteld waaraan zorgaanbieders moeten voldoen bij het eventuele gebruik van een elektronisch uitwisselingssysteem. Als elektronisch wordt uitgewisseld zijn de medische dossiers digitaal. Aangezien de WGBO-bepaling⁸¹ geen onderscheid maakt tussen dossiers in papieren en digitale vorm is de bewaartermijn van de WGBO op deze digitale medische dossiers van toepassing.

'Logging' is een overzicht van wie op welk moment bepaalde gegevens heeft toegevoegd of ingezien. Voor de data die bij 'logging' worden opgeslagen wordt voorgesteld om een kortere bewaartermijn te hanteren dan de voorgestelde 20 jaar voor het medisch dossier. Een langere bewaartermijn wordt niet proportioneel geacht

⁷⁸ Zie artikel 7:446 BW.

⁷⁹ Door de omschrijving van het begrip "geneeskundige behandeling" in artikel 7:446 BW is de werkingssfeer van de WGBO beperkt tot – in hoofdzaak – de 'cure'.

⁸⁰ Kamerstukken I 2013/14, 33 509, E.

⁸¹ Zie artikel 7:454 BW.

gezien de enorme hoeveelheid data die bij 'logging' worden opgeslagen. Daarbij speelt mee dat data die bij de 'logging' wordt opgeslagen, ook minder relevant zijn voor bijvoorbeeld het onderbouwen van een vordering tot schadevergoeding naar aanleiding van een vermeende medische fout. Een bewaartermijn van ongeveer vijf jaar voor logginggegevens is daarom passender.

Deze termijn kan op grond van artikel 7, tweede lid van het Besluit elektronische gegevensverwerking⁸² worden vastgesteld door vertegenwoordigende organisaties van zorgaanbieders en patiënten, in overleg met de AP, overeenkomstig het bepaalde in NEN 7513⁸³ binnen zes maanden na de inwerkingtreding van dit besluit. Mocht er geen termijn worden vastgesteld binnen deze periode, dan zal de minister op grond van dat besluit zo snel mogelijk deze termijn van vijf jaar vaststellen.

5 Uitvoering en handhaving

Dit wetsvoorstel heeft geen substantiële gevolgen voor de uitvoering en handhaving tot gevolg. Daarom is een uitvoering- en handhavingstoets achterwege gebleven.

6 Gevolgen voor patiënten en hun naasten, hulpverleners, overheid en de regeldruk

Hieronder wordt ingegaan op de gevolgen voor patiënten en hun naasten, hulpverleners en de overheid van de voorgestelde wijzigingen.

Patiënten en hun naasten hebben baat bij de voorgestelde wijzigingen in dit wetsvoorstel:

- 'samen beslissen' levert een verbetering van patiëntgerichte zorg op;
- het feit dat de vraag expliciet aan de orde komt of de patiënt instemt met een ingrijpende verrichting sluit aan bij het samen beslissen;
- de aantekening in het medisch dossier van het oordeel tot geheel of gedeeltelijke wilsonbekwaamheid van de patiënt, de wijze waarop tot de beoordeling is gekomen en het moment van evaluatie van deze beslissing, maakt dit besluit eenvoudiger toetsbaar;
- de verlenging van de bewaartermijn vindt plaats ten behoeve van de goede zorgverlening aan patiënten nu en in de toekomst;
- het vastleggen van het inzagerecht in dit wetsvoorstel maakt de gronden voor inzage kenbaar voor iedereen en maakt het aan de orde stellen van een vermoeden van een medische fout eenvoudiger.

Hulpverleners

- Hulpverleners moeten kennisnemen van de wijziging van de WGBO, zodat zij weten aan welke verplichtingen zij moeten voldoen.
- Voor de meeste hulpverleners heeft de aanpassing betreffende 'samen beslissen' weinig gevolgen, omdat zij al op de voorgestelde beoogde wijze werken. Hulpverleners die nog niet op deze wijze communiceren met hun patiënten, dienen hun communicatie met de patiënt aan te passen.
- De verplichting voor de hulpverlener om een aantekening in het medisch dossier te maken van het feit dat de patiënt instemt met een ingrijpende verrichting en van een besluit tot geheel of gedeeltelijke wilsonbekwaamheid van de patiënt is onderdeel van goede zorg en vraagt om een geringe extra inspanning.
- Het vastleggen van het inzagerecht in het medisch dossier van nabestaanden en van degenen die de patiënt bij leven vertegenwoordigden in de WGBO geeft hulpverleners meer duidelijkheid en maakt hun werk eenvoudiger.

Rechtspraak

Bij het vastleggen van het inzagerecht in het medisch dossier van nabestaanden en van degenen die de patiënt bij leven vertegenwoordigden in de WGBO is grotendeels aangesloten bij de jurisprudentie op dit gebied. Omdat nu alleen door grondige bestudering duidelijk is wanneer er een recht op inzage is, leidt het opnemen van gronden in de wet tot verduidelijking. Door de grond 'veronderstelde toestemming van de patiënt en rechtmatig belang van de nabestaande' te vervangen door een inzagerecht bij een mededeling van een zorgaanbieder van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie op grond van de Wkkgz, wordt het verkrijgen van inzage om na te gaan of een vermoeden van een medische fout juist is, eenvoudiger. De nabestaande hoeft

⁸² Het Besluit elektronische gegevensverwerking is nog niet vastgesteld.

⁸³ Zie https://www.werkenmetnen7510.nl/normen/nen-7513/7513_sec_intro_kop.

niet langer met concrete aanwijzingen de ‘veronderstelde toestemming van de patiënt’ aan te tonen. Dit maakt de toepassing van de wettelijke regels voor de rechtspraak eenvoudiger.

Regeldruk

Regeldruk omvat zowel administratieve lasten als inhoudelijke nalevingkosten.

Administratieve lasten zijn de kosten voor het bedrijfsleven en burgers om te voldoen aan informatieverplichtingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving. Het gaat dan om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. De kosten van een administratieve handeling zijn berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

Inhoudelijke nalevingkosten voor het bedrijfsleven zijn de directe kosten van naleving van inhoudelijke verplichtingen als gevolg van wet- en regelgeving. Het betreft hier alle wettelijke verplichtingen van het bedrijfsleven om direct te voldoen aan normen, standaarden, gedragscodes en alle overige eisen gericht op het borgen van publieke doelen. Deze kosten hebben betrekking op de door de bedrijven bestede tijd, de gemaakte kosten voor investeringen en het externe tarief voor uitbesteding van handelingen.

Initiële lasten voor hulpverleners in verband met de kennisname van deze wijziging zodat ze weten aan welke verplichtingen zij moeten voldoen, zijn geschat op € 1.154.300.⁸⁴

Hieronder wordt daarnaast per onderwerp ingegaan op de regeldruk gevolgen.

Samen beslissen

De verplichting voor de hulpverlener om naast het geven van informatie ook daarover met de patiënt overleg te plegen op een zodanige wijze dat deze in staat wordt gesteld om weloverwogen tot een beslissing te komen, leidt niet tot extra nalevingkosten.⁸⁵ De verplichting om cliënten te informeren is namelijk al opgenomen in de WGBO. De wijziging heeft tot doel om de wettekst te verduidelijken. Dit geldt ook voor het nagaan door de hulpverlener of de patiënt behoefte heeft aan het ontvangen van schriftelijke of digitale informatie wat het overleg ondersteunt dat tussen de hulpverlener en zijn patiënt plaatsvindt.

Aantekening in medisch dossier van toestemming patiënt voor ingrijpende verrichting en van besluit hulpverlener over wilsonbekwaamheid patiënt

De verplichtingen voor een hulpverlener om in het medisch dossier een aantekening op te nemen als hij van oordeel is dat de patiënt geheel of gedeeltelijk wilsonbekwaam en op welke wijze hij tot dit oordeel is gekomen, het tijdstip en moment van evaluatie daarvan leidt tot een geringe stijging van de administratieve lasten, te weten €304.100.⁸⁶

Bewaartermijn medische dossiers

Met het oog op het belang van goede zorgverlening is gekozen voor de verlenging van de bewaartermijn van vijftien naar twintig jaar. De verlenging van de bewaartermijn met vijf jaar gaat gepaard met een stijging van de lasten met circa € 1.283.370,-.⁸⁷ De WGBO stelt geen eisen over de manier waarop een dossier moet worden ingericht of vorm worden gegeven. De mogelijkheid bestaat daarom om een elektronisch patiëntendossier op te stellen of een bestaand papierendossier te digitaliseren. Bij het digitaliseren van een dossier hoeft de originele, papieren versie niet bewaard te worden, wat minder administratieve lasten met zich brengt. Met deze digitalisering is in de berekening rekening gehouden. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat er in de komende jaren in toenemende mate sprake zal zijn van het elektronisch bijhouden van medische dossiers. Bijgevolg zal het volume papieren versies van medische dossiers verder afnemen. Door deze ontwikkeling vallen de geraamde administratieve lasten in de toekomst wellicht lager uit.

Inzagerecht voor nabestaanden en voormalig vertegenwoordigers

De verplichting om nabestaanden of degenen die de patiënt bij leven vertegenwoordigden informatie te geven als zij recht op inzage hebben in het medisch dossier is een verplichting die thans volgt uit de jurisprudentie.

⁸⁴ Rapportage SIRA consulting, ‘Regeldruktoets wijziging WGBO’, d.d. 1 juli 2015, p. 31

⁸⁵ Rapportage SIRA consulting, ‘Regeldruktoets wijziging WGBO’, d.d. 1 juli 2015, p. 14.

⁸⁶ Rapportage SIRA consulting, ‘Regeldruktoets wijziging WGBO’, d.d. 1 juli 2015, p. 20.

⁸⁷ Rapportage Sira consulting, d.d. 26 maart 2015, Raming van de administratieve lasten bij verlenging van bewaartermijnen voor cliëntendossiers, p.13.

De aanpassingen van de gronden voor inzage bij deze gedeeltelijke codificatie leiden tot verduidelijking en een eenvoudiger toepassing van het inzagerecht.

Er is een toename te verwachten van het aantal verzoeken tot inzage van nabestaanden en voormalig vertegenwoordigers. Zij krijgen op grond van het voorstel immers recht op inzage in het medisch dossier als zij een mededeling van een zorgaanbieder van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie na overlijden van de patiënt hebben ontvangen. Het doel hiervan is dat zij als zij een vermoeden van een medische fout hebben dit eenvoudiger kunnen aankaarten. De wijziging om ouders inzagerecht te geven van overleden kinderen tot 16 jaar gaat gepaard met een structurele stijging van administratieve lasten van circa € 63.900. Dit betreft € 24.900 voor burgers en € 39.000 voor bedrijven.⁸⁸

7. Advisering en consultatie

PM

8. Inwerkingtreding

PM

⁸⁸ Rapportage SIRA consulting, 'Regeldruktoets wijziging WGBO', d.d. 1 juli 2015, p. 31.

ARTIKELSGEWIJS DEEL

Artikel I

Onderdeel A

In artikel I, onderdeel A, wordt voorgesteld om artikel 7:448 BW op een viertal punten te wijzigen.

In het eerste lid is nu bepaald dat de hulpverlener de patiënt op duidelijke wijze dient in te lichten over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling, de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Door het verschaffen van deze inlichtingen is de patiënt in staat om toestemming te geven voor het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (*informed consent*). Deze formulering lijkt te suggereren dat het hier gaat om het eenzijdig inlichten van de patiënt door de hulpverlener. Zoals in § 2.1 van het algemene deel van deze toelichting al is aangegeven, is het juist van belang dat sprake is van een dialoog tussen de hulpverlener en de patiënt. Daarom wordt in dit lid expliciet bepaald dat de hulpverlener de patiënt niet alleen inlicht, maar ook met de patiënt overlegt over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling en de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en diens gezondheidstoestand.

In het tweede lid is bepaald welke informatieplicht de hulpverlener in het algemeen heeft ten opzichte van de patiënt.⁸⁹ Voorgesteld wordt om in onderdeel a de zinsnede “die hij noodzakelijk acht” te schrappen. Deze formulering kan immers de indruk wekken dat de hulpverlener kan volstaan met het benoemen van de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen. De bedoeling is juist dat de hulpverlener de patiënt informeert en met de patiënt overlegt. Om die reden wordt daarnaast voorgesteld om in onderdeel a nu juist expliciet te bepalen dat het gaat om het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling.

Voorts wordt in het eerste lid toegevoegd dat de hulpverlener vraagt of de patiënt verdere informatie wil ontvangen naar aanleiding van het gesprek. In de huidige formulering van dit artikellid moet de patiënt, die schriftelijk informatie wil, hier zelf om vragen. De informatie kan schriftelijk, langs elektronische weg, of op andere wijze aan de patiënt worden verstrekt. Bij schriftelijke informatie valt te denken aan een brochure of een verwijzing naar een specifiek artikel. Het kan ook gaan om een uitdraai van digitale informatie. Bij “langs elektronische weg” valt te denken aan het per email versturen van een brochure of link naar een website met een keuzehulp of filmpje. Bij een andere wijze van informatieverstrekking kan het bijvoorbeeld gaan om mondelinge informatie van een ondersteunend verpleegkundige. Als de patiënt behoefte heeft aan deze informatie, verstrekt de hulpverlener deze informatie aan de patiënt. De informatie die de hulpverlener geacht wordt aan de patiënt te verstrekken moet wel blijven binnen hetgeen van de hulpverlener in redelijkheid kan worden verlangd. Het gaat hierbij dan ook om informatie die de patiënt nodig heeft om tot een weloverwogen beslissing te komen of en zo ja, welk onderzoek of welke behandeling hij wil en of hij deze wil vervolgen, onderbreken of stoppen.

In de tweede volzin van het eerste lid is opgenomen dat de hulpverlener de patiënt die de leeftijd van twaalf jaar nog niet heeft bereikt, inlicht op een wijze die past bij het bevattingvermogen van de patiënt. Het afstemmen op het bevattingvermogen van de patiënt is echter in veel meer situaties van belang dan alleen bij patiënten onder de twaalf jaar. Als laatste wijziging in het eerste lid wordt daarom voorgesteld dat de hulpverlener verplicht is om zich bij iedere patiënt rekenschap te geven van diens bevattingvermogen.

Onderdeel B

In artikel 7:450 BW is bepaald dat de toestemming van de patiënt is vereist voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst. In artikel 7:451 BW is bepaald dat de hulpverlener op verzoek van de patiënt in ieder geval schriftelijk vastlegt voor welke verrichtingen van ingrijpende aard de patiënt toestemming heeft gegeven. Voorgesteld wordt om artikel 7:451 BW zodanig te wijzigen dat op de hulpverlener de verplichting rust bij een verrichting van ingrijpende aard de toestemming van de patiënt vast te leggen en dus niet meer alleen op verzoek van de patiënt. Deze toestemming wordt door de hulpverlener

⁸⁹ Kamerstukken II 1993/94, 21 561, nr. 21.

vastgelegd in het dossier, bedoeld in artikel 7:454, eerste lid, BW. Voor de vraag wat als ingrijpende verrichting wordt gezien zijn niet alleen de technische aspecten van belang, maar ook wat met de verrichting wordt beoogd en wat de gevolgen zijn.

Onderdelen C, G en I

In onderdeel C wordt voorgesteld de drie leden van artikel 7:454 BW te wijzigen en twee leden toe te voegen.

Eerste lid

In het eerste lid is nu bepaald dat de hulpverlener een dossier inricht met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De hulpverlener houdt daarin aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en omtrent de uitgevoerde verrichtingen. Voorgesteld wordt te schrappen dat ook “andere stukken” omtrent de gezondheid van de patiënt en omtrent de uitgevoerde verrichtingen in het dossier worden opgenomen. Volgens de oorspronkelijke memorie van toelichting gaat het hier om stukken met relevante gegevens over de patiënt. Daarbij moet onder meer worden gedacht aan röntgenfoto's, uitslagen van laboratoriumtesten en bijvoorbeeld brieven van andere hulpverleners. Tot de stukken kan ook behoren het dossier dat, bij wisseling van hulpverlener, de nieuwe optredende hulpverlener heeft overgenomen.⁹⁰ Het gaat bij de term “stukken” om schriftelijke gegevens. Veel van de hierboven genoemde gegevens zijn inmiddels digitaal. Door deze voorgestelde wijziging wordt verduidelijkt dat alle gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen deel uitmaken van het dossier, ongeacht de wijze waarop deze gegevens zijn vastgelegd (schriftelijk of digitaal). Daarom wordt “stukken” vervangen door: gegevens. In het verlengde hiervan wordt voorgesteld de artikelen 7:455, eerste lid, 456, 457, eerste en derde lid, 7:458, eerste lid, en 7:464, tweede lid, onderdeel a, BW hier ook op aan te passen. Met dien verstande dat hier de term “bescheiden” wordt vervangen door: gegevens uit het dossier.

Tweede lid

Het huidige tweede lid wordt vernummerd tot derde lid. In het nieuw in te voegen tweede lid is bepaald dat indien de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, de hulpverlener dit in het dossier vastlegt. Daarbij zal een goede hulpverlener ook de naam van de persoon die voor de patiënt optreedt, vermelden. Wie de vertegenwoordiger van de patiënt is, wordt bepaald aan de hand van artikel 7:465, tweede en derde lid, BW. Het kan hier dus zowel gaan om de wettelijk vertegenwoordiger, bedoeld in artikel 7:465, tweede lid, BW (mentor of curator), als om een in artikel 7:465, derde lid, BW genoemd persoon (bijvoorbeeld een echtgenoot, ouder, of zus). In dit kader is van belang om op te merken dat de patiënt een beroep kan doen op zijn vernietigingsrecht en daarmee de aantekeningen hierover van de hulpverlener uit zijn dossier kan laten verwijderen. De patiënt moet wel wilsbekwaam zijn om dit vernietigingsrecht uit te kunnen oefenen.

Derde lid

Voorgesteld wordt het derde (thans tweede) lid uit te breiden, waardoor verduidelijkt wordt dat de patiënt niet alleen een verklaring aan het dossier kan laten toevoegen die betrekking heeft op gegevens uit het dossier, maar ook bijvoorbeeld een niet-reanimatieverklaring. Ook wordt hiermee duidelijker geregeld dat een verklaring van de patiënt, waarin hij opneemt dat hij niet wil dat een nabestaande na zijn overlijden inzage krijgt, aan het dossier kan worden toegevoegd.

Vierde lid

In het vierde (thans derde) lid wordt voorgesteld de bewaartermijn van het dossier te verlengen van vijftien naar twintig jaar. Eerder bepaalde dit lid dat de hulpverlener bescheiden die tot het medische dossier behoren, gedurende ten minste tien jaar moest bewaren, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeide. Deze termijn is in 2005⁹¹ van tien naar vijftien jaar verlengd, mede naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad over de bewaartermijn van patiëntengegevens.⁹² Het ging bij deze verlenging om een voorlopige maatregel, zodat in afwachting van een definitieve regeling de gegevens nog niet zouden worden vernietigd. Onderhavig wetsvoorstel voorziet in die definitieve regeling. Overigens kan goed hulpverlenerschap er toe nopen dat het dossier langer bewaard wordt dan twintig jaar en op basis

⁹⁰ Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 34.

⁹¹ Stb. 2006, 29.

⁹² Gezondheidsraad, 'Bewaartermijn patiëntengegevens', 1 april 2004.

van dit voorstel ook als de patiënt daarom verzoekt. Naast de verlenging van de bewaartermijn wordt voorgesteld te verduidelijken op welk moment de bewaartermijn aanvangt.

Overigens kan bij een grote zorgaanbieder, bijvoorbeeld een ziekenhuis, inzake één patiënt feitelijk sprake zijn van meerdere 'dossiers' van uiteenlopende hulpverleners die bij dezelfde zorgaanbieder werkzaam zijn. Deze afzonderlijke documenten bij één zorgaanbieder voor één patiënt, vormen samen één dossier. Indien de gegevens en bescheiden niet in de oorspronkelijke vorm worden bewaard, moet de inhoud en omvang ervan zodanig zijn dat goede zorg kan worden verleend.

Vijfde lid

In het nieuwe vijfde lid wordt voorgesteld de mogelijkheid op te nemen dat de gegevens door de hulpverlener langer bewaard worden als de patiënt hierom verzoekt. De patiënt kan hierdoor de bewaartermijn niet alleen verkorten op grond van artikel 7:455 BW (vernietiging van gegevens uit het dossier op verzoek van de patiënt), maar ook verlengen. De hulpverlener kan de patiënt er bijvoorbeeld ook op wijzen dat het langer bewaren van zijn dossier nuttig kan zijn voor de goede zorg aan diens verwanten en met de patiënt overleggen of deze zich in het langer bewaren van (een deel van) zijn dossier voor dat doel kan vinden. Hoe lang de hulpverlener de gegevens van de patiënt moet bewaren moet wel blijven binnen hetgeen in redelijkheid van de hulpverlener kan worden verwacht.

Onderdeel F, onder 1

In artikel 7:457, eerste lid, BW is thans bepaald dat de hulpverlener er zorg voor draagt dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 7:454 BW,⁹³ worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Voorgesteld wordt in artikel 7:457 BW te verduidelijken dat bepaalde personen na het overlijden van een patiënt recht hebben op inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier als de patiënt bij leven hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze inzage wordt thans ook gegeven als de patiënt hier bij leven toestemming voor heeft gegeven (zie artikel 7:457, eerste lid, BW). Toegevoegd wordt dat deze toestemming schriftelijk of elektronisch moet worden gegeven.

Onderdeel H

Voorgesteld wordt een nieuw artikel in te voegen, artikel 7:458a BW, dat regelt wanneer een nabestaande of een voormalig vertegenwoordiger recht heeft op inzage in of afschrift van de gegevens uit het medisch dossier van een overleden patiënt, ingeval de patiënt bij leven geen toestemming heeft gegeven voor inzage (vgl. het hiervoor besproken artikel 7:457, eerste lid, BW). Het recht op inzage betreft alleen de gegevens die deel uitmaken van het patiëntendossier. Inzage in persoonlijke werkaantekeningen hoeft dus niet te worden gegeven.⁹⁴

In hoofdstuk 3 van het algemeen deel van deze toelichting zijn de gronden waarop een nabestaande inzage krijgt besproken. Deze gronden zijn niet voor elke nabestaande gelijk.

Eerste lid

Op grond van artikel 10 Wkkgz krijgen nabestaanden en voormalig vertegenwoordigers van overleden patiënten van een zorgaanbieder een mededeling van de calamiteit of het geweld in de zorgrelatie als gevolg waarvan de patiënt vermoedelijk is overleden. In onderdeel a van het eerste lid wordt voorgesteld te regelen dat een nabestaande of voormalig vertegenwoordiger een recht op inzage heeft wanneer hij een dergelijke mededeling heeft ontvangen, omdat hierdoor de informatievoorziening aan nabestaanden wordt verbeterd en het voor nabestaanden die vermoeden dat er een medische fout is gemaakt eenvoudiger wordt om te beoordelen of dit vermoeden terecht is. Het gaat dan om een nabestaande als bedoeld in artikel 1 Wkkgz:

- de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot en de geregistreerde partner van de overledene;

⁹³ Na deze wijziging wordt niet meer gesproken over "bescheiden" zoals bedoeld in artikel 7:454, BW, maar van "gegevens uit het dossier".

⁹⁴ Kamerstukken II 1990/91, 21 561, nr. 6, p. 45 en KNMG, Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, 1 januari 2010, § 1.1.2.

- andere bloed- of aanverwanten van de overledene, mits deze reeds ten tijde van het overlijden geheel of ten dele in hun levensonderhoud voorzag of daartoe krachtens rechterlijke uitspraak verplicht was;
- degene die reeds vóór de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, met de overledene in gezinsverband samenwoonde en in wier levensonderhoud hij geheel of voor een groot deel voorzag, voor zover aannemelijk is dat een en ander zonder het overlijden zou zijn voortgezet;
- degene die met de overledene in gezinsverband samenwoonde en in wiens levensonderhoud de overledene bijdroeg door het doen van de gemeenschappelijke huishouding;
- bloedverwanten van de overledene in de eerste graad en in de tweede graad in de zijlijn.

Daarnaast wordt voorgesteld in onderdeel b van het eerste lid te regelen dat ook een andere nabestaande inzage kan krijgen. Het gaat dan om elke nabestaande die met voldoende concrete aanwijzingen aantoont dat hij een zwaarwegend belang heeft dat wordt geschaad en inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier noodzakelijk is voor de behartiging van dit belang.

Met onderdeel c van het eerste lid wordt voorgesteld (voormalig) vertegenwoordigers, bedoeld in artikel 7:465 BW, een extra grond voor inzage in het dossier te verlenen. Het gaat dan om de voormalig vertegenwoordiger die inzage in het dossier nodig heeft om aan te tonen dat hij de zorg van een goed vertegenwoordiger heeft betracht als er tegen hem, in zijn hoedanigheid van vertegenwoordiger, een rechterlijke procedure aanhangig is gemaakt. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een voormalig vertegenwoordiger die aansprakelijk wordt gesteld. Als hiervan sprake is, moet de voormalig vertegenwoordiger zich daartegen kunnen verweren, zo nodig met gegevens uit het medisch dossier van de overleden patiënt.

Tweede lid

In het voorgestelde tweede lid is opgenomen dat de ouders of de voogd die de voogdij uitoefende(n) over een overleden kind dat de leeftijd van zestien jaar nog niet had bereikt, na het overlijden van het kind inzage in diens dossier verkrijgen. De hulpverlener versterkt alleen die gegevens waar deze ouders of voogd om hebben verzocht. Indien deze verstrekking in strijd is met goed hulpverlenerschap blijft de verstrekking achterwege. In het derde lid is aanvullend bepaald dat als het gaat om een kind van twaalf maar nog geen zestien jaar ook geldt dat geen inzage wordt verleend na overlijden als het kind schriftelijk of elektronisch heeft vastgelegd of laten vastleggen dat hij niet wil dat (een) nabestaande(n) inzage krijgt of krijgen. Dit vereiste verzet zich er niet tegen dat een kind deze wens aan de hulpverlener mondeling kan aangeven en de hulpverlener hiervan aantekening maakt in het medisch dossier.

Derde lid

In het voorgestelde derde lid is neergelegd onder welke omstandigheden geen recht op inzage bestaat.

Ten eerste is bepaald dat inzage niet wordt gegeven voor zover deze geen betrekking heeft op het belang dat met de inzage wordt gediend.

Ten tweede worden gegevens niet verstrekt als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad. Het schaden van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken derde moet dan wel een overwegend karakter hebben.⁹⁵ Het kan hier bijvoorbeeld gaan om gegevens die door iemand aan de hulpverlener zijn verstrekt in het vertrouwen dat niemand anders ze te zien krijgt. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om gescheiden ouders, die gezamenlijk het gezag over het kind hebben. Beide ouders zouden recht op inzage in het dossier van hun overleden kind kunnen hebben. Als het geven van inzage aan de ene ouder de privacy van de andere ouder zou kunnen schaden. Bijvoorbeeld omdat de betreffende informatie van die ouder is verkregen, wordt in die gegevens geen inzage verleend.⁹⁶

Ten derde wordt geen inzage in het dossier verleend als de patiënt bij leven schriftelijk of elektronisch heeft vastgelegd dat hij dit niet wenst. Dit kan bijvoorbeeld door dit aan de hulpverlener kenbaar te maken, zodat de hulpverlener hiervan aantekening kan maken in het medisch dossier. Dit vereiste verzet zich er niet tegen dat in de uitzonderlijke situatie, waarin de patiënt fysiek niet in staat is schriftelijk of elektronisch toestemming te

⁹⁵ Kamerstukken II, 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 18.

⁹⁶ KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, januari 2010, p. 11 en 12.

geven, hij aan de hulpverlener kan aangeven aan wie welke gegevens uit zijn medisch dossier na zijn dood verstrekt mogen worden en de hulpverlener hiervan aantekening maakt in het medisch dossier. Indien de betreffende patiënt op dat punt niet tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat was, zal aan deze weigering tot inzage geen gevolg worden gegeven. Datzelfde geldt voor een weigering van een patiënt die de leeftijd van twaalf jaar nog niet heeft bereikt. In dat laatste geval kan inzage aan de ouders die het gezag uitoefenden, of aan de voogd, alleen worden geweigerd als het geven van inzage in strijd is met goed hulpverlenerschap en bij inzage de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad.

Artikel II

In de Jeugdwet is voor de verlening van jeugdhulp, voor zover daarbij niet reeds sprake is van een geneeskundige behandeling waarop de WGBO van toepassing is, en voor de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering aangesloten bij de WGBO. De bepalingen in paragraaf 7.3 van de Jeugdwet zijn om die reden afgestemd op de WGBO. Hiermee wordt voorkomen dat aanbieders die zowel op het jeugd- als op het volwassen domein acteren, met verschillende wettelijke regimes worden geconfronteerd. Om deze artikelen met elkaar in overeenstemming te houden, wordt de Jeugdwet conform de voorgestelde wijzigingen van de WGBO aangepast.

Artikel III

Vooruitlopend op dit wetsvoorstel is in artikel 8:24 van het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg al voorgesteld om het inzagerecht voor nabestaanden wettelijk te regelen.⁹⁷ Het gaat in dat artikel alleen om inzage door nabestaanden van patiënten die zijn opgenomen in een psychiatrische instelling. Genoemd artikel 8:24 kan vervallen, omdat het inzagerecht in onderhavig wetsvoorstel centraal wordt geregeld in het BW. Onder deze regeling valt ook het inzagerecht van nabestaanden van patiënten die zijn overleden in een psychiatrische instelling. Daarnaast wordt voorgesteld om in artikel 8:27, eerste lid, van het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg voor wat betreft het bewaren van gegevens en bescheiden aan te sluiten bij de wijziging van de lengte van de bewaartermijn in onderhavig wetsvoorstel van artikel 7:454, derde lid, BW.

Artikel IV

Voor de dossiers inzake maatschappelijke ondersteuning in de zin van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: 'Wmo 2015') wordt voorgesteld de bewaartermijn niet te verlengen, aangezien het hier niet om zorg maar om ondersteuning gaat.

Wel is het in de Wmo 2015 opgenomen advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (hierna: 'AMHK', ook genoemd: Veilig Thuis) relevant. Het AMHK vormt een belangrijk onderdeel van het jeugdstelsel. Daarom is voor het AMHK in de Wmo 2015 een kwaliteitsregime opgenomen dat aansluit bij het kwaliteitsregime dat geldt voor jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen in de zin van de Jeugdwet. Aangezien in onderhavig wetsvoorstel wordt voorgesteld de bewaartermijn voor dossiers van jeugdhulpverleners en medewerkers van gecertificeerde instellingen in de Jeugdwet te verlengen naar twintig jaar, wordt voorgesteld de bewaartermijn voor persoonsgegevens van het AMHK eveneens te verlengen naar twintig jaar. Daarmee wordt voorkomen dat jeugdhulpverleners en medewerkers van gecertificeerde instellingen dossiers bewaren terwijl van diezelfde kinderen door het verlopen van de bewaartermijn bij het AMHK gegevens inzake kindermishandeling worden vernietigd. De verlenging van de bewaartermijn van dossiers bij het AMHK geldt ook voor dossiers die zien op huiselijk geweld ook al gaat het hier niet om zorg, maar om ondersteuning. Hiertoe is besloten omdat het voor het AMHK ondoenlijk is om ene deel van zijn dossiers korter en het andere deel langer te bewaren.

Artikel V

Bij de inwerkingtreding van de artikelen van deze wet zal worden aangesloten bij het beleid van het kabinet inzake vaste verandermomenten van regelgeving.

⁹⁷ Kamerstukken 2013/14, 32 399, nr. 10.

De Minister van Veiligheid en Justitie,

G.A. van der Steur

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers