



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Aan de minister van Veiligheid en Justitie en
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

Onderwerp reactie op consultatieversie van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wgbo en de Jeugdwet

Algemeen

De NVZ, de NFU, de VGN en ActiZ hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de consultatieversie van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wgbo en de Jeugdwet. Wij maken graag gebruik van de mogelijkheid om hierop te reageren. Wij beginnen onze reactie met een algemene opmerking, daarna volgt een reactie per onderdeel tot slot volgen nog enkele aanvullende opmerkingen die wij relevant vinden in het kader van het actualiseren van de Wgbo.

Een belangrijk element van de oorspronkelijke versie van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (32.402, 2) was de verbreding van de reikwijdte van de Wgbo. De bepalingen uit de Wgbo zouden gaan gelden voor alle zorgrelaties. Voor dit onderdeel van het wetsvoorstel bestond breed draagvlak. Voorstellen met dezelfde strekking werden eerder, onder vele anderen, gedaan door de RVZ en door Legemaate¹. Zowel de cliëntenorganisaties als de brancheorganisaties in de zorg steunden de voorstelde reikwijdteverbreding. Dit voorstel leverde in de Tweede Kamer geen enkel vraag of opmerking op. Wij hadden dan ook verwacht dat de consultatieversie zou voorzien in wijziging van artikel 446 dat de reikwijdte van de Wgbo bepaalt. Dat is echter niet het geval. Waarom de reikwijdte van de Wgbo buiten beschouwing is gebleven in deze consultatieversie is niet toegelicht. De toelichting volstaat met de mededeling dat met het opknippen van de Wcz in vier delen de beoogde reikwijdteverbreding van de Wgbo vervallen is.

¹ Zie RVZ: *De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?* En prof. Mr. J. Legemaate: *Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak* (achtergrondstudie bij de Staat van de gezondheidszorg 2006)

De toelichting meldt vervolgens (blz. 16) dat *'met het oog op de specifieke karakteristieken van Wlz-zorg en rekening houdend met administratieve lastendruk, (...) de bepalingen uit de Wgbo in samenhang (zullen) worden gezien en getoetst worden op hun relevantie en hun toegevoegde waarde voor de langdurige zorg'*. Dit zal in nauwe samenspraak met veldpartijen plaatsvinden. Het is ons niet helemaal helder wat hiermee gezegd is, maar wij zijn graag bereid in overleg te treden over de toepassing van de Wgbo op de langdurige zorg. Wij nemen aan dat dit overleg nog van invloed kan zijn op het voorliggende wetsvoorstel en dat het wetsvoorstel dus pas naar de ministerraad wordt gestuurd nadat dit overleg is afgerond. Wij verzoeken de ministers ons hierover uitsluitsel te geven.

Reactie per onderdeel

Artikel 1 (wijzigingen Wgbo)

Onderdeel A (informatieverstrekking)

De eerste volzin van het eerste lid van artikel 448 bepaalt dat de hulpverlener de patiënt *'op duidelijke wijze en desgevraagd schriftelijk'* inlicht over *'het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt'*. De consultatieversie voegt daaraan toe dat de hulpverlener de patiënt inlicht op *'een wijze passend bij diens bevattingsvermogen'* en dat de hulpverlener de patiënt niet alleen inlicht, maar ook met hem overlegt. Wij vinden beide toevoegingen overbodig. De hulpverlener moet de patiënt de informatie verstrekken die nodig is om een weloverwogen besluit te nemen. Het spreekt voor zich dat hij overlegt met de patiënt en de patiënt informeert op een manier die voor de patiënt begrijpelijk is.

De consultatieversie voegt aan deze bepaling toe dat de hulpverlener moet vragen of de patiënt schriftelijk, langs elektronische weg of op andere wijze informatie wil ontvangen en dat de hulpverlener hem de gevraagde informatie op de gevraagde wijze moet verstrekken. Daarop wordt een uitzondering gemaakt voor het geval het verstrekken van informatie niet in redelijkheid van de hulpverlener gevergd kan worden.

In de toelichting bij dit artikel wordt verwezen naar het burgerinitiatief Schriftelijk informatieplicht medische behandelingsovereenkomst. Dit initiatief zou aangeven dat de patiënt wil dat de hulpverlener hem vraagt of hij informatie wil hebben en zo ja hoe deze verstrekt moet worden. De strekking van dit burgerinitiatief was echter een andere. De initiatiefnemers stellen voor dat de arts verplicht wordt om, voorafgaand aan een operatie of toepassing van een medisch hulpmiddel, aan de patiënt schriftelijke informatie te verstrekken, vergelijkbaar met de bijsluiter die bij geneesmiddelen gevoegd moet worden.

De minister van VWS heeft dit voorstel van de hand gewezen omdat informatieverstrekking aan de patiënt afdoende geregeld is in de Wkkgz (33.417, nr. 31). De Tweede Kamer steunt deze lijn en heeft met algemene stemmen een motie aangenomen die de strekking heeft om te bevorderen dat in de praktijk goede informatie verstrekt wordt (33.898, nr. 2).

Wij onderschrijven die lijn. Wij zien niet in waarom alsnog gekozen wordt voor wijziging van de Wgbo. De voorgestelde wijziging is niet gevraagd door het burgerinitiatief noch door een andere belangengroep.

Wij stellen voor om artikel 448 algemeen te formuleren, bijvoorbeeld: *'De hulpverlener bespreekt met de patiënt de behandelmogelijkheden en informeert de patiënt op zodanige wijze dat deze redelijkerwijs in staat is om een weloverwogen besluit te nemen over behandeling'*.

Hoe de hulpverlener dit precies doet en welke vragen hij zoal moet stellen hoort niet bij wet geregeld te worden. Waar nodig kan het veld richtlijnen ontwikkelen of dit onderwerp regelen in tweezijdige algemene voorwaarden. Hierin kan ook aandacht worden besteed aan de veiligheidsrisico's van informatieverstrekking langs elektronische weg.

In dit verband wijzen wij erop dat informatieverstrekking aan de patiënt ook geregeld is in artikel 10 Wkkgz en in artikel 38 Wmg. Wij zien hierin een reden te meer om in de Wgbo te volstaan met een algemeen geformuleerde bepaling.

Het is ons niet duidelijk of de tweede volzin van het eerste lid van artikel 448 gehandhaafd blijft. In de tekst van de consultatieversie is dat niet het geval, in de artikelsgewijze toelichting wordt de tweede volzin echter wel genoemd. De tweede volzin bepaalt dat de hulpverlener de patiënt die jonger is dan 12 jaar inlicht over diens behandeling op zodanige wijze als past bij diens bevattingvermogen. Deze bepaling vormt een aanvulling op de informatieplicht uit de eerste volzin. De eerste volzin heeft de strekking om degene wiens toestemming vereist is adequaat te informeren. De tweede volzin waarborgt dat in situaties waarin de patiënt geen toestemming kan geven hij toch geïnformeerd wordt. Wij vinden dit een zinvolle aanvulling en stellen voor deze niet alleen te laten gelden voor kinderen jonger dan 12 jaar, maar ook voor iedereen die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake en aan wie derhalve geen toestemming wordt gevraagd. Ook ten aanzien van hen is informatieverstrekking zinvol. Deze informatieverstrekking heeft een ander doel en zal dan ook zowel qua vorm als qua inhoud kunnen verschillen van de informatieverstrekking aan degene wiens toestemming vereist is.

Onderdeel B (vastleggen toestemming voor ingrijpende verrichtingen)

Het huidige artikel 451 bepaalt dat de hulpverlener schriftelijk vastlegt voor welke ingrijpende verrichtingen de patiënt toestemming heeft gegeven als de patiënt hem dit vraagt. De evaluatie van de Wgbo wijst uit dat patiënten van deze mogelijkheid geen gebruik maken. In het evaluatierapport (blz. 119) wordt dan ook geconcludeerd dat deze bepaling kan worden gemist. In de consultatieversie wordt deze bepaling geschrapt. Wij zijn het daarmee eens. Het is ons echter niet duidelijk waarom de consultatieversie in plaats daarvan voorziet in een bepaling op grond waarvan in het dossier moet worden vastgelegd voor welke handelingen van ingrijpende aard de patiënt toestemming heeft gegeven. Wij vinden dit een overbodige bepaling.

Adequate dossiervoering houdt in dat vastgelegd wordt dat een patiënt toestemming heeft gegeven voor een ingrijpende verrichting. Het is immers van belang dat ook andere hulpverleners die het dossier gebruiken daarvan op de hoogte zijn. Overigens is het ook in het belang van de hulpverlener dat hij vastlegt dat de patiënt toestemming heeft gegeven, hij kan daar dan op terugvallen als dit achteraf ter discussie wordt gesteld. Inhoudelijk hebben wij geen bezwaar, wel vinden wij het ongewenst om bij wet te regelen wat een hulpverlener precies in het dossier moet zetten.

Onderdeel C (wijzigingen dossierplicht)

In het eerste lid van artikel 454 wordt een zinsnede geschrapt omdat deze mogelijkwerwijs begrepen zou kunnen worden als alleen betrekking hebbend op papieren stukken en niet op bijvoorbeeld röntgenfoto's. Het is ons niet bekend dat daarover misverstanden bestaan, niettemin hebben wij geen bezwaar tegen deze wijziging. Volgens de toelichting is de strekking van deze wijziging mede

om duidelijk te maken dat alle gegevens met betrekking tot een patiënt tot het dossier behoren. Dit doel wordt naar onze indruk niet bereikt, daarvoor zou een definitie nodig zijn van het dossier. Wij wijzen in dit verband op het wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens (33 509) dat een dossier definieert als: *'de schriftelijk of elektronisch vastgelegde gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een cliënt'*.

Het tweede lid voegt aan artikel 454 toe dat het in het dossier moet worden vastgelegd indien een patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. Wij stellen voor daaraan toe te voegen dat vermeld wordt wie de patiënt dan vertegenwoordigt.

Wij wijzen erop dat hier samenloop ontstaat met artikel 8.1.3, tweede lid Wlz dat bepaalt dat wilsonbekwaamheid in het zorgplan moet worden vastgelegd. Op het zorgplan is de Wgbo niet van toepassing. Wij verzoeken u te verduidelijken hoe beide bepalingen zich tot elkaar verhouden.

In het derde lid wordt bepaald dat door de patiënt afgegeven verklaringen desgevraagd aan het dossier worden toegevoegd. De toevoeging desgevraagd is ons niet helder. Als een patiënt de hulpverlener een verklaring geeft, mag worden aangenomen dat het de bedoeling is dat de hulpverlener die bewaart en dat kan niet anders dan door toevoeging aan het dossier. Wij vinden dit een overbodige bepaling

Het vierde lid voorziet in verlenging van de bewaartermijn van medische dossiers tot 20 jaar. De onderbouwing van deze termijn in de toelichting bij de consultatieversie overtuigt ons niet. Terecht wijst de toelichting erop dat langer bewaren hogere administratieve lasten met zich meebrengt. Deze lasten moeten in een redelijke verhouding staan met het doel dat met verlenging van de bewaartermijn wordt beoogd. Wij verzoeken u dit punt nader te onderbouwen.

De toelichting vermeldt (op blz. 8) dat de verlenging van de bewaartermijn uitsluitend bedoeld is om het belang van de patiënt zelf te dienen. Dit roept de vraag op waarom het dossier ook na overlijden van de patiënt nog 20 jaar bewaard moet worden. De patiënt zelf heeft daar immers geen enkel belang bij. Met name voor de ouderenzorg is dit een relevante vraag. Wij zien niet goed in waarom een dossier met betrekking tot de langdurige zorg, die iemand in de laatste één of twee jaar van zijn leven heeft ontvangen, gedurende twintig jaar na diens overlijden bewaard moet worden. Wij zien ook niet in welke belang er mee gediend is dat dossiers van de wijkverpleging twintig jaar worden bewaard. Wij geven in overweging om de bewaartermijn na overlijden van de patiënt te verkorten tot bijvoorbeeld vijf jaar. Een bewaartermijn van vijf jaar wordt ook in het Besluit patiëntendossier Bopz gehanteerd en valt bovendien samen met de verjaringstermijn van een vordering tot schadevergoeding.

Een nieuw voorgesteld vijfde lid verplicht de hulpverlener om de bewaartermijn te verlengen indien de patiënt hierom vraagt en voor zolang als de patiënt wil, voor zover dit redelijkerwijs van de hulpverlener kan worden verlangd. Wij zijn van mening dat hier een niet bestaand probleem wordt opgelost. Als de patiënt vindt dat zijn dossier langer bewaard moet worden dan de wettelijke bewaartermijn kan hij een kopie vragen en die zo lang bewaren als hij wenselijk vindt. Wij stellen derhalve voor dit artikel te schrappen.

De NFU vraagt in dit verband de aandacht voor de afwijkende dossierplicht van de zes publiekrechtelijke UMC's. Zij zijn op grond van de Archiefwet verplicht om het kern dossier te bewaren tot 115 jaar na de geboorte van de patiënt. Dit levert hoge administratieve lasten op, bovendien kan niet gegarandeerd worden dat gegevens na 115 jaar nog reproduceerbaar zijn en is

niet goed aan de patiënt uit te leggen waarom in deze UMC's een andere bewaartermijn geldt dan in de andere ziekenhuizen, waaronder de twee privaatrechtelijke UMC's. De NFU stelt daarom voor om de afwijkende bewaartermijn voor de publiekrechtelijke UMC's te schrappen.

Onderdeel D (tekstuele wijziging)

Geen opmerkingen

Onderdeel E (tekstuele wijziging)

Geen opmerkingen

Onderdeel F (tekstuele wijziging)

Wij stellen voor de toevoeging over de toestemming om inzage in het dossier te verlenen na overlijden te verplaatsen naar onderdeel H zodat daar de regels over inzage van het dossier na overlijden van de cliënt samengebracht worden.

Onderdeel G (tekstuele wijziging)

Geen opmerkingen.

Onderdeel H (inzagerecht nabestaanden)

De toelichting vermeldt (op blz. 10 – 11) dat naar huidig recht nabestaanden in twee situaties inzage van het dossier kan worden gegeven:

- a. als toestemming van de overledene verondersteld mag worden én de nabestaande een rechtmatig belang heeft bij inzage;
- b. als de nabestaande een zwaarwegend belang heeft bij inzage.

Dit is onzes inziens een onjuiste weergave in zoverre dat naar huidig recht inzage kan worden verleend als toestemming verondersteld mag worden, ongeacht of de nabestaande hierbij een rechtmatig belang heeft. Veronderstelde toestemming van de overledene is derhalve een zelfstandige grond op basis waarvan nabestaanden inzage in het dossier verleend kan worden. Als toestemming niet is gegeven en ook niet verondersteld mag worden, kan inzage alleen gegeven worden in de bij b genoemde situatie. Het toetsingscriterium is dan of de nabestaande een zodanig zwaarwegend belang heeft bij inzageverlening dat dit gerechtvaardigd is ondanks dat de overledene hier geen toestemming voor heeft gegeven en toestemming ook niet verondersteld kan worden.

Ter onderbouwing van onze stelling dat veronderstelde toestemming een zelfstandige grond is op basis waarvan inzage in het dossier verleend kan worden, verwijzen wij naar:

- a. de in vervolg op de evaluatie van de Wgbo ontwikkelde en door alle veldpartijen onderschreven handreikingen Van Wet naar Praktijk (zie deel 4, *Toegang tot patiëntengegevens*, blz. 24);
- b. de KNMG-Richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens, waarin als voorbeeld van een situatie waarin toestemming verondersteld mag worden genoemd wordt *'als het gaat om een nabestaande die bij leven een goede band had met de overledene'*;
- c. handboeken over gezondheidsrecht²;
- d. de jurisprudentie.

Wat de jurisprudentie betreft kunnen wij merkwaardigerwijs verwijzen naar de arresten van Hof Den Bosch en Hof Arnhem die in de toelichting (noot 55) genoemd worden als voorbeelden van

² Zie Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, zesde druk 2014, blz. 149 en Engberts e.a., *Gezondheidsrecht*, tweede herziene druk 2009, blz. 45 en 46.

uitspraken waarin veronderstelde toestemming én een rechtmatig belang bij inzage noodzakelijk worden geacht om inzage te kunnen verlenen. In geen van beide arresten is dat echter het geval. In beide arresten is eerst aan de orde of toestemming verondersteld mag worden. Dat is in beide niet het geval, waarna beoordeeld wordt of de nabestaande een zwaarwegend belang heeft dat doorbreking van de geheimhoudingsplicht rechtvaardigt. Dat is geheel conform onze weergave van het huidige recht.

Kortom, naar huidig recht kan een hulpverlener een nabestaande inzage verlenen in het dossier van een overleden patiënt als de toestemming van de overledene verondersteld mag worden. Dit is in de regel het geval als de nabestaande een goede verstandhouding had met de overledene. Anders dan de toelichting veronderstelt, is inzageverlening aan nabestaanden in de meeste gevallen niet problematisch.

De consultatieversie houdt een substantiële beperking in van de mogelijkheden om nabestaanden inzage in het dossier te geven door de in de praktijk meest gebruikte grond daarvoor – veronderstelde toestemming – te vervangen door drie wettelijke gronden:

- a. een inzagerecht van wettelijke vertegenwoordigers van een overledene jonger dan 16 jaar;
- b. inzagerecht voor degenen aan wie een calamiteit / geweld in de zorgrelatie is gemeld;
- c. inzagerecht voor de voormalige vertegenwoordiger die zich verweert in een procedure over de vraag of hij als goed vertegenwoordiger heeft gehandeld.

Daarnaast wordt de jurisprudentie over de mogelijkheid om de geheimhoudingsplicht te doorbreken op basis van zwaarwegende belangen van de nabestaande gecodificeerd.

Wij onderschrijven de wenselijkheid van een wettelijke regeling van het inzagerecht van nabestaanden. De in de consultatieversie beschreven regeling voldoet echter naar onze mening niet, onder meer omdat de mogelijkheden om nabestaande inzage te verlenen daarin te veel beperkt worden.

Wij stellen de volgende wijzigingen voor:

- a. degene die wettelijke vertegenwoordiger was van de patiënt of op basis van de Wgbo namens de patiënt beslissingen nam of had kunnen optreden als de patiënt daartoe zelf niet in staat zou zijn geweest, krijgt het recht om diens dossier na overlijden in te zien.

De consultatieversie geeft de wettelijke vertegenwoordigers van kinderen jonger dan 16 jaar het recht om het dossier van het kind na diens overlijden in te zien. Wij stellen voor dit recht ook toe te kennen aan wettelijke vertegenwoordigers van kinderen van zestien jaar en ouder en van meerderjarigen. Deze vertegenwoordigers kunnen bij leven het dossier van de patiënt inzien, wij zien niet in waarom dat vanaf het moment van diens overlijden niet meer zou kunnen.

Wij stellen voor het inzagerecht ook toe te kennen aan degene die op grond van de Wgbo namens de patiënt beslissingen nam of genomen had kunnen hebben als de patiënt wilsonbekwaam zou zijn geworden. Had de overleden patiënt een echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel, dan heeft deze dus inzage in diens dossier. Had de patiënt geen echtgenoot of daarmee gelijkgestelde persoon, dan hebben de kinderen inzagerecht. Zodoende is er in de meeste gevallen altijd één persoon die inzage heeft in het dossier van de overledene (behoudens hierna te noemen uitzonderingen).

Het voorgestelde inzagerecht van de vertegenwoordiger die zich verweert in een procedure waarin hem verweten wordt niet als goed vertegenwoordiger gehandeld te hebben, kan hiermee vervallen. De vertegenwoordiger heeft immers op basis van dit voorstel altijd inzagerecht. Ook het voorgestelde inzagerecht van degene aan wie een calamiteit of geweld in de zorgrelatie is gemeld kan in dit voorstel vervallen. Dat is immers degene die op basis van dit voorstel altijd inzagerecht heeft.

- b. Daarnaast blijft wat ons betreft de mogelijkheid gehandhaafd om inzage te krijgen op basis van zwaarwegende belangen die doorbreking van de geheimhoudingsplicht rechtvaardigen. Wij vinden echter dat niet de hulpverlener, maar de rechter hierover behoort te beslissen.

Wij vinden dat een hulpverlener niet is toegerust om te beoordelen of een nabestaande *'met voldoende concrete aanwijzingen aantoont'* dat hij *'een zwaarwegend belang'* heeft en dat inzage in het dossier *'noodzakelijk'* is voor de behartiging van dat belang. Wij vinden het bovendien niet gerechtvaardigd dat een hulpverlener in een langlopende en kostbare juridische procedure wordt betrokken als hij weigert inzage te verlenen en degene die inzage verlangt daarin niet berust. Wij stellen daarom voor dat degene die op deze grond inzage in het dossier verlangt aan de rechter moet vragen of de hulpverlener hem in de gegeven omstandigheden inzage moet verlenen. De rechter is toegerust om belangen af te wegen en kan in dat kader zo nodig de andere nabestaanden en de hulpverlener horen.

Aldus gewijzigd ontstaat een heldere en in de praktijk goed uitvoerbare regeling die inhoudt dat de hulpverlener inzage in het dossier van een overleden patiënt kan geven aan:

- a. degene aan wie de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven;
- b. degene die bij leven van de patiënt diens wettelijk vertegenwoordiger was of die op basis van de Wgbo besliste namens de patiënt of had kunnen beslissen als de patiënt wilsonbekwaam zou zijn geworden;
- c. degene die op basis van een uitspraak van de rechter gerechtigd is het dossier in te zien.

De consultatieversie maakt drie uitzonderingen op de geboden mogelijkheden om inzage in het dossier te geven. Inzage wordt alleen geboden:

- a. voor zover dit nodig is om aan het doel van inzage tegemoet te komen;
- b. voor zover de persoonlijke levenssfeer van een derde niet wordt geschaad;
- c. voor zover de overledene bij leven mondeling of schriftelijk niet heeft aangegeven dat hij niet wil dat zijn nabestaande zijn dossier inziet.

Ten aanzien van de sub c genoemde uitzondering constateren wij dat de tekst van onderdeel H (van zowel artikel 1 als artikel 2) niet aansluit bij de toelichting (op blz. 16). De toelichting staat dat geen inzage wordt verleend als de overledene daar bij leven bezwaar tegen heeft gemaakt. In de tekst (het voorstelde lid 3 van artikel 458a) staat echter dat toestemming nodig is. Dat laatste past onzes inziens niet in de systematiek van dit voorstel en is wat ons betreft ook ongewenst.

Uitgaande van de in de toelichting genoemde bezwaarmogelijkheid zouden wij nog willen toevoegen dat zo'n bezwaar geen effect heeft ten aanzien van de wettelijke vertegenwoordigers en degenen die door de rechter tot inzage zijn gemachtigd. De bezwaarmogelijkheid is derhalve alleen van belang als een patiënt wil uitsluiten dat aan personen die op basis van de Wgbo (kunnen) inzage in zijn dossier krijgen. Als iemand wil voorkomen dat zijn kinderen na zijn dood inzage krijgen in zijn

dossier kan hij dit dus bereiken door een daartoe strekkende verklaring aan de hulpverlener te geven.

In dit verband vermelden wij tot slot nog dat wij een mondelinge verklaring niet voldoende vinden om het inzagerecht te beperken. Het is voor nabestaanden moeilijk te accepteren als een hulpverlener geen inzage geeft enkel omdat de overledene tegen hem gezegd heeft dat hij dat niet wil. Wij geven daarom de voorkeur aan een schriftelijke of elektronische verklaring.

Een andere onderwerp waarvoor wij in dit verband de aandacht vragen is het klachtrecht van nabestaanden.

De Wkkgz biedt nabestaanden de mogelijkheid om een klacht in te dienen over gedragingen jegens de overleden cliënt. Het is onmogelijk een klacht te behandelen zonder daarbij gegevens over de overleden cliënt met de klager te delen. Naar huidig recht is dat geen probleem omdat toestemming van de overledene verondersteld kan worden (zie bijvoorbeeld de hiervoor genoemde KNMG Richtlijn). Nu de consultatieversie veronderstelde toestemming als grond voor informatieverstrekking over de overledene schrapt, wordt daarmee het klachtrecht van nabestaanden de facto afgeschaft (behoudens voor zover het een klacht betreft over een gemelde calamiteit of geweld in de zorgrelatie).

Wij stellen voor dit te voorkomen door de mogelijkheid om een klacht in te dienen toe te kennen aan degenen die volgens ons voorstel inzage in het dossier kunnen krijgen. In concreto houdt dat in dat de Wkkgz gewijzigd zou moeten worden, zodat niet de nabestaanden in de zin van de Wkkgz een klacht kunnen indienen, maar degenen die op grond van de Wgbo, zoals gewijzigd conform ons voorstel, inzage hebben in het dossier van de overledene. Het betreft derhalve degene die toestemming heeft gekregen van de patiënt, degene die bij leven van de patiënt diens wettelijk vertegenwoordiger was en degene die bij leven van de patiënt op grond van de Wgbo beslissingen over hem nam of had kunnen nemen als de patiënt wilsonbekwaam geweest zou zijn. Een en ander voor zover de genoemde uitzonderingsgronden niet noodzaken tot beperking van de informatieverstrekking of deze uitsluiten.

Onderdeel I (tekstuele wijziging)

Geen opmerkingen.

Artikel II (wijzigingen Jeugdwet)

De bepalingen uit de Jeugdwet die volgens de consultatieversie gewijzigd worden, stemmen overeen met de bepalingen uit de Wgbo. Ook de voorgestelde wijzigingen stemmen overeen. Ons commentaar ten aanzien van de Wgbo geldt dan ook tevens voor de voorgenomen wijzigingen in de Jeugdwet. Wij beperken onze reactie op artikel II daarom tot een opmerking.

De Wgbo gaat ervan uit dat één persoon, de patiënt, behandeld wordt. Het dossier heeft betrekking op de patiënt, de patiënt heeft daarin inzage en kan om vernietiging van (gedeelten van) het dossier vragen. Jeugdhulp wordt vaak niet aan één persoon, de jeugdige, verleend, maar ook aan de ouders of aan het hele gezin en soms aan het hele sociale netwerk van de jeugdige. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zogeheten Multisysteemtherapie (MST) en bij MultiDimensionele FamilieTherapie (MDFT). De Jeugdwet houdt hiermee rekening door de rechten ten aanzien van het dossier niet alleen toe te kennen aan de jeugdige, maar aan iedere betrokkene. Een betrokkene is: degene aan wie rechtstreeks jeugdhulp wordt verleend. Ouders kunnen dus in twee hoedanigheden inzage vragen, in hun hoedanigheid van betrokkene en, op basis van art. 7.3.15 Jeugdwet, in hun hoedanigheid van

vertegenwoordiger van de jeugdige. De regels uit de Wgbo zijn er naar onze indruk niet op toegesneden dat een dossier betrekking heeft op meerdere personen en dat derhalve ook meerdere personen inzage kunnen vragen en gehele of gedeeltelijke vernietiging van het dossier kunnen vragen. Wij stellen voor om nader te bestuderen of op deze situatie toegesneden regels wenselijk zijn. Is dit het geval dan kan overwogen worden deze ook in de Wgbo op te nemen omdat deze en vergelijkbare therapieën ook worden ingezet in de geestelijke gezondheidszorg en in de gehandicaptenzorg.

Artikel III (wijziging wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg)

Voor kennisgeving aangenomen.

Artikel IV (wijziging Wmo 2015)

Dit artikel wijzigt onder andere het tijdstip waarop de bewaartermijn van artikel 5.3.4 Wmo 2015 begint te lopen. Wij zijn het eens met deze wijziging. Tevens stellen wij voor deze bewaartermijn drastisch te verkorten omdat wij niet inzien waarom dossiers over bijvoorbeeld de dagopvang of het verlenen van huishoudelijke hulp vijftien jaar lang bewaard zouden moeten worden.

In de Wmo 2015 ontbrak in eerste instantie een bewaartermijn voor dossiers van cliënten die gebruik maken van maatschappelijke ondersteuning. Alleen voor het AMHK gold zo'n termijn, te weten vijftien jaar. Hiermee werd aangesloten bij bewaartermijn uit de Wgbo. Middels een nota van wijziging werd deze termijn vervolgens, zonder enige onderbouwing, ook van toepassing verklaard op dossiers van cliënten die gebruik maken van maatschappelijke ondersteuning. De enige reden waarom deze dossiers vijftien jaar bewaard moeten worden is dus: omdat het ook in de zorg gebeurt. De consultatieversie laat de koppeling tussen de bewaartermijnen van zorgdossiers en ondersteuningsdossiers los. De enige reden dat ondersteuningsdossiers vijftien jaar bewaard moeten worden is dan dus: omdat dat voorheen de in de zorg gebruikelijke termijn was. Dat argument kan voortzetting van de forse administratieve last die het vijftien jaar bewaren van dossiers met zich meebrengt niet rechtvaardigen. Wij stellen daarom voor de bewaartermijn in de Wmo 2015 te schrappen, zodat dossiers niet langer bewaard mogen worden dan nodig is voor het doel waarvoor zij zijn gevormd, dan wel drastisch in te korten.

Artikel V (inwerkingtreding)

Voor kennisgeving aangenomen.

Aanvullende opmerkingen

Artikel 462 (centrale aansprakelijkheid)

Het wetsvoorstel heeft als doel om de Wgbo weer up to date te brengen. Wij stellen voor in dit kader ook aandacht te besteden aan artikel 462. Dit artikel regelt de zogeheten centrale aansprakelijkheid. De regeling houdt in dat, indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij de overeenkomst geen partij is, het ziekenhuis mede aansprakelijk is voor tekortkomingen daarbij. Met deze regeling werd destijds beoogd een oplossing te bieden voor problemen die zich met name in ziekenhuizen konden voordoen waar medisch specialisten op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam zijn. In zo'n situatie heeft de patiënt twee behandelingsovereenkomsten, een behandelingsovereenkomst met het ziekenhuis en een behandelingsovereenkomst met de medisch specialist. Het kan dat voorkomen dat iets misgaat waardoor de patiënt schade lijdt zonder dat duidelijk is in het kader van welke behandelingsovereenkomst dat is gebeurd. Om bewijsproblemen van de patiënt te voorkomen, is

bepaald dat in deze situatie het ziekenhuis aansprakelijk is, ook als het schade mocht betreffen die niet is ontstaan bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst met het ziekenhuis maar bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst met de medisch specialist.

Het tweede lid van artikel 462 geeft een definitie van een ziekenhuis. Daaronder wordt verstaan: *een krachtens artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting toegelaten instelling of afdeling daarvan, een academisch ziekenhuis alsmede (etc).*

Wij wijzen erop dat sinds de introductie van de integrale bekostiging en de vorming van het medisch specialistisch bedrijf in ziekenhuizen de patiënt alleen met het ziekenhuis een behandelingsovereenkomst sluit (zie over dit onderwerp bijvoorbeeld Het lot van de behandelingsovereenkomst, Medisch Contact 2014, nr. 37). Het belangrijkste probleem waarvoor artikel 462 de oplossing was, bestaat dus niet meer. Dit roept de vraag op welke functie artikel 462 nu nog heeft. Wij verzoeken u deze vraag bij de actualisatie van de Wgbo te betrekken en daarbij ook aandacht te besteden aan aansprakelijkheidsvragen die kunnen ontstaan als zorg extramuraal in onderlinge samenwerking door meerdere aanbieders wordt geboden. In zo'n situatie zou zich immers het probleem kunnen voordoen dat het voor de patiënt niet duidelijk is wie hij voor eventuele schade aansprakelijk kan stellen.

Mocht uw conclusie zijn dat het zinvol is om artikel 462 te handhaven dan is de volgende vraag op welke zorgaanbieders het van toepassing moet zijn. De definitie uit het tweede lid koppelt de toepassing van de centrale aansprakelijkheid aan toelatingen op basis van de Wtzi. De genoemde toelatingen bestaan echter al sinds 2003 niet meer. De zorgaanbieders die destijds een toelating als verpleeginrichting of als zwakzinnigeninrichting hadden, hebben inmiddels functioneel omschreven toelatingen, waarbij voor de toepassing van de Wgbo met name de toelating voor behandeling relevant is. De toelating als ziekenhuis is vervangen door de toelating als instelling voor medisch-specialistisch zorg. De term academisch ziekenhuis is sinds de vorming van de UMC's eveneens gedateerd.

Wij merken nog op dat de centrale aansprakelijkheid van toepassing is op handelingen die in een bepaalde locatie verricht zijn. De huidige functioneel omschreven toelatingen hebben geen betrekking op locaties en zijn dus niet bruikbaar als criterium op basis waarvan een locatie bepaald kan worden waar de centrale aansprakelijkheid van toepassing is.

Tot slot wijzen wij er in dit verband nog op dat ook in de Wet op de orgaandonatie (artikel 1) en in het Wetboek van Strafrecht (artikel 90 sexies) verwezen wordt naar niet meer bestaande toelatingen. Het betreft toelatingen als ziekenhuis of verpleeginrichting respectievelijk toelatingen als ziekenhuis, verpleeginrichting en zwakzinnigeninrichting. Wij verzoeken u ook deze artikelen te betrekken bij de verdere voorbereiding van dit wetsvoorstel.

Artikel 465 (vertegenwoordiging)

Artikel 456 regelt onder meer de vertegenwoordiging van wilsonbekwame meerderjarigen door familieleden. Hierbij wordt een rangorde aangegeven, waarbij als eerste de echtgenoot of geregistreerde partner dan wel levensgezel in aanmerking komt en als tweede iemand uit de categorie die bestaat uit ouders, broers en zusters en kinderen. Wij constateren dat het met enige regelmaat voorkomt dat niemand uit deze twee categorieën beschikbaar is om als

vertegenwoordiger op te treden en stellen daarom voor een derde categorie toe te voegen, bestaande uit grootouders en kleinkinderen.

Dossiers

De toelichting bij de consultatieversie (blz. 22) vermeldt terecht dat het kan voorkomen dat een zorgaanbieder meerdere dossiers met betrekking tot dezelfde patiënt beheert. De toelichting voegt daaraan toe dat deze dossiers dan samen één dossier vormen. Naar onze indruk kan deze stelling niet op de Wgbo gebaseerd worden. De dossierplicht (art. 454) heeft betrekking op de behandeling die in het kader van een behandelingsovereenkomst plaatsvindt. Met het beëindigen van de behandeling eindigt ook de behandelingsovereenkomst en wordt het dossier gesloten. Wordt, wellicht jaren later en met een heel andere ziekte, een nieuwe behandeling gestart, dan wordt ook een nieuw dossier aangemaakt.

Dit punt is mede van belang omdat volgens de consultatieversie de bewaartermijn begint te lopen op het tijdstip waarop de laatste wijziging van het dossier heeft plaatsgevonden. Als meerdere dossiers samen één dossier vormen kan (behoudens overlijden van de patiënt) niet vastgesteld worden wanneer de laatste wijziging plaatsvindt. Wij verzoeken u dit punt te verhelderen. Wij verzoeken u tevens om in het kader van dit wetsvoorstel aandacht te besteden aan de vraag hoe de Wgbo zich verhoudt tot technologische ontwikkelingen die tenderen naar een ontwikkeling van een dossier per overeenkomst naar een dossier per patiënt, waarin informatie uit meerdere overeenkomsten en van verschillende zorgaanbieders samengebracht wordt, zoals het persoonlijk gezondheidsdossier.

Rapport SIRA

In de toelichting bij de consultatieversie wordt de regeldruktoets van SIRA consulting genoemd. Wij betreuren het dat deze toets niet samen met de consultatiestukken openbaar is gemaakt en verzoeken u dit alsnog te doen als het wetsvoorstel wordt ingediend bij de Tweede Kamer.

Uiteraard zijn de NVZ, de NFU, de VGN en ActiZ graag bereid deze reactie toe te lichten, hiervoor kunt u contact opnemen met Michiel Kooijman, 030 2739790.