Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens

Januari 2010

Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens
Vastgesteld door de Algemene Vergadering van de KNMG op 15 december 2009, in werking getreden op 1 januari 2010.

www.knmg.nl/publicatie/medischegegevens
www.knmg.nl/dossier/medischegegevens

Overname van teksten uit deze Richtlijnen is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding:
Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, KNMG, januari 2010.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Postbus 20051
3502 LB Utrecht
www.knmg.nl

Inhoud

Voorwoord

Leeswijzer

1 Dossier en bewaartermijn ... 2
1.1 Dossierplicht ... 2
1.2 Omvang van het dossier ... 3
1.3 Persoonlijke werkaantekeningen ... 4
1.4 Beheer van dossier ... 5
1.5 Eigendom van het dossier ... 5
1.6 Overdracht dossier bij ontstentenis van de arts ... 6
1.7 Overdracht dossier bij verandering van (huis)arts ... 6
1.8 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten ... 7
1.9 Bewaartermijnen ... 7
1.9.1 Hoofdregel ... 7
1.9.2 Afwijken van hoofdregel ... 8

2 Patiëntenrechten met betrekking tot het dossier ... 11
2.1 Inzage en afschrift van het dossier ... 11
2.2 Verklaring toevoegen aan dossier, recht op correctie en afscherming ... 12
2.3 Recht op verwijdering en vernietiging ... 13
2.4 Het beroepsgeheim en het recht op geheimhouding ... 14
2.4.1 Het beroepsgeheim ... 14
2.4.2 Algemene uitzonderingen op het beroepsgeheim ... 16

3 Omgaan met medische gegevens: enkele specifieke situaties ... 19
3.1 Algemeen uitgangspunt bij gegevensverstrekking op verzoek van derden ... 19
3.2 Geneeskundige verklaringen ... 20
3.3 Rechtstreeks betrokkenen en vervanger ... 21
3.4 Verwijsbrief en specialistenbrief ... 22
3.5 Gegevensverstrekking aan vertegenwoordigers ... 23
3.5.1 Gegevens aan vertegenwoordigers van minderjarigen ... 23
3.5.2 Informatie aan ouders na echtscheiding ... 25
3.5.3 Meerderjarige wilsonbekwamen ... 26
3.6 Gegevensverstrekking na de dood ... 26
3.7 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet Bopz ... 29
3.8 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet publieke gezondheid ... 30
3.9 Medische keuringen ... 32
3.10 Gegevensverstrekking in het kader van arbeid, arbeidsverzuim en reïntegratie ... 34
3.11 Gegevensuitwisseling in het kader van wettelijke sociale verzekeringen ... 35
3.12 Gegevensverstrekking in het kader van letselschade en private schadeverzekeringen 36
3.13 Gegevensuitwisseling met zorgverzekeraars ... 38
3.14 Gegevensverstrekking aan levensverzekeraar na overlijden ... 39
3.15 Gegevensuitwisseling in het kader van indicatiestelling Wmo/ AWBZ ... 40
3.16 Elektronische gegevens ... 41
3.17 Identificatie ... 43
3.18 Beeld- en geluidsopnamen ... 44
3.19 Informatie in het kader van incidentmeldingen ... 46
3.20 Gegevensverstrekking aan de IGZ ... 48

3.21 Gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, statistiek en onderwijs 49
3.22 Verwijsindex risicojongeren, kindermishandeling en huiselijk geweld 51
3.22.1 Verwijsindex Risicojongeren 51
3.22.2 Kindermishandeling..... 53
3.22.3 Huiselijk geweld 54
3.23 Politie en justitie 54
3.24 De arts in rechte..... 57
3.24.1 De arts als getuige..... 57
3.24.2 De arts als aangeklaagde..... 58

Bijlage I : Weigeringsbriefje 60

Bijlage II : De prijs van een afschrift 62

Bijlage III : Aanvraagformulier medische informatie 63

Bijlage IV : Stappenplan bij Meldcode Kindermishandeling 65

Voorwoord

De federatie KNMG[1] besteedt veel aandacht aan vraagstukken rondom het beheer van patiëntengegevens en de uitwisseling daarvan. In dit kader stelt de KNMG van oudsher 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' vast. Al in 1949 verscheen het Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen, vanwege de groene kaft ook wel 'het groene boekje' genoemd. In dit rapport werd alleen ingegaan op de problematiek van de geneeskundige verklaringen. In de loop der jaren zijn verschillende onderwerpen aan het groene boekje toegevoegd, omdat de uitwisseling van gegevens binnen de zorg steeds vaker tot discussies leidde. De titel van het boekje is daarom gewijzigd in 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens', verder kortweg 'de Richtlijnen' genoemd. De laatste wijziging dateert uit 2003.

In de Richtlijnen komen de uitwisseling, opslag en vernietiging van medische gegevens aan bod. Bestaande wetgeving wordt beschreven, alsmede de interpretatie en de aanvulling daarvan door de KNMG. De onderwerpen die aan de orde komen, lenen zich in het algemeen voor een bredere bespreking. Gekozen is voor een benadering waarbij - zoveel mogelijk - alleen wordt ingegaan op gegevensbeheer of –verstrekking. In verschillende (KNMG-)publicaties wordt op andere aspecten van die onderwerpen nader ingegaan. Waar nodig wordt naar deze publicaties verwezen.

Leeswijzer

Dit boekje is opgedeeld in drie hoofdstukken. In de eerste twee hoofdstukken worden de dossierplicht, de bewaartermijn en de patiëntenrechten (waaronder het recht op geheimhouding) in algemene zin besproken. In het derde hoofdstuk komen enkele specifieke situaties aan de orde over het omgaan met medische gegevens.

Bent u op zoek naar een antwoord op een specifieke vraag over het al dan niet verstrekken van gegevens en het beroepsgeheim? Ga dan direct naar hoofdstuk 3. In hoofdstuk 2 vindt u een meer algemene beschouwing van het beroepsgeheim.

Heeft u vragen over de Richtlijnen, over ander KNMG-beleid of over medisch-ethische of juridische zaken, neem dan telefonisch contact op met de KNMG Artseninfolijn: (030) 28 23 322, e-mail: artseninfolijn@fed.knmg.nl. Ook kunt u de website bezoeken: www.knmg.nl/artseninfolijn.

De wetten waarnaar in de tekst wordt verwezen kunt u vinden op www.overheid.nl onder de rubriek 'Wet- en Regelgeving'.
Omwille van de leesbaarheid zijn steeds mannelijke aanduidingen gebruikt.

[1] De federatie KNMG bestaat uit de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Orde van Medisch Specialisten (Orde), Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en sociaal geriaters (Verenso) en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG).

1 Dossier en bewaartermijn

1.1 Dossierplicht
1.2 Omvang van het dossier
1.3 Persoonlijke werkaantekeningen
1.4 Beheer van dossier
1.5 Eigendom van het dossier
1.6 Overdracht dossier bij ontstentenis van de arts
1.7 Overdracht dossier bij verandering van (huis)arts
1.8 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten
1.9 Bewaartermijnen

1.1 Dossierplicht

De arts richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van een patiënt.

De Regeling inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (ook wel de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst genoemd, hierna: Wgbo) verplicht hulpverleners (waaronder ook artsen) om met betrekking tot de behandeling van een patiënt een dossier in te richten.[2] In het dossier moet de arts alle gegevens omtrent de behandeling en de begeleiding van de patiënt bijhouden, voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is. Ook dient de arts andere stukken met relevante gegevens over de patiënt in het dossier op te nemen.

Deze verplichting is opgenomen, omdat een zorgvuldig bijgehouden dossier van belang is voor zowel de kwaliteit als de continuïteit van zorg aan de patiënt. Het doel van het dossier is een goede hulpverlening aan de patiënt. De arts, maar bijvoorbeeld ook de waarnemer, de opvolger en de arts-assistent moeten uit het dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt is.
De dossierplicht dient ook het recht van de patiënt op goede informatievoorziening; dit recht kan de patiënt effectueren via het recht op inzage en het recht op afschrift (zie hierna onder 2.1). Het dossier wordt daarnaast gebruikt voor een aantal andere doelen. Zo speelt het dossier een belangrijke rol bij de verantwoording en toetsbaarheid van het medisch handelen van de arts in bijvoorbeeld juridische procedures. Daarnaast wordt het dossier gebruikt voor kwaliteitstoetsing, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek.

Voor het afhandelen van klachten en claims is een zorgvuldig bijgehouden dossier van groot belang. Uit de jurisprudentie volgt dat van de arts mag worden verlangd dat hij voldoende feitelijke gegevens verstrekt en ervoor zorgt dat de patiënt bij de bewijslevering niet met lege handen staat. Er zal een evenwicht moeten worden gevonden tussen enerzijds het borgen van de kwaliteit en continuïteit van zorg, door zoveel mogelijk te noteren en anderzijds de administratieve lasten die dat meebrengt.
Mede met het oog op gegevensuitwisseling via het landelijk EPD, dienen artsen de gegevens helder geordend in het dossier bij te houden. De kwaliteit van het dossier bepaalt immers mede de kwaliteit van de zorg aan de patiënt. Met name als meerdere artsen betrokken zijn bij de behandeling is een goede verslaglegging door ieder van die hulpverleners essentieel. In paragraaf 3.16 wordt nader ingegaan op het EPD.

Dossier in instelling
Alle gegevens die in een instelling over een patiënt beschikbaar zijn, vormen gezamenlijk het dossier van de patiënt. Hiertoe horen onder meer medische gegevens, administratieve gegevens en verpleegkundige gegevens. De instelling is verantwoordelijke in de zin van de Wbp. Hier wordt in paragraaf 1.4 nader op ingegaan.

[2] Artikel 7:454 lid 1 BW.

1.2 Omvang van het dossier

In het dossier bewaart de arts gegevens omtrent de gezondheid en de behandeling van de patiënt. Slechts die gegevens die voor een 'goede hulpverlening' in de toekomst noodzakelijk zijn, moet de arts in het dossier opnemen. De arts beoordeelt per situatie welke gegevens hij in het dossier opneemt.

Globale inhoud van het dossier
Het is niet mogelijk om voor elke situatie precies aan te geven welke gegevens de arts in het dossier moet opnemen. De wet eist dat in het dossier gegevens worden opgenomen omtrent de gezondheid van de patiënt en de verrichtingen die bij de patiënt zijn uitgevoerd voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is. De inhoud van het dossier kan voor de verschillende medische beroepsgroepen (zoals basisartsen, huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen) verschillend zijn. Over het algemeen wordt in een medisch curatief dossier het volgende vastgelegd: (I) de inhoud van het medisch handelen, (II) gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg, (III) gegevens die voor een patiënt ook bij de volgende behandeling of een onderzoek relevant zijn en (IV) schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt.[3]

Ad I. Informatie over de inhoud van het medisch handelen
In ziekenhuizen geldt bijvoorbeeld dat in het dossier moet worden opgenomen: gegevens zoals de diagnose, het behandelingsplan, de onderzoeken, aantekeningen van gesprekken, voortgangrapportages, PA-verslag, anesthesieverslag, operatieverslag, CTG's, CT's, MRI's, belangrijke laboratoriumuitslagen, verwijs- en ontslagbrieven, röntgenfoto's en bevindingen van vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen. Ook het consultatieverslag inzake euthanasie, dat door de geconsulteerde arts wordt gemaakt, is onderdeel van het dossier. Tot het dossier behoort ook (een samenvatting van) het dossier dat van de vorige hulpverlener is overgenomen.

Verpleegkundige gegevens behoren eveneens tot het dossier. Deze gegevens worden vaak apart van de medische gegevens opgeslagen. Na beëindiging van de behandelings-overeenkomst kan vaak volstaan worden met het opnemen van een samenvatting van het verpleegkundig dossier in het medisch dossier.

Ad II. Gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg
Dit betreft bijvoorbeeld gegevens over bepaalde behandelepisoden, gegevens van de waarnemer en levensloopgerelateerde gegevens, zoals gegevens over chronische ziekten.

Ad III Gegevens die bij de volgende behandeling relevant zijn
Dit betreft relatief vaste, persoonsgebonden gegevens zoals naam, adres, woonplaats en verzekeringsgegevens.

Ad IV Schriftelijke wilsverklaringen
Hieronder vallen onder andere non-reanimatieverklaringen, euthanasieverklaringen en het donorcodicil.

Zie voor meer informatie over schriftelijke wilsverklaringen: 'KNMG consult arts en schriftelijke wilsverklaringen' op www.knmg.nl/publicatie/wilsverklaringen

Verklaringen op verzoek van de patiënt
Op verzoek van de patiënt voegt de arts een door de patiënt afgegeven verklaring over de stukken die in het dossier zijn opgenomen stukken toe aan het dossier toe (artikel 7:454, tweede lid BW). Een dergelijke verklaring kan bijvoorbeeld gaan over het oordeel van de patiënt met betrekking tot de bevindingen van de arts of over de bevindingen van een andere hulpverlener, bijvoorbeeld in het kader van een second opinion. Met de verklaring kan de patiënt bereiken dat een in zijn ogen volledig en juist beeld van zijn persoon of van zijn gezondheidstoestand wordt geschetst.
Informed consent in dossier vastleggen?

[3] Van wet naar praktijk. Implementatie van de Wgbo, deel 3, Dossier en bewaartermijn, p. 18-19. KNMG, juni 2004.

Op grond van de artikelen 7:448 en 7:450 BW moet de patiënt op duidelijke wijze geïnformeerd worden over het voorgenomen onderzoek of de voorgenomen behandeling. De patiënt kan op basis van die informatie besluiten toestemming te geven voor een behandeling. Met het oog op de kwaliteit en de continuïteit van zorg noteert de arts in het dossier of en welke informatie is gegeven. Ook mag in het dossier worden vastgelegd of de patiënt (of diens vertegenwoordiger zie hierna onder 3.5) toestemming heeft gegeven voor de behandeling.

Op verzoek van de patiënt moet de arts noteren voor welke verrichtingen van ingrijpende aard toestemming is gegeven (artikel 7:451 BW). Dit geldt alleen voor verrichtingen van ingrijpende aard. Het is dus niet verplicht om op verzoek van de patiënt elke vorm van toestemming in het dossier te noteren. Dat mag overigens wel. Ook mag in het dossier opgenomen worden voor welke verrichtingen de patiënt geen toestemming heeft gegeven.

Dossier van de bedrijfsarts
Voor de inrichting en overdracht van het bedrijfsgeneeskundig dossier gelden specifieke eisen. Deze zijn opgenomen in een advies van de KNMG aan de NVAB.

Zie voor de inrichting van het bedrijfsgeneeskundig dossier: het KNMG-advies over de inrichting en de overdracht van het bedrijfsgeneeskundig dossier op www.nvab-online.nl

Zie ook paragraaf 3.10: Gegevensverstrekking in het kader van arbeid, arbeidsverzuim en reïntegratie.

FONA-MIP-VIM-gegevens en andere gegevens, die niet in het dossier horen
Gegevens die in het kader van incidentmeldingen worden verzameld behoren niet tot het dossier, maar worden apart bewaard. Het doel van deze registraties is de kwaliteit van zorg te verbeteren door te leren van fouten en bijna–ongelukken. Deze registraties kunnen niet worden aangemerkt als activiteiten die betrekking hebben op de hulpverlening aan een individuele patiënt en behoren derhalve niet tot het dossier. Wel is het wenselijk dat een patiënt van een incidentmelding op de hoogte wordt gesteld.

Correspondentie over schadeclaims en klachten hoort ook niet in het dossier thuis. Deze gegevens dienen immers niet primair het doel van de dossierplicht, te weten een goede hulpverlening aan de patiënt. Datzelfde geldt voor keuringsgegevens die niet door de patiënt zijn verstrekt.

Bopz dossiers
In de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wet Bopz) en het bijbehorende Besluit patiëntendossier Bopz is omschreven welke gegevens tenminste in het dossier van onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten moeten worden opgenomen.[4] Het betreft hier *onder andere* het behandelingsplan, de voortgangrapportages, medewerking van de patiënt aan het behandelingsplan, de reden waarom over het behandelingsplan geen overeenstemming is bereikt, welke behandeling is toegepast, welke middelen of maatregelen zijn toegepast, welke beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid zijn genomen, de ontvangen afschriften van rechterlijke beslissingen, de opname- en ontslaggegevens, rapporten uitgebracht door of aan de inrichting over de uitvoering van de opgelegde maatregel van terbeschikkingstelling.

1.3 Persoonlijke werkaantekeningen

Persoonlijke werkaantekeningen zijn tijdelijke aantekeningen, die bedoeld zijn voor de *eigen, voorlopige gedachtevorming* en die bij de arts gerezen indrukken, vermoedens of vragen bevatten.

In de praktijk leggen artsen en andere hulpverleners, naast de voor een goede hulpverlening noodzakelijke aantekeningen, ook werkaantekeningen vast. Persoonlijke werkaantekeningen zijn aantekeningen die

[4] In artikel 56 Wet Bopz en artikel 2 Besluit patiëntendossier Bopz staan alle gegevens beschreven die tenminste in het dossier opgenomen moeten zijn.

bedoeld zijn voor de *eigen, voorlopige gedachtevorming* en die bij de arts gerezen indrukken, vermoedens of vragen bevatten. De aantekeningen zijn per definitie *tijdelijk* van aard en zijn niet bedoeld om onder ogen van anderen dan de arts te komen. Wordt de inhoud aan een derde verstrekt (schriftelijk of mondeling), dan is geen sprake meer van een persoonlijke werkaantekening.[5]

Vanwege de aard van dit soort aantekeningen maken ze geen onderdeel uit van het dossier. De rechten die de patiënt met betrekking tot dossiergegevens heeft (zoals het recht op inzage of het recht op afschrift) zijn derhalve niet op persoonlijke werkaantekeningen van toepassing.

Na verloop van tijd moeten persoonlijke aantekeningen vernietigd worden of moeten de aantekeningen overgenomen worden in het dossier.

Aanbevolen wordt om zeer terughoudend gebruik te maken van persoonlijke werkaantekeningen.

In elektronisch opgeslagen dossiers is vaak apart ruimte voor het maken van persoonlijke werkaantekeningen. Hiervoor geldt ook dat ze in een afzonderlijk deel van het dossier opgeslagen moeten worden en dat ze niet voor anderen toegankelijk mogen zijn. Is dat niet het geval, dan kunnen deze gegevens niet aangemerkt worden als persoonlijke werkaantekeningen.

1.4 Beheer van dossier

Het beheer van het dossier rust op de instelling of de individuele arts.

De dossierplicht rust ingevolge artikel 7:454 BW op de arts. Werkt de arts *niet* in een instelling, dan is hij ‘verantwoordelijke’ voor het dossier, in de zin van de Wbp. Binnen een instelling is dat de Raad van Bestuur. De verantwoordelijke dient het dossier in stand te houden en te beheren. Onder een instelling wordt onder andere verstaan een ziekenhuis, verpleeghuis, instelling voor gehandicaptenzorg, psychiatrische instelling, verslavingskliniek, consultatiebureau, gezondheidscentrum, ZBC of een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ). Naast de instelling blijft overigens de individuele arts medeverantwoordelijk voor het beheer van de dossiers. Hij is bovendien aanspreekbaar op de inhoud van het dossier en moet betrokken worden als de patiënt gebruik wil maken van zijn patiëntenrechten (zie hoofdstuk 2).

De Wbp legt aan de verantwoordelijke verschillende plichten op. Deze plichten moeten door de individuele arts of, in een instelling, door de Raad van Bestuur worden uitgevoerd. De verantwoordelijke heeft een informatieplicht jegens degene van wie hij gegevens bewaart. Deze informatieplicht omvat de identiteit van de verantwoordelijke en het doel van de gegevensverwerking. Daarnaast moet de verantwoordelijke overige gegevens verstrekken die relevant zijn. Dit komt er bijvoorbeeld op neer dat hij aan moet geven wie nog meer toegang tot de gegevens hebben. Ook moet de verantwoordelijke passende beveiligingsmaatregelen nemen, zodat gewaarborgd is dat een onbevoegde geen toegang tot de dossiers heeft. Daarnaast is de verantwoordelijke verplicht om (deels) geautomatiseerde dossierbestanden te melden bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) via de website www.cbpweb.nl.

Over verantwoordelijkheden van de verantwoordelijke wordt nader ingegaan in de KNMG-Handleiding voor artsen ‘Privacy- wetgeving en het omgaan met patiëntgegevens’, Utrecht november 2001. www.knmg.nl/publicatie/privacy.

1.5 Eigendom van het dossier

De arts of de instelling is eigenaar van de gegevensdrager waarop het dossier wordt vastgelegd.

Noch de arts nog de patiënt heeft het juridisch eigendom van het medisch dossier. Wel is de arts of de instelling eigenaar van de gegevensdrager (de computer of het papieren dossier) waarop het dossier wordt

[5] Kamerstukken II, 1991-92, nr. 21 561, nr. 10, p. 22.

vastgelegd. Bovendien heeft de arts zeggenschap over de opneming en wijziging van gegevens in het dossier. Immers, op hem rust de verplichting een dossier bij te houden (art. 7:454 BW). De patiënt kan het originele dossier niet opeisen. Ook niet nadat de behandelingsovereenkomst is beëindigd. De patiënt heeft met betrekking tot de gegevens die over hem in het dossier zijn opgenomen wel bepaalde rechten. Onder meer het recht de gegevens in te zien en zonodig aan te vullen, te vernietigen of daarvan een afschrift te krijgen (zie hierna in paragraaf 2.2 en 2.3). Uit de 'zorg van een goed hulpverlener' vloeit voort dat de arts het dossier ter beschikking stelt aan de arts die de behandeling voortzet of overneemt.[6]

1.6 Overdracht dossier bij ontstentenis van de arts

Als een arts (plotseling) stopt met zijn praktijk is het meestal de opvolger die de bewaarplicht voor de dossiers overneemt.

In de praktijk kan zich het probleem voordoen dat er geen opvolger voor de praktijk gevonden kan worden. De arts die zijn praktijk neerlegt blijft dan zelf verantwoordelijk voor de dossiers die in zijn praktijk achterblijven. Problematischer is het als de arts zelf niet meer in staat is om de dossiers te beheren, bijvoorbeeld omdat hij overlijdt. Om deze laatste situatie zoveel mogelijk te voorkomen dient de arts tijdig te regelen waar en door wie zijn dossiers bewaard zullen worden nadat hij is overleden of op andere wijze plotseling niet meer in staat is zelf de dossiers te beheren. Deze plicht vloeit voort uit de wettelijke plicht om dossiers te bewaren. Patiënten moeten op de hoogte worden gebracht van de regeling die de arts heeft getroffen voor het beheer van zijn dossier na zijn ontstentenis.

Voor meer informatie over dit onderwerp wordt verwezen naar de KNMG-richtlijn 'Overdracht van dossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging' op www.knmg.nl/publicatie/overdracht

1.7 Overdracht dossier bij verandering van (huis)arts

Uit de zorg van een goed hulpverlener vloeit voort dat de arts op verzoek van de patiënt het dossier aan de nieuwe arts ter beschikking stelt.

Als een patiënt de behandelingsovereenkomst met de arts opzegt omdat hij een nieuwe (huis)arts gevonden heeft, kan de patiënt niet zonder meer beschikken over het originele dossier. Wel vloeit uit de zorg van een goed hulpverlener voort dat de arts in dat geval zijn dossier aan de nieuwe arts ter beschikking stelt.

De hoofdregel bij verandering van *huisarts* is dat de arts het dossier van de patiënt met diens toestemming en zonder tussenkomst van de patiënt en bij voorkeur persoonlijk of via (aangetekende) post overdraagt aan de nieuwe huisarts.

Voor meer informatie zie KNMG-advies 'Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, een actualisering'. KNMG, Utrecht juni 2007 op www.knmg.nl/publicatie/advies-overdracht.

[6] TK 1990-1991, 21561, nr. 6, p. 46 en nr. 15, p. 22.

1.8 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten

Papieren dossiers en andere dossierstukken mogen, nadat ze digitaal zijn opgeslagen, vernietigd worden.

Uitzondering: geadviseerd wordt authentieke schriftelijke wilsverklaringen en andere belangrijke authentieke stukken in originele vorm te bewaren.

In het verleden werden dossiers doorgaans uitsluitend op papier bijgehouden. Tegenwoordig gebeurt dat vaak digitaal. Om te bereiken dat er een eenduidig digitaal dossier beschikbaar is wordt vaak overwogen bestaande (papieren) dossiers als digitaal bestand aan het elektronisch dossier toe te voegen. Dit kan bijvoorbeeld door van het oude dossier een scan te maken. Dit roept de vraag op of de oude (originele) dossiers, nadat deze als digitaal bestand zijn opgeslagen, vernietigd mogen worden of alsnog bewaard moeten blijven. Eenzelfde soort vraag doet zich voor als ontvangen correspondentie digitaal aan een dossier wordt toegevoegd.

De Wgbo stelt geen inhoudelijke eisen aan de wijze waarop een dossier wordt ingericht of vormgegeven. De dossierplicht houdt in dat de betreffende arts relevante informatie noteert (zie paragraaf 1.1.) Over de wijze waarop dat gebeurt, bevat de wet geen voorschriften. Dit betekent dat een arts ook een scan van een origineel als dossierstuk mag opslaan. Belangrijk is wel dat dossiergegevens, dus ook een opgeslagen scan, voldoende toegankelijk en raadpleegbaar moeten zijn en blijven. Ook gelet op de levensduur en elektronische toegankelijkheid van gegevensdragers. Bovendien moet de patiënt zijn rechten met betrekking tot die stukken (zoals inzage, afschrift, vernietiging) kunnen blijven uitoefenen.

Omdat gescande documenten ‘statisch’ zijn en in sommige gevallen niet makkelijk raadpleegbaar, is het verstandig om bepaalde belangrijke informatie daaruit over te nemen in het digitale dossier. Op die manier wordt de inhoud van het gescande bestand beter toegankelijk.

Belangrijke originele documenten moeten apart bewaard worden, ook nadat ze gescand zijn. Een voorbeeld hiervan is een schriftelijke wilsverklaring.

Hoewel de Wgbo niets zegt over de authenticiteit en bewijskracht van het dossier is dit wel een belangrijk punt. Dit speelt met name als het dossier gebruikt wordt in een (civiele) procedure. Als bij een procedure het dossier als bewijsmiddel wordt gebruikt, zal de rechter aan dat dossier bewijskracht moeten toekennen.[7] Het is de vraag of een rechter aan een ingescand dossier of document dezelfde bewijskracht toedicht als aan het originele (papieren) document. Van belang hierbij is onder andere de kwaliteit van de scan. Ook zal de procedure die wordt gebruikt bij het digitaliseren van de originele stukken van belang zijn. De procedure die gevolgd wordt bij het digitaliseren van de stukken moet zodanig ingericht zijn dat over de authenticiteit van de ingescande documenten geen twijfel kan bestaan, bijvoorbeeld door dit proces door een extern bureau te laten verrichten.[8]

1.9 Bewaartermijnen

1.9.1 Hoofdregel

Medische dossiers worden volgens de wet tenminste gedurende vijftien jaar bewaard.

Op grond van een overgangsbepaling geldt dat alle dossiers tenminste tot april 2010 bewaard moeten blijven, ook als ze op dat moment ouder zijn dan vijftien jaar.

[7] Artikel 152, tweede lid Wetboek van Rechtsvordering.
[8] I.M.Tempelman, Digitalisering doet bewijskracht documenten de das om?, Trema, nr. 9, 2008, p. 404-408.

Op de arts rust de wettelijke verplichting om het door hem bijgehouden dossier te bewaren. Bewaren van het dossier houdt onder andere in dat toegang tot het dossier mogelijk moet zijn en blijven voor daartoe geautoriseerde personen. In de Wgbo is bepaald dat medische gegevens die in het dossier zijn opgenomen voor een periode van vijftien jaar bewaard moeten worden.[9] De periode van vijftien jaar begint volgens de wet te lopen op het moment dat de gegevens zijn vervaardigd. Dit kan met name praktische problemen opleveren bij dossiers van patiënten, die gedurende een langere periode behandeld worden, bijvoorbeeld in de huisartsenzorg of bij chronisch zieken. Volgens de letter van de wet moeten dan jaarlijks delen van het dossier die ouder dan vijftien jaar zijn, vernietigd worden, terwijl de behandeling nog loopt. Algemeen wordt daarom aangenomen dat het begin van de bewaartermijn start op het moment dat de behandeling is afgerond. Binnen de bedrijfsgeneeskunde zal dit doorgaans het einde van het dienstverband van de werknemer zijn (zie ook paragraaf 3.10). In andere sectoren kan dat anders zijn. Na vijftien jaar moeten de gegevens vernietigd worden, tenzij er sprake is van een uitzondering (zie subparagraaf 1.9.2).
In 2004 adviseerde de Gezondheidsraad de termijn te verlengen tot minstens dertig jaar.[10] Om zich gedegen op dit advies te kunnen beraden, besloot het kabinet een tijdelijke wetswijziging door te voeren. De overgangsregeling voor gegevens die voor 1995 zijn opgeslagen, is daardoor met vijf jaar opgerekt. Als algemene regel geldt daarom dat alle dossiers tot tenminste april 2010 bewaard moeten blijven, ook als ze op dat moment ouder zijn dan vijftien jaar. Naar verwachting zal de bewaartermijn die door de Gezondheidsraad is geadviseerd overgenomen worden. Het advies is derhalve om, in afwachting van een nadere regeling van de bewaartermijnen, ook na april 2010 geen gegevens te vernietigen.

Binnen de sociaalgeneeskundige zorg kunnen afwijkende bepalingen voor het bewaren en vernietigen van gegevens gelden. In de UWV-richtlijn ‘Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts’ is dit voor de UWV uitgewerkt.

1.9.2 Afwijken van hoofdregel

Goed hulpverlener

Langer bewaren mag, indien dit uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Van de hoofdregel (vijftien jaar bewaren) mag afgeweken worden als het langer bewaren van medische gegevens ‘redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener’ voortvloeit. Een voorbeeld is als de arts alleen in staat is goede (continue) zorg te (blijven) bieden als hij kan beschikken over alle dossiergegevens. Dit doet zich bijvoorbeeld voor bij langlopende of terugkerende behandelingen, zoals bij chronische ziekten of in de huisartsenzorg. In de jeugd- en gehandicaptenzorg worden dossiers vaak bewaard tot vijftien jaar na het moment waarop de patiënten/cliënten de leeftijd van 19 bereiken. Een ander voorbeeld van goed hulpverlenerschap in dit kader is als er sprake is van erfelijke aandoeningen. In dat geval kan het van groot belang zijn voor familieleden om de gegevens langer te bewaren. Daarover moeten (bij voorkeur schriftelijke) afspraken gemaakt worden met de patiënt.

Wettelijke plicht

Als een wet dat voorschrijft, moet van de bewaartermijn worden afgeweken.

Dit kan inhouden dat het dossier langer of juist korter dan de voorgeschreven bewaartermijn bewaard moet worden.

Van de hoofdregel moet afgeweken worden als wetgeving dit voorschrijft. De Wet op de Medische keuringen (hierna: WMK) en de Wgbo schrijven bijvoorbeeld voor dat keuringsgegevens slechts bewaard worden zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel waarvoor de keuring werd gedaan. Vaak zal dit aanzienlijk korter zijn dan vijftien jaar.

[9] Artikel 7:454 lid 3 BW.
[10] Bewaartermijn patiëntgegevens. Pleidooi voor wetswijziging. Gezondheidsraad, 1 april 2004.

In de Wet Bopz en het bijbehorende 'Besluit patiëntendossier Bopz' is bepaald dat het dossier van Bopz-patiënten bewaard moet blijven tot vijf jaar na het tijdstip waarop het verblijf op grond van de Bopz werd beëindigd. Deze termijn mag worden verlengd indien dit redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als het redelijkerwijs te voorzien is dat de patiënt opnieuw zal worden opgenomen. Vernietiging van het dossier na vijf jaar ligt dan niet voor de hand.
Gedurende de eerste vijf jaar mag de patiënt geen beroep doen op zijn vernietigingsrecht. Na die periode zal een beroep op vernietiging in beginsel gehonoreerd moeten worden, tenzij bewaring van belang is voor een ander dan de patiënt of een wet zich verzet tegen het vernietigen van deze gegevens. Rechterlijke beslissingen, de last van de Burgemeester en de in verband daarmee afgegeven geneeskundige verklaringen moeten tenminste tot vijf jaar na dagtekening bewaard worden en maximaal vijf jaar na het einde van de Bopz-opneming vernietigd worden.

De Archiefwet schrijft voor dat Universitair Medische Centra een aantal basisdocumenten 115 jaar moeten bewaren.[11] Deze bewaartermijn begint te lopen op de geboortedatum van de betreffende patiënt. Het betreft hier documenten zoals de ontslagbrief, het operatieverslag, het anesthesieverslag, het PA-verslag, het verslag van spoedeisende hulp en bescheiden die gegevens over calamiteiten bevatten. Voor de overige gegevens geldt de hoofdregel uit de Wgbo.

De Wet op de jeugdzorg bepaalt dat gegevens die in dat kader opgeslagen worden gedurende vijftien jaar worden bewaard. Bepaalde gegevens echter moeten worden bewaard tot het jongste kind in dat gezin meerderjarig is geworden. Een en ander voor zover aannemelijk gemaakt kan worden dat het bewaren een bijdrage kan leveren aan het beëindigen van een mogelijke situatie van kindermishandeling, of van belang kan zijn voor een situatie waarin een maatregel overwogen dient te worden met betrekking tot het gezag over een minderjarige.

In het Arbeidsomstandighedenbesluit is bepaald (artikel 4.10C), dat de resultaten van het arbeidsgezondheidskundig onderzoek voor iedere werknemer die is blootgesteld aan bepaalde gevaarlijke stoffen bewaard moeten worden tot ten minste veertig jaar na beëindiging van diens blootstelling. Ook de lijst met werknemers die worden of kunnen worden blootgesteld aan kankerverwekkende of mutagene stoffen moeten veertig jaar bewaard blijven. Datzelfde geldt voor de lijst van werknemers die blootgestelde zijn aan asbest. In het Besluit stralingshygiëne is bepaald (artikel 100) dat dossiers van werknemers die zijn blootgesteld aan ioniserende straling worden bewaard totdat de werknemer de leeftijd van vijfenzeventig jaar heeft bereikt of zou hebben bereikt, maar ten minste dertig jaar nadat de persoon de handelingen heeft beëindigd.

Er zijn nog andere wettelijke bepalingen met betrekking tot de bewaarplicht die een uitzondering op de bewaartermijn kunnen opleveren. Voor de bewaartermijn in het kader van gegevens die door het UWV zijn verkregen, wordt verwezen naar de Richtlijn Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts, te vinden op www.nvvg.nl of www.uwv.nl.

Verzoek van de patiënt

Op verzoek van de patiënt mag het dossier langer of korter dan de voorgeschreven vijftien jaar worden bewaard.

De patiënt mag de arts verzoeken (delen van) zijn dossier, in afwijking van de hoofdregel, langer te bewaren. In het kader van 'goed hulpverlenerschap' ligt het voor de hand aan dit verzoek gehoor te geven.

Aan een verzoek van de patiënt om (delen van) zijn gegevens te laten vernietigen dient de arts in beginsel gehoor te geven, tenzij sprake is van een uitzondering (zie paragraaf 2.3). Als op verzoek gegevens worden vernietigd, dan vervalt daarmee de bewaartermijn die op die gegevens rust.

[11] De Universitair Medische Centra van Amsterdam (VuMC en AMC) en Nijmegen (UMCN) vallen niet onder de archiefwet, maar hebben zich daaraan wel geconformeerd (bron: Nationaal archief).

Geanonimiseerde gegevens

Op geanonimiseerde gegevens rust geen wettelijke bewaartermijn. Deze gegevens kunnen bewaard blijven zolang dat noodzakelijk wordt geacht.

Medische gegevens mogen in andere dan de zojuist genoemde gevallen langer dan vijftien jaar bewaard worden, mits deze gegevens geanonimiseerd zijn. Er is sprake van geanonimiseerde gegevens als deze niet of alleen met onevenredig veel moeite herleidbaar zijn tot een persoon. Het bewaren van geanonimiseerde gegevens is vooral van belang in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Bewaren van keuringsgegevens

Gegevens verkregen in het kader van een medische keuring worden bewaard zolang dat redelijkerwijs nodig is gezien het doel van de medische keuring.

Op de keurend arts en/of de medisch adviseur rust de verplichting om de gegevens verkregen in het kader van de medische keuring te bewaren zolang dat redelijkerwijs relevant is. Dit kan variëren, afhankelijk van het doel van de keuring en/of de naar aanleiding van de medische keuring genomen beslissing. Als bijvoorbeeld na een medische keuring voor acceptatie van een levensverzekering de gewenste verzekering daadwerkelijk tot stand komt, dan zullen de keuringsgegevens gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst relevant blijven en dienen te worden bewaard. Als echter de gewenste verzekeringsovereenkomst niet tot stand komt, dan moeten de keuringsgegevens binnen drie maanden na die beslissing worden vernietigd. Hetzelfde kan worden gesteld voor situaties waarin de beslissing, waarbij de keuringsgegevens van belang waren, onherroepelijk is geworden. Een voorbeeld hiervan is het afgeven van een verklaring van rijvaardigheid naar aanleiding van een (rijbewijs-)keuring.

2 Patiëntenrechten met betrekking tot het dossier

2.1 Inzage en afschrift van het dossier
2.2 Verklaring toevoegen aan dossier, recht op correctie en afscherming
2.3 Recht op verwijdering en vernietiging
2.4 Het beroepsgeheim en het recht op geheimhouding
2.4.1 Het beroepsgeheim
2.4.2 Algemene uitzonderingen op het beroepsgeheim
- Wettelijke bepaling
- De rechtstreeks betrokken hulpverlener, waarnemer en vertegenwoordiger
- Toestemming van de patiënt
- Conflict van plichten
- Zwaarwegend belang

Op de arts rust de verplichting om een dossier bij te houden en dat te bewaren. De patiënt kan met betrekking tot dat dossier een aantal rechten uitoefenen. Deze rechten vloeien met name voort uit de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wgbo en de Wet Bopz. Hierna worden de volgende rechten besproken: het recht op inzage en het recht op afschrift (paragraaf 2.1; het recht een verklaring toe te voegen aan het dossier, het recht op correctie en afscherming (paragraaf 2.2); het recht op verwijdering en vernietiging (paragraaf 2.3). Als laatste wordt aandacht besteed aan het beroepsgeheim en het recht op geheimhouding (paragraaf 2.4).

2.1 Inzage en afschrift van het dossier

De patiënt heeft recht op inzage in en afschrift van zijn dossier.

In de Wgbo is aan de patiënt het recht toegekend op inzage in en afschrift van zijn medisch dossier.[12] Het recht van de patiënt op kennisneming van de gegevens, die over hem worden opgeslagen heeft een fundamenteel karakter. Dit betekent onder andere dat het de patiënt niet onthouden mag worden zijn dossier in te zien en/of daarvan een kopie op te vragen. Zelfs niet als de patiënt dit recht wenst uit te oefenen en de arts mondeling informatie heeft achtergehouden op grond van de therapeutische exceptie (art. 7:448 derde lid BW). Dit is de uitzondering op de plicht om de patiënt te informeren als het verstrekken van informatie kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren. Er wordt van uitgegaan dat de arts de patiënt die inzage wenst zo goed mogelijk begeleidt.[13]

Uitzondering

Er wordt geen inzage in, of afschrift van (een deel van) het dossier verleend als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft.

Op de hoofdregel dat de patiënt zijn dossier mag inzien, bestaat slechts één uitzondering: geen inzage in, of afschrift van (een deel van) het dossier wordt verleend als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft. Hierbij valt te denken aan gegevens die door de partner van de patiënt of door een familielid aan de arts zijn verstrekt in het vertrouwen dat de patiënt ze niet te zien krijgt. De arts mag dergelijke gegevens overigens alleen in het dossier opnemen als ze van belang zijn voor de behandeling van de patiënt (zie paragraaf 1.2). De uitzondering op het inzagerecht geldt alleen als beargumenteerd kan worden dat de persoonlijke levenssfeer van de ander door inzage zou worden geschonden. Daarbij geldt dat het belang bij bescherming van de privacy van de ander zwaarder moet wegen dan het belang dat de patiënt heeft op inzage in zijn dossier.
De genoemde uitzondering kan zich ook voordoen bij gescheiden ouders, die gezamenlijk gezag over een kind hebben. Beiden hebben dan als vertegenwoordiger recht op inzage in het dossier. Hoe ver dat recht op

[12] Artikel 7:456 BW of specifiek voor UWV Regeling inzage- en correctierecht UWV, Stcrt 2009, nr. 11907.
[13] Kamerstukken II, 21 561, nr. 3, p. 37.

inzage strekt is overigens afhankelijk van de leeftijd van het kind en het doel van de inzage (zie paragraaf 3.5). Het inzagerecht mag door de arts worden beperkt als het geven van inzage aan de ene ouder, de privacy van de andere ouder zou schaden. Bijvoorbeeld omdat de betreffende informatie van die ouder is verkregen.

Als de patiënt om inzage of afschrift vraagt moet de arts hier 'zo spoedig mogelijk' gehoor aan geven. Algemeen wordt aangenomen dat dit in ieder geval binnen twee tot vier weken dient te gebeuren.

Afschrift en de kosten daarvan
De arts mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen. **In bijlage 2** is hiervoor een richtlijn opgenomen.

2.2 Verklaring toevoegen aan dossier, recht op correctie en afscherming

Verklaring toevoegen
Op verzoek van de patiënt voegt de arts een door de patiënt afgegeven verklaring aan het dossier toe, die betrekking heeft op de in het dossier opgenomen stukken.[14] De patiënt kan daarmee bijvoorbeeld zijn eigen visie in het dossier laten opnemen. Ook als de arts het niet eens is met de verklaring van de patiënt moet die verklaring opgenomen worden in het dossier.[15] De patiënt heeft er ook recht op om zijn toestemming voor een verrichting van ingrijpende aard in het dossier te laten vastleggen.[16]

Recht op correctie
De patiënt heeft het recht feitelijke onjuistheden in het dossier te corrigeren. Met feitelijke onjuistheden wordt bijvoorbeeld bedoeld een foute vermelding van adresgegevens of onjuiste gegevens over onderzoeken en behandelingen in het verleden.[17] Het recht op correctie strekt niet zo ver dat bijvoorbeeld de diagnose mag worden gewijzigd. Is de patiënt het met die diagnose niet eens, dan mag hij een verklaring aan het dossier laten toevoegen, waarin zijn (afwijkende) visie op de diagnose wordt weergegeven (zie hiervoor onder 'Verklaring toevoegen').

Afschermen
De arts dient op verzoek van de patiënt gegevens af te schermen die feitelijk onjuist zijn, voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt,.[18] In deze betekenis komt dit er op neer dat de betreffende gegevens beschikbaar blijven, maar niet meer zichtbaar zijn in het dossier en niet meer gebruikt worden. Afschermen kan bijvoorbeeld nodig zijn als de verwerking van de persoonsgegevens weliswaar onrechtmatig is, maar de gegevens toch bewaard moeten blijven met het oog op mogelijke gerechtelijke procedures.[19]
In het kader van het uitwisselen van medische gegevens via het Landelijk EPD (zie paragraaf 3.16) heeft de term afschermen ook een andere betekenis. In dat geval wordt daarmee ook bedoeld dat de patiënt aangeeft dat bepaalde gegevens niet met andere artsen/ hulpverleners mogen worden uitgewisseld via het landelijk schakelpunt (LSP) (blokkering).

Termijn
De arts moet binnen vier weken na het indienen van het verzoek tot correctie of afscherming gemotiveerd aangeven of en in hoeverre hij aan het verzoek voldoet. Honoreert hij het verzoek, dan moet hij de correctie of de afscherming zo spoedig mogelijk in het dossier aanbrengen.[20]

[14] Artikel 7:454 lid 2 BW.
[15] Kamerstukken II, 21 561, nr. 6, p.46.
[16] Artikel 7:451 BW.
[17] Artikel 36 Wbp.
[18] Artikel 36 Wbp
[19] Tekst en toelichting Wet bescherming persoonsgegevens, pag. 174
[20] Artikel 36 lid 1, 2 en 3 Wet bescherming Persoonsgegevens (WBP).

2.3 Recht op verwijdering en vernietiging

De patiënt heeft het recht om op hem betrekking hebbende patiëntgegevens te laten vernietigen. Een verzoek daartoe dient in beginsel te worden gehonoreerd.

Aangeraden wordt het verzoek tot vernietiging schriftelijk te laten indienen en dit schriftelijke verzoek te bewaren.

De patiënt heeft het recht onjuiste of irrelevante gegevens uit zijn dossier te laten verwijderen.[21] Op grond van de Wgbo heeft de patiënt bovendien het recht dossiergegevens te laten vernietigen, ongeacht of dit relevante gegevens zijn.[22] Aangeraden wordt het verzoek tot vernietiging schriftelijk te laten indienen en dit verzoek te bewaren. Het verzoek kan alleen betrekking hebben op de gegevens die de arts in het kader van zijn dossierplicht heeft opgeslagen.
Verzoekt de patiënt vernietiging van het gehele dossier, dan kan de arts aanbieden om (in plaats van vernietiging) het originele dossier aan de patiënt af te staan. Zodoende wordt bereikt dat de patiënt op een later tijdstip de gegevens alsnog aan een arts te beschikking kan stellen. De arts is niet verplicht dit te doen. Een arts mag een patiënt die om vernietiging van zijn hele dossier vraagt wijzen op de gevaren daarvan en aanraden niet tot vernietiging over te gaan. Volhardt de patiënt in zijn wens het dossier te vernietigen, dan gaat de arts daartoe over.

Degene die verantwoordelijk is voor het beheer van het dossier – dit is doorgaans de instelling of de arts (zie paragraaf 1.4) – moet binnen drie maanden aan het verzoek gehoor geven, tenzij er sprake is van een uitzondering op het vernietigingsrecht.[23]

Uitzondering op het vernietigingsrecht

Op het recht op vernietiging bestaan drie uitzonderingen. A. Een andere wet schrijft een afwijkende bewaartermijn voor waarbinnen de gegevens niet vernietigd mogen worden, B. een ander dan de patiënt heeft een aanmerkelijk belang bij het bewaren van de gegevens, en C. goed hulpverlenerschap staat de vernietiging in de weg.

A. Een andere wet schrijft een afwijkende bewaartermijn voor waarbinnen de gegevens niet vernietigd mogen worden.

Een voorbeeld van een dergelijke bepaling is de Wet Bopz en het bijbehorende ‘Besluit patiëntendossier Bopz’. Hierin is bepaald dat bepaalde medische gegevens pas vijf jaar na beëindiging van de opname op grond van de Wet Bopz vernietigd mogen worden. In die periode mag de patiënt zijn vernietigingsrecht niet uitoefenen. Andere gegevens mogen langer bewaard worden, indien de noodzaak daartoe uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Een ander voorbeeld is de lijst van te vernietigen archiefbescheiden van universitaire medische centra, die op basis van de Archiefwet (zie paragraaf 1.9.2) is opgesteld. Op die lijst is aangegeven dat bepaalde gegevens (het zogenaamde kerndossier) vanwege het belang van de overheid 115 jaar bewaard moeten worden. Het belang dat de overheid heeft bij het langer bewaren van medische gegevens zou ondermijnd worden als op verzoek van een patiënt deze gegevens tussentijds vernietigd worden.

Op gegevens die door het UWV zijn verzameld rust een afwijkende bewaartermijn, op grond waarvan het vernietigingsrecht niet volledig kan worden uitgevoerd.[24]

[21] Artikel 36 Wbp.
[22] Artikel 7:455 BW.
[23] Artikel 36 lid 1, 2 en 4 WBP en artikel 7:455 BW.
[24] Zie bijvoorbeeld de UWV richtlijn ‘Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts’ www.NVVG.nl

B. Een ander dan de patiënt heeft een aanmerkelijk belang bij het bewaren van de gegevens.

Een verzoek om vernietiging van bepaalde gegevens mag worden afgewezen als een ander dan de patiënt een aanmerkelijk belang heeft bij het bewaren van de gegevens. De arts moet aannemelijk maken dat het belang van die ander groter is dan het belang van de patiënt bij vernietiging. Denk bijvoorbeeld aan het belang van een familielid van de patiënt met het oog op een onderzoek naar erfelijke ziekten. Een ander voorbeeld is het gegeven in het dossier van de moeder dat haar kind met donorzaad is verwekt. De arts moet een verzoek om vernietiging van dat gegeven weigeren, als hij van mening is dat het belang van het kind om te weten dat hij uit donorzaad is geboren – bijvoorbeeld om in de toekomst zijn genetische achtergrond te onderzoeken – zwaarder weegt dan het vernietigingsrecht van de moeder. Terzijde zij overigens opgemerkt dat het kind niet zonder meer recht heeft op deze gegevens.[25]

De arts (of een medewerker) kan ook een aanmerkelijk belang hebben bij het bewaren van bepaalde gegevens, bijvoorbeeld als de patiënt een gerechtelijke procedure tegen hem heeft aangespannen (of als er reële gronden zijn om aan te nemen dat een dergelijke procedure gestart zal worden) en de arts voor zijn verdediging gegevens uit dat dossier wil gebruiken.

C. Goed hulpverlenerschap staat vernietiging in de weg

De arts mag een verzoek tot vernietiging van bepaalde dossiergegevens eveneens weigeren op grond van ‘goed hulpverlenerschap’. Deze algemene grond is ontleend aan artikel 7:453 BW, waarin is bepaald dat de arts bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht neemt. Daarbij dient hij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de professionele standaard.

Dit mag slechts in situaties waarin overduidelijk is dat vernietiging van het dossier niet in het belang van de patiënt wordt geacht. Gedacht kan worden aan een verzoek van een ouder om informatie over vermeende mishandeling uit het dossier van het kind te halen. Of aan informatie die zo cruciaal is voor de behandeling, dat door vernietiging daarvan de arts zich genoodzaakt zou voelen de behandelingsovereenkomst op te zeggen.

De arts moet de weigering op grond van goed hulpverlenerschap kunnen motiveren.

De patiënt mag, indien de arts weigert de informatie te vernietigen op grond van een van bovenstaande gronden, de beslissing van de arts laten toetsen door een klachtencommissie of de rechter.

Voor meer informatie over deze en andere patiëntenrechten kunt u het KNMG-consult ‘Arts en Patiëntenrechten’ raadplegen op www.knmg.nl/publicatie/rechten-van-de-patient

2.4 Het beroepsgeheim en het recht op geheimhouding

2.4.1 Het beroepsgeheim

De arts heeft de plicht te zwijgen over alles wat hem bekend wordt in het kader van de behandeling.

Van oudsher hebben artsen een beroepsgeheim. Het beroepsgeheim dient zowel het collectieve belang van de maatschappij als het individuele belang van de patiënt. Het algemeen belang van de zwijgplicht bestaat eruit, dat iedereen zich vrijelijk voor hulp en bijstand tot een arts moet kunnen wenden wat bijdraagt aan ‘het gelijke recht op gezondheidzorg’ voor iedereen. Het individuele belang bestaat eruit dat een patiënt weet dat de informatie die hij aan zijn arts verschaft niet zonder zijn toestemming voor andere doeleinden wordt

[25] Op dergelijke gegevens rust het beroepsgeheim. Er moet een grond zijn om deze gegevens uit het dossier van de moeder aan het kind te verstrekken.

gebruikt of aan derden wordt verstrekt. De patiënt weet derhalve dat hij volledige openheid kan betrachten jegens zijn arts.

Het beroepsgeheim bestaat uit twee componenten: een zwijg**plicht** en een verschonings**recht**.

Zwijgplicht
De arts heeft de plicht te zwijgen over al hetgeen hem tijdens zijn beroepsuitoefening over een patiënt bekend wordt. Dit moet ruim uitgelegd worden. Zekerheidshalve zwijgt de arts over alles wat hij over de patiënt in het kader van de behandeling te weten is gekomen. Het enkele feit dat een patiënt onder behandeling is bij een arts, valt bijvoorbeeld ook onder de zwijgplicht.
De arts moet ervoor zorgen dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt, dan wel inzage of afschrift van (een deel van) het dossier worden verstrekt.
De zwijgplicht (ook wel de geheimhoudingsplicht genoemd) van artsen komt in verschillende wetten en regelingen aan de orde. Een voorbeeld daarvan is de artseneed. Artsen leggen van oudsher een eed af waarin ze aangeven te zullen zwijgen over alles dat ze tijdens de behandeling van de patiënt, maar ook daarbuiten, te zien of te horen krijgen.[26] In de KNMG-gedragsregels is ook een bepaling over de zwijgplicht van een arts opgenomen.[27]

> *De arts heeft de plicht tot zwijgen over alles wat hem bekend wordt in het kader van de behandeling. Hij is hiervan ontheven bij toestemming van de patiënt, door wettelijke plicht tot gegevensverstrekking, in het overleg met hulpverleners die deel uitmaken van de behandeleenheid en bij conflict van plichten. De arts heeft tot taak zijn ondersteunend personeel te wijzen op het afgeleid beroepsgeheim en toe te zien op het respecteren daarvan.*

Ook in wetgeving komt de zwijgplicht aan de orde. In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is de zwijgplicht voor alle beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg geregeld.[28] In andere wetten komt de geheimhoudingsplicht ook aan de orde, bijvoorbeeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).[29] Het opzettelijk schenden van de geheimhouding is in het Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld.[30] De zwijgplicht is geen recht van de arts, maar een recht van de patiënt; de patiënt heeft recht op geheimhouding en de arts heeft daartoe een plicht.

Verschoningsrecht
Het verschoningsrecht geeft de arts het recht zich tegenover de rechter te verschonen van het afleggen van een getuigenverklaring of van het beantwoorden van vragen als hij, door te spreken, zijn geheimhoudingsplicht zou schenden.[31] De arts beoordeelt of hij zich ten aanzien van de gestelde vragen op zijn verschoningsrecht moet beroepen.[32] De toestemming van de patiënt heft het verschoningsrecht van de arts niet zonder meer op.[33] Ondanks die toestemming kan de arts besluiten niet te spreken. Het verschoningsrecht vindt zijn grondslag immers in het algemeen belang van de maatschappij, dat men zich vrijelijk voor hulp en bijstand moet kunnen wenden tot een arts. Toestemming van de patiënt verplicht de arts dus niet om te spreken. De rechter toetst een beroep op het verschoningsrecht marginaal.[34]

Niet alle beroepsbeoefenaren met een geheimhoudingsplicht hebben overigens een eigen verschoningsrecht.[35] Ook andere medewerkers zoals secretaresses, telefonistes en portiers zullen zich moeten beroepen op een van de arts afgeleid verschoningsrecht. Het verdient aanbeveling om in de

[26] VSNU/ KNMG, Nederlandse artseneed, Utrecht, augustus 2003.
[27] Gedragsregels II-15, Gedragsregels voor artsen, KNMG 2003.
[28] Artikel 88 Wet BIG.
[29] Artikel 7:457 lid 1 BW.
[30] Artikel 272 Wetboek van Strafrecht (WvSr).
[31] Artikel 165 lid 2 sub b RV; artikel 218 WvSv; artikel 8:33 lid 3 Awb; 68 lid 5 Wet BIG.
[32] HR 12 februari 2002, *NJ* 2002, 440, met noot Y.B.
[33] HR 26 mei 2009, *GJ* 2009/82, r.o. 2.6.3. met verwijzing naar: HR 2 oktober 1990, NJB 1990, nr. 45/46, p. 1877.
[34] Hof Amsterdam, d.d. 8 mei 2001, TvGR 2002/8, en Hof Amsterdam, 18 juli 2002, TvGR 2002/70.
[35] Hoge Raad 15 oktober 1999, TvGR 2000/8 m.nt. J.C.J. Dute, de vertrouwensarts komt geen verschoningsrecht toe.

arbeidsovereenkomst van deze personen hierop te wijzen.[36] De raad van bestuur van een instelling heeft ook een afgeleid verschoningsrecht.

2.4.2 Algemene uitzonderingen op het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim is niet absoluut. Op de hoofdregel dat geen informatie aan derden mag worden verstrekt, bestaat een aantal uitzonderingen. Deze uitzonderingen leiden tot een spreekrecht van de arts, en soms ook tot een spreekplicht. Hieronder worden deze uitzonderingen in algemene zin besproken. In hoofdstuk 3 wordt op een aantal specifieke situaties met betrekking tot het beroepsgeheim ingegaan.

Toestemming van de patiënt
Met toestemming van de patiënt mag de arts gegevens aan derden verstrekken. De patiënt kan die toestemming slechts geven als hij vooraf is ingelicht over het doel, de inhoud en de mogelijke consequenties van de gegevensverstrekking. De toestemming kan zowel mondeling als schriftelijk gegeven worden. Het is raadzaam om de toestemming in het dossier aan te tekenen of de schriftelijke toestemming aan het dossier toe te voegen. De toestemming van de patiënt verplicht de arts overigens niet om te spreken.

Veronderstelde toestemming
In sommige gevallen kan de toestemming van de patiënt verondersteld worden. Dit kan zich in twee situaties voordoen:

I. De patiënt is op de hoogte van de gegevensverstrekking.
Bij een verwijzing naar een medisch specialist is het gebruikelijk dat medische informatie over de patiënt wordt meegestuurd (de zogeheten verwijsbrief, zie ook paragraaf 3.4). Omdat de patiënt instemt met de verwijzing, wordt verondersteld dat hij ook voor het verstrekken van informatie aan die medisch specialist toestemming geeft. De patiënt kan bezwaar maken tegen deze gegevensverstrekking. In dat geval mogen er geen gegevens worden verstrekt.

II. De patiënt is niet op de hoogte van de gegevensverstrekking
Is de patiënt niet (meer) in staat toestemming te geven voor een gegevensverstrekking, dan kan de arts in bepaalde gevallen die toestemming veronderstellen. De arts doet dit aan de hand van aanwijzingen of gedragingen uit het verleden, waaruit de toestemming is af te leiden. Dit betekent onder meer dat als de patiënt bezwaar heeft gemaakt tegen de gegevensverstrekking, het niet mogelijk is de toestemming daarvoor te veronderstellen. Vaak is het mogelijk om op grond van veronderstelde toestemming bepaalde gegevens aan een echtgenoot van de patiënt of aan familie te verstrekken.

Wettelijke bepaling
Een arts is niet gehouden aan zijn beroepsgeheim indien een wettelijke bepaling hem *verplicht* bepaalde informatie aan een derde te verstrekken. In dat geval moet de arts aan die plicht voldoen. Voorbeelden zijn de verplichte melding van een infectieziekte op grond van de Wet publieke gezondheid (paragraaf 3.14) en de meldingsprocedure euthanasie (paragraaf 3.6).

Daarnaast kan een wet de arts een recht geven het beroepsgeheim te doorbreken. In dergelijke gevallen moet een arts de afweging maken of hij van die wettelijke mogelijkheid gebruik maakt. Een voorbeeld hiervan is de mogelijkheid om zonder toestemming gegevens te verstrekken aan het Bureau Jeugdzorg, als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken. De wettelijke basis is gelegen in art. 53 lid 3 van de Wet op de jeugdzorg.

Voor het verstrekken van medische gegevens op grond van een wettelijke mogelijkheid of een wettelijke plicht is geen toestemming van de patiënt vereist. Het ligt echter in veel situaties voor de hand dat de arts de patiënt informeert over de (voorgenomen) gegevensverstrekking. Alleen gegevens die noodzakelijk zijn in verband met het doel van de betreffende wetsbepaling mogen worden verstrekt.

[36] Zie voor een voorbeeld: bijlage 2 van De KNMG Handleiding voor artsen ‘privacy-wetgeving en het omgaan met patiëntgegevens’, Utrecht, november 2002, p. 28.

De rechtstreeks betrokken hulpverlener, vervanger en vertegenwoordiger
Artikel 7:457 tweede lid BW, bepaalt dat de geheimhoudingsplicht niet geldt ten opzichte van:

a. degene die rechtstreeks betrokken is bij de behandeling van de patiënt, voor zover die gegevens noodzakelijk zijn voor het verrichten van de werkzaamheden (paragraaf 3.3);
b. de vervanger van de arts, voor zover de gegevens noodzakelijk zijn bij het verrichten van diens werkzaamheden (zie verder paragraaf 3.3);
c. degene die optreedt als vertegenwoordiger van de patiënt, bijvoorbeeld als ouder, curator of een mentor (zie verder paragraaf 3.5).

De onder a. en b. genoemde uitzonderingen gelden slechts voor zover de patiënt geen bezwaar heeft gemaakt tegen de gegevensverstrekking. Het maken van bezwaar impliceert een actieve handeling van de patiënt. De arts mag er van uitgaan dat de patiënt geen bezwaar heeft tot anders blijkt.

Conflict van plichten
Er zijn situaties denkbaar waarin de arts meent zijn zwijgplicht te moeten doorbreken, omdat een ander belang zwaarder weegt en daardoor een ernstig nadeel voor een ander kan worden voorkomen. Dit kan een belang van de patiënt zijn, maar ook een belang van een (willekeurige) ander.
In het eerste geval kan gedacht worden aan een 21-jarige anorexiapatiënt die weigert haar ouders op de hoogte te stellen van haar eetstoornis, terwijl dat voor haar verzorging van belang is. De omstandigheden van het geval kunnen maken dat het belang van die patiënt vordert dat de ouders op de hoogte worden gesteld. Dit belang (een goede verzorging door de ouders) kan zwaarder wegen dan het belang dat de patiënte heeft bij het bewaren van het geheim. De arts zou in een dergelijk geval kunnen besluiten de ouders, in weerwil van zijn beroepsgeheim, over de eetstoornis in te lichten.

In het tweede geval – het belang van een ander dan de patiënt – kan gedacht worden aan de situatie waarin de patiënt aangeeft dat hij een met naam genoemde ander iets ernstigs wil aandoen. Het belang van die ander kan zwaarder wegen dan het belang van de patiënt op geheimhouding. In deze situatie zou de arts kunnen besluiten de politie in te lichten over het voorgenomen plan van de patiënt.

In beide gevallen moet de arts een afweging maken tussen verschillende belangen: het belang van de patiënt dat het geheim bewaard wordt versus een ander belang. De beslissing om de zwijgplicht al dan niet te doorbreken, ligt bij de arts. Besluit een arts zijn zwijgplicht te doorbreken, dan is hij niet strafbaar als hij zich met succes kan beroepen op overmacht (artikel 40 WvSr.). Alle onderstaande voorwaarden moeten in beginsel zijn vervuld om een beroep te kunnen doen op het conflict van plichten:

- Alles is in het werk gesteld om eerst toestemming van de patiënt te verkrijgen.
- De arts verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht.
- Er is geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen.
- Het niet doorbreken van de zwijgplicht levert voor een ander ernstige schade op.
- Het moet vrijwel zeker zijn dat door de geheimdoorbreking die schade kan worden voorkomen of beperkt.[37]

Het geheim dient zo min mogelijk geschonden te worden. Slechts direct relevante gegevens mogen verstrekt worden. Indien het mogelijk is, moet de arts aan de patiënt melden dat hij de gegevens aan een ander heeft verstrekt.

Zwaarwegend belang
In de civielrechtelijke jurisprudentie is het ‘zwaarwegend belang’ als uitzondering op de geheimhoudingsplicht aangenomen. Dat zwaarwegend belang wordt dan afgezet tegen het belang van de geheimhouding. Het verschil met het conflict van plichten is dat het criterium dat er ernstig nadeel kan worden voorkomen, geen vereiste is. Of sprake is van een zwaarwegend belang, zal afhangen van de omstandigheden van het geval.
Volgens de Hoge Raad kan er reden zijn voor een inbreuk op het belang van geheimhouding als er voldoende concrete aanwijzingen bestaan dat een ander zwaarwegend belang geschaad zou kunnen

[37] H.J.J. Leenen, J.K.M. Gevers en J. Legemaate, *Handboek Gezondheidsrecht: Deel I: Rechten van mensen in de gezondheidszorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007, p.243.

worden.[38]

In de jurisprudentie is onder meer het recht op informatie over afstamming als zwaarwegende reden geaccepteerd alsmede, in bepaalde gevallen, het aanvechten van een testament. Degene die meent dat hij een zwaarwegend belang heeft bij het verstrekken van gegevens, zal de arts daarvan moeten overtuigen. Zie voor zwaarwegend belang in het kader van het aanvechten van een testament paragraaf 3.6.
Voor strafrechtelijke aspecten, zie paragraaf 3.23.

[38] Zie onder meer: HR 20 april 2001, www.rechtspraak.nl.

3 Omgaan met medische gegevens: enkele specifieke situaties

3.1 Algemeen uitgangspunt bij gegevensverstrekking op verzoek van derden
3.2 Geneeskundige verklaringen
3.3 Rechtstreeks betrokkenen en vervanger
3.4 Verwijsbrief en specialistenbrief
3.5 Gegevensverstrekking aan vertegenwoordigers
3.6 Gegevensverstrekking na de dood
3.7 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet Bopz
3.8 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet publieke gezondheid
3.9 Medische keuringen
3.10 Gegevensverstrekking in het kader van arbeid, arbeidsverzuim en reïntegratie
3.11 Gegevensuitwisseling in het kader van wettelijke sociale verzekeringen
3.12 Gegevensverstrekking in het kader van letselschade en private schadeverzekeringen
3.13 Gegevensuitwisseling met zorgverzekeraars
3.14 Gegevensverstrekking aan levensverzekeraar na overlijden
3.15 Gegevensuitwisseling in het kader van indicatiestelling Wmo/ AWBZ
3.16 Elektronische gegevens
3.17 Identificatie
3.18 Beeld- en geluidsopnamen
3.19 Informatie in het kader van incidentmeldingen
3.20 Gegevensverstrekking aan de IGZ
3.21 Gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, statistiek en onderwijs
3.22 Verwijsindex risicojongeren, kindermishandeling en huiselijk geweld
3.23 Politie en justitie
3.24 De arts in rechte

3.1 Algemeen uitgangspunt bij gegevensverstrekking op verzoek van derden

Behandelend artsen worden regelmatig benaderd met het verzoek (medische) informatie te verstrekken aan derden, die buiten de curatieve sector werkzaam zijn. Het gaat dan vaak om informatie uit het dossier van een patiënt. Van artsen wordt in het algemeen verwacht dat ze aan dergelijke verzoeken meewerken, onder meer om te voorkomen dat dubbel onderzoek plaatsvindt (dit is vaak kostbaar en voor de patiënt belastend).

Bij gegevensverstrekking op verzoek van derden geldt *in algemene* zin het volgende:

Bij een verzoek om informatie geeft de aanvrager aan met welk doel hij gegevens opvraagt en (indien van toepassing) over welke gegevens hij al beschikt. De aanvrager stelt voorts gerichte vragen aan de behandelend arts met betrekking tot de gegevens die hij wenst te verkrijgen.

De behandelend arts beperkt zich tot het beantwoorden van de gerichte vragen waarbij hij slechts relevante medische informatie van feitelijke aard verstrekt. Op vragen van oordelende aard geeft een behandelend arts geen antwoord. De arts dient zich immers te onthouden van het geven van oordelen of conclusies (zie ook paragraaf 3.2).
Wordt hierbij informatie verstrekt die onder het kopje ‘subjectief’ of ‘S’ in het dossier is opgenomen, dan dient dit kenbaar te worden gemaakt. Bijvoorbeeld door in een begeleidend schrijven erop te wijzen dat de gegevens voorzien van de letter ‘S’ mededelingen van de patiënt zijn en geen objectieve, door de arts vastgestelde of waargenomen gegevens.[39]

[39] Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2007/221, r.o. 4.9.*GJ* 2008/128.

Toestemming voor het verstrekken van informatie
Het beroepsgeheim van de arts verhindert in beginsel dat hij (medische) informatie verstrekt. De patiënt dient expliciete, gerichte toestemming te geven alvorens gegevens verstrekt mogen worden. Dit betekent dat de patiënt moet weten met welk doel de gegevens opgevraagd worden, wat de inhoud is van de informatie en wat mogelijke consequenties van de gegevensverstrekking zijn. In de wet is niet voorgeschreven dat de toestemming schriftelijk moet worden gegeven, maar dit verdient wel de voorkeur. De arts mag van de patiënt verlangen dat hij schriftelijk toestemming geeft. Is voor de arts mondelinge toestemming voldoende, dan is aan te bevelen dat de arts dat aantekent in het dossier.

Vaak maakt de opvrager van de gegevens gebruik van schriftelijke toestemmingsformulieren. Dergelijke formulieren moeten voldoende specifiek aangeven voor welke gegevensoverdracht de patiënt toestemming verleent en met welk doel. Schriftelijke toestemmingsformulieren met een te brede of algemene toestemming zijn doorgaans onvoldoende basis voor het verstrekken van specifieke, privacygevoelige gegevens.

3.2 Geneeskundige verklaringen

Behandelend artsen wordt ontraden geneeskundige verklaringen af te geven ten behoeve van eigen patiënten.

Een geneeskundige verklaring is een (schriftelijke) verklaring die door een arts is opgesteld, ten behoeve van een patiënt die onder behandeling van die arts staat of stond. Een geneeskundige verklaring bevat een op medische gegevens gebaseerd waardeoordeel over de patiënt en diens gezondheidstoestand.

De behandelrelatie tussen arts en patiënt dient vrij te blijven van belangenconflicten, die mogelijk kunnen spelen bij het al dan niet afgeven van een geneeskundige verklaring. Het geven van een waardeoordeel dat een ander doel dient dan behandeling of begeleiding moet objectief en deskundig gebeuren, door een onafhankelijke arts die deskundig is op het gebied van de vraagstelling.

Een behandelend arts wordt niet geacht objectief te zijn ten opzichte van zijn eigen patiënt. Daarnaast beschikt een behandelend arts meestal niet over de specifieke deskundigheid die nodig is voor het geven van een waardeoordeel. Ook is de arts veelal niet op de hoogte van de medische criteria waaraan de instantie die de verklaring nodig heeft de verklaring toetst.

Een diagnose wordt over het algemeen niet gezien als een waardeoordeel, een prognose over het algemeen wel. Een met medische feiten onderbouwde prognose die een behandeldoel dient wordt doorgaans ook niet als waardeoordeel gezien.

Verstrekken van feitelijke informatie

Een behandelend arts mag wel, met toestemming van de patiënt, feitelijke medische informatie verstrekken.

Een arts die onafhankelijk en deskundig is op het gebied waarop de vraagstelling betrekking heeft mag wel een geneeskundige verklaring afgeven. Hij kan daarvoor gegevens van de behandelend arts nodig hebben. In het algemeen geldt dat de behandelend arts deze gegevens slechts mag verstrekken als de betreffende patiënt daar gerichte, schriftelijke toestemming voor heeft gegeven. Deze gegevensverstrekking moet zich echter beperken tot antwoorden op een specifieke vraagstelling waarbij slechts relevante, feitelijke informatie wordt verstrekt. (Zie ook paragraaf 3.1)

De KNMG-weigeringsbriefjes
De KNMG heeft een zogeheten weigeringsbriefje opgesteld. Dit briefje, dat in verschillende talen beschikbaar is, kunt u aan de patiënt meegeven ter ondersteuning en als toelichting bij uw weigering een geneeskundige verklaring af te geven. In **bijlage 1** is het als voorbeeld opgenomen. U kunt het weigeringsbriefje downloaden op de KNMG-website en vervolgens aan uw patiënt meegeven. Zie www.knmg.nl/publicatie/weigeringsbriefje

3.3 Rechtstreeks betrokkenen en vervanger

Rechtstreeks betrokkenen

De zwijgplicht geldt niet tussen hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst.

Op grond van artikel 7:457, tweede lid, BW geldt de zwijgplicht niet tussen hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar heeft gemaakt. Dit worden ook wel ‘rechtstreeks betrokkenen’ genoemd.

Rechtstreeks betrokkenen zijn over het algemeen personen die als team, op gelijkgerichte wijze, betrokken zijn bij het doel waarvoor de gegevens worden verstrekt. Te denken valt aan personen die de arts bij zijn werkzaamheden assisteren, zoals verpleegkundigen, doktersassistenten en diëtisten. Datzelfde geldt voor de collega-vakgenoot aan wie advies gevraagd wordt in het kader van de behandeling. Maar ook de patholoog die op verzoek van de behandelend arts weefsel van een patiënt beoordeelt. Het is voorstelbaar dat ook spelbegeleiders op een kinderafdeling hieronder vallen.
Omvang van gegevensuitwisseling
De wet bepaalt dat slechts die informatie mag worden verstrekt, die noodzakelijk is voor het functioneren van de hulpverlener in relatie tot de behandeling of begeleiding van de patiënt. De aard en de omvang van de benodigde informatie vloeit voort uit de taak die deze personen vervullen. De spelbegeleider zal op grond hiervan bijvoorbeeld alleen bijzondere feiten en omstandigheden te horen krijgen die voor het uitvoeren van het werk noodzakelijk zijn.

De behandelend arts moet nagaan welke gegevens relevant (kunnen) zijn. Hierbij zal hij extra alert moeten zijn bij het verstrekken van zeer privacygevoelige gegevens, zoals gegevens over seksuele geaardheid, mishandeling, een incestverleden of psychiatrische behandelingen.

Vervanger

De zwijgplicht geldt eveneens niet jegens de arts die als vervanger van de behandelend arts optreedt.

Op grond van artikel 7:457, tweede lid, BW geldt de zwijgplicht niet jegens de arts die als vervanger van de behandelend arts optreedt. De vervanger heeft derhalve toegang tot de dossiers van patiënten die hij in de waarneming ziet, tenzij de patiënt hiertegen bezwaar maakt.

Een huisarts kan voor de avond-, nacht- en weekenddiensten en bepaalde feestdagen een huisartsenpost inschakelen. De huisartsenpost en de daar beschikbare dienstdoende artsen worden beschouwd als vervanger van de behandelend arts. In dat kader hebben zij, indien mogelijk en noodzakelijk, toegang tot het dossier. De patiënt mag hiertegen bezwaar maken. In dat geval mag de vervanger het dossier niet inzien. De vervanger mag de patiënt er in dat geval wel op wijzen dat het niet kunnen inzien van het dossier nadelig kan zijn voor de behandeling.

Waarschuwingsbericht
In het kader van de waarneming van huisartsen wordt soms gebruik gemaakt van zogeheten waarschuwingsberichten. Dit zijn berichten van de eigen huisarts aan de waarnemer (of de huisartsenpost/ dienstdoende huisarts) waarin over specifieke patiënten informatie wordt verstrekt aan de waarnemer. Bijvoorbeeld om de waarnemer voor te bereiden op een zorgvraag, die tijdens de waarneming wordt verwacht. Het bericht kan medische informatie bevatten. Op grond van de Wgbo mag de waarnemer deze gegevens zonder toestemming van de patiënt ontvangen. Immers, de waarnemer mag medische gegevens van de patiënt inzien. Het bericht maakt onderdeel uit van het medisch dossier van de patiënt.

Waarneembericht
Nadat een patiënt gezien is door een waarnemer is het gebruikelijk dat de eigen arts hiervan op de hoogte wordt gesteld. De patiënt dient hiervan op de hoogte te zijn. De waarnemer verstrekt alleen relevante

gegevens aan de eigen arts. Het waarneembericht wordt niet verstrekt als de patiënt heeft aangegeven daartegen uitdrukkelijk bezwaar te hebben.

In sommige gevallen (bijvoorbeeld bij passanten) kan het waarneembericht in de vorm van een brief aan de eigen huisarts aan de patiënt worden meegegeven. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de patiënt om deze brief al dan niet aan de (eigen) huisarts te geven.

De eigen huisarts die een verwijsbrief ontvangt, dient kennis te nemen van de inhoud van het waarneembericht. De inhoud van het bericht kan in zijn geheel of gedeeltelijk worden overgenomen in het dossier van de patiënt en maakt daarvan onderdeel uit. De patiëntenrechten (inzage en afschrift) zijn derhalve op deze gegevens van toepassing

3.4 Verwijsbrief en specialistenbrief

Verwijsbrief

Het verstrekken van medische gegevens in het kader van een verwijzing gebeurt op grond van veronderstelde toestemming van de patiënt.

Bij een verwijzing naar een andere arts wordt vanuit het oogpunt van kwaliteit en continuïteit van zorg vaak een verwijsbrief aan die arts gestuurd. Daarin geeft de verwijzend arts in het algemeen aan wat de reden voor de verwijzing is, wat de medische achtergrond van de patiënt is en wat eventuele medicatie is die de patiënt voorgeschreven heeft gekregen. In de verwijsbrief worden alleen gegevens opgenomen die relevant zijn voor de verwijzing.

Het verstrekken van medische gegevens in het kader van een verwijzing gebeurt op grond van veronderstelde toestemming (zie paragraaf 2.4.2.). Omdat de patiënt instemt met de verwijzing, wordt verondersteld dat hij ook voor het verstrekken van informatie toestemming geeft. De patiënt mag bezwaar maken tegen de gegevensuitwisseling. De verwijsbrief wordt aan het dossier van de patiënt toegevoegd.

Het is aan te bevelen om de verwijsbrief in een open enveloppe aan de patiënt mee te geven, zodat de patiënt deze kan overhandigen aan de arts waarnaar verwezen wordt.

Specialistenbrief

Met het oog op de kwaliteit en continuïteit van zorg is het gebruikelijk dat de medisch specialist die een patiënt heeft behandeld de huisarts/verpleeghuisarts van die behandeling op de hoogte stelt.

Dit gebeurt via een zogenaamde specialistenbrief.[40] In de specialistenbrief geeft de medisch specialist bijvoorbeeld aan welke diagnose bij de patiënt is gesteld, welke behandeling is verricht en welke medicatie is verstrekt. De medisch specialist mag tevens eventuele opmerkingen over de nazorg aan de huisarts verstrekken.
De medisch specialist mag de brief met toestemming van de patiënt aan de huisarts verstrekken. In veel gevallen kan de toestemming van de patiënt worden verondersteld. In bijzondere gevallen (bijvoorbeeld na psychiatrische behandeling) is expliciete toestemming noodzakelijk. In die gevallen is het immers vaak niet evident dat de toestemming verondersteld kan worden.

De huisarts neemt de specialistenbrief of relevante delen daarvan op in het dossier van de patiënt. De patiëntenrechten (zoals het recht op inzage en afschrift) zijn daarop van toepassing.

[40] Soms wordt eerst een voorlopige brief aan de patiënt meegegeven waarna later de definitieve brief aan de huisarts/verpleeghuisarts wordt gestuurd.

3.5 Gegevensverstrekking aan vertegenwoordigers

De zwijgplicht geldt niet jegens degenen die op grond van de Wgbo toestemming moeten geven voor een behandeling.[41] Het gaat hierbij kortweg om vertegenwoordigers van patiënten. Deze situatie doet zich voor bij minderjarige en wilsonbekwame meerderjarige patiënten. De vertegenwoordigers moeten voldoende geïnformeerd zijn om hun taak (al dan niet toestemming geven voor een behandeling) naar behoren te kunnen vervullen. De arts verstrekt echter geen informatie aan een vertegenwoordiger als hij daardoor niet handelt met de zorg van een goed hulpverlener.

3.5.1 Gegevens aan vertegenwoordigers van minderjarigen

De Wgbo onderscheidt vier categorieën minderjarigen:

a. minderjarigen tot 12 jaar.
b. minderjarigen van 12, 13, 14 of 15 jaar.
c. minderjarigen van 16 en 17 jaar.
d. minderjarigen die wilsonbekwaam zijn.

Ad a. Minderjarigen tot 12 jaar

De ouder(s) of voogd(en) hebben recht op informatie.

Minderjarigen tot 12 jaar worden vertegenwoordigd door de ouder(s) of voogd (en). Alle verplichtingen die uit de Wgbo voortvloeien, worden door de arts jegens hen nagekomen. Zo is voor het sluiten van de behandelingsovereenkomst en het uitvoeren van verrichtingen uit die overeenkomst de toestemming van de ouder(s)/ voogd(en) nodig. Daarnaast hebben de ouder(s) of voogd(en) recht op informatie. De minderjarige moet eveneens geïnformeerd worden over de voorgenomen behandeling en wel op een manier die past bij het bevattingsvermogen van het kind (art. 7:448, eerste lid, BW).
De overige patiëntrechten, zoals het vernietigingsrecht en het recht op aanvulling van het dossier, worden ook door de vertegenwoordiger uitgevoerd. Voor gegevensverstrekking aan derden is de toestemming van de ouder(s) of voogd(en) noodzakelijk.

De arts mag in het kader van goed hulpverlenerschap afwijken van de wensen van de ouder(s)/ voogd(en). Het moet duidelijk zijn dat de wens van de ouder(s)/ voogd(en) niet in het belang van het kind is. In het kader van goed hulpverlenerschap mag de arts ook afzien van het verstrekken van informatie aan de ouder(s)/ voogd (en) (artikel 7:457, derde lid).

Ad b. Minderjarige van 12 tot 16 jaar

De ouder(s) of voogd(en) hebben recht op informatie voor zover die informatie noodzakelijk is voor het verrichten van hun taak. Als dit strijd oplevert met de zorg van een goed hulpverlener, dan wordt geen informatie verstrekt.

De minderjarige van 12 tot 16 jaar oefent de patiëntenrechten die uit de Wgbo voortvloeien zelfstandig uit. Dit betekent onder meer dat de minderjarige zelf toestemming dient te geven voor het verstrekken van gegevens aan derden. De arts zal bij de uitvoering van deze rechten doorgaans rekening moeten houden met de betrokkenheid van de ouder(s) of voogd(en).

Deze groep minderjarigen mag echter niet zelfstandig een behandelingsovereenkomst sluiten. Dat doen de ouder(s) of voogd(en) namens de minderjarige. Voor een verrichting ter uitvoering van die behandelingsovereenkomst is het noodzakelijk dat zowel de minderjarige als de ouder(s)/voogd(en) toestemming geven.[42] Voordat de ouder(s) of voogd(en) toestemming geven, dienen ze (net als de minderjarige) geïnformeerd te worden. De arts moet in dat kader aan de ouder(s) of voogd(en) informatie

[41] Artikel 7:457, derde lid, BW.
[42] Artikel 7:450 lid 2 BW.

verstrekken die relevant is voor het geven van die toestemming. In het kader van goed hulpverlenerschap mag de arts ook afzien van het verstrekken van informatie aan de ouder(s) of voogd(en) (artikel 7:457, derde lid).

De verrichting mag in afwijking van de hoofdregel *zonder* toestemming van de ouder(s)/ voogd(en) worden uitgevoerd als:

1) de verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling van een geslachtsziekte bij een minderjarige. Een behandeling is dan doorgaans kennelijk noodzakelijk om ernstig nadeel te voorkomen. Het is in die situatie voorstelbaar dat de minderjarige niet wil dat de ouders eerst om toestemming wordt gevraagd.
In de memorie van toelichting van de Wgbo staat dat een abortus bij een minderjarige niet valt onder deze uitzonderingsgrond. Een zwangerschap levert volgens de toelichting niet altijd kennelijk ernstig nadeel voor de minderjarige op. Naar de mening van de KNMG kan dit echter onder bepaalde omstandigheden wel het geval zijn. De abortus als zodanig levert dan wellicht niet direct ernstig nadeel op, maar. Het nadeel is dan gelegen in de gevolgen van de zwangerschap op sociaal economisch of op sociaal emotioneel gebied. Bijvoorbeeld het risico dat de minderjarige wordt verstoten uit de gemeenschap of dat er zelfs sprake kan zijn van eerwraak. Het betreft dan wel uitzonderlijke situaties.

2) de minderjarige ook na de weigering van de toestemming van de ouder(s) of voogd(en) de verrichting weloverwogen blijft wensen. Hierbij valt te denken aan een abortus of een bloedtransfusie bij een kind wiens ouders desgevraagd geen toestemming voor deze behandeling geven. De minderjarige moet de verrichting weloverwogen blijven wensen. De arts moet van mening zijn dat de ingreep noodzakelijk is en dat de minderjarige in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen. Consultatie bij een collega of vakgenoot is hierbij wenselijk.
In sommige gevallen is het vooraf al duidelijk dat de ouders desgevraagd de toestemming voor een bepaalde verrichting bij een minderjarige gaan weigeren. In die gevallen mag de arts (als de minderjarige de verrichting weloverwogen blijft wensen), op grond van zijn verplichting om als goed hulpverlener te handelen, de verrichting uitvoeren zonder eerst toestemming van de ouder(s) of voogd(en) te vragen. Hij laat daarmee het belang dat de minderjarige heeft bij de behandeling prevaleren boven het recht van de ouders toestemming te geven voor een behandeling. Ook in dit geval kan abortus als voorbeeld genoemd worden.

Ad c. Minderjarige van 16 of 17 jaar

De ouder(s) of voogd(en) hebben geen recht op informatie. De minderjarige heeft een zelfstandig recht op geheimhouding.

De 16- of 17-jarige moet op dezelfde wijze behandeld worden als een meerderjarige. De Wgbo bepaalt dat minderjarigen van 16 of 17 jaar zonder tussenkomst van de ouder(s) of voogd(en) een behandelingsovereenkomst kunnen sluiten.[43] Ook mag de 16- of 17-jarige zelf rechtshandelingen verrichten die met de behandelingsovereenkomst onmiddellijk verband houden. Alle patiëntenrechten worden zelfstandig uitgeoefend. De 16- of 17-jarige heeft ook een zelfstandig recht op geheimhouding. Zonder toestemming van de patiënt mag geen informatie aan derden, en dus ook niet aan de ouder(s) of voogd(en), verstrekt worden.

Ad. d. Minderjarige wilsonbekwame (van 12 tot 18 jaar)

De ouder(s) of voogd(en) hebben volledig recht op informatie.

Alle minderjarigen (12-18 jaar) die niet in staat zijn tot een redelijke afweging van hun belangen ter zake, worden vertegenwoordigd door de ouder(s) of voogd(en). Het recht op inlichtingen, inzage en afschrift en vernietiging worden door hen uitgeoefend. De minderjarige wilsonbekwame moet voor zover dat mogelijk is, in voor zijn begrip begrijpelijke wijze, ingelicht worden over de voorgenomen verrichting. In het kader van goed hulpverlenerschap mag de arts ook afzien van het verstrekken van informatie aan de ouder(s) of voogd (en) (artikel 7:457, derde lid).

[43] Artikel 7:447 lid 1 BW.

3.5.2 Informatie aan ouders na echtscheiding

Na echtscheiding houden beide ouders doorgaans het ouderlijk gezag. Beiden blijven dan wettelijk vertegenwoordiger en hebben recht op informatie, voor zover dat op grond van het hiervoor vermelde regime is toegestaan. De hoofdregel is dat (indien dat van toepassing is, zie hiervoor) beide ouders moeten instemmen met de behandeling van de minderjarige. Het belang van het kind kan echter meebrengen dat de dubbele toestemming niet te strikt moet worden gehanteerd.
In sommige gevallen mag de arts er van uitgaan dat beide ouders toestemming hebben gegeven voor de behandeling, terwijl zich maar een ouder (met het kind) tot hem heeft gewend. Het gaat dan met name om behandelingen die van niet-ingrijpende aard zijn. Het belang van het kind staat voorop bij de vraag of de toestemming van beide ouders moet worden gevraagd.

Eenoudergezag
De rechter kan bij de echtscheiding het gezag aan één ouder toewijzen. De gezagdragende ouder is dan vertegenwoordiger. De ouder die niet (meer) met gezag is belast, treedt niet (meer) op als vertegenwoordiger, beslist niet mee over de behandeling en heeft geen rechten die aan dat beslissingsrecht zijn gekoppeld (zoals het inzagerecht). De niet met gezag belaste ouder heeft desgevraagd evenwel recht op informatie over belangrijke feiten en omstandigheden die het kind of diens verzorging en opvoeding betreffen.[44] Dit recht geldt ten opzichte van derden die beroepsmatig over die informatie beschikken. Gedacht kan worden aan leerkrachten, maatschappelijk werkers en artsen. Hiermee kan de niet met gezag belaste ouder zich, onafhankelijk van de gezagdragende ouder, een beeld vormen van de verzorging en opvoeding van het kind. De arts verstrekt geen informatie als hij die informatie ook niet aan de met gezag belaste ouder zou verstrekken of als het belang van het kind zich tegen verschaffing van informatie verzet.
De gezagsverhouding kan eventueel in het gezagsregister worden nagegaan. Een verzoek tot inzage in het gezagsregister kan worden gericht aan de griffier van de rechtbank van het arrondissement waarin het kind geboren is. Voor kinderen die buiten Nederland geboren zijn of van wie de geboorteplaats onbekend is, richt u zich tot de griffier van de rechtbank Amsterdam.

De arts verstrekt desgevraagd belangrijke informatie over het kind aan de niet met gezag belaste ouder. Dit geldt niet als de arts die informatie ook niet aan de met gezag belaste ouder zou verstrekken of als het belang van het kind zich tegen verschaffing van informatie verzet.

De gezagsverhouding kan in het gezagsregister worden nagegaan bij de griffier van de rechtbank van het arrondissement waarin het kind geboren is.

Voorbeeld: een kind van 16 heeft een eigen recht op geheimhouding (zie hiervoor). De met gezag belaste ouder ontvangt derhalve niet zonder meer informatie. Datzelfde geldt voor de niet met gezag belaste ouder. Het recht op informatie van de niet met gezag belaste ouder omvat geen inzagerecht in het dossier. De arts mag zich beperken tot het geven van globale, feitelijke en belangrijke informatie (doelgericht).

De arts mag desgevraagd de met gezag belaste ouder informeren over het feit dat informatie is verstrekt aan de niet met gezag belaste ouder, maar is daartoe niet verplicht.

Informatie aan ouders-procespartijen
Ouders kunnen de arts verzoeken informatie over hun kind te verstrekken om deze informatie in een juridische procedure over (een wijziging in) de gezags- en/of omgangsregeling met het kind te gebruiken. De arts moet in beginsel aan dit verzoek voldoen, mits het verzoek afkomstig is van een met gezag belaste ouder. In het belang van het kind mag de arts in bijzondere gevallen besluiten geen informatie te verstrekken. Hij doet dat dan op grond van goed hulpverlenerschap.

De arts verstrekt slechts feitelijke relevante medische informatie, zonder een oordeel te geven (zie ook paragraaf 3.2). Bij het verstrekken van dossiergegevens verdient het aanbeveling om aan te geven dat de

[44] Artikel 1:377c BW.

gegevens die zijn voorzien van de letter 'S' geen objectieve, door de arts vastgestelde of waargenomen gegevens zijn.[45]

3.5.3 Meerderjarige wilsonbekwamen

De vertegenwoordiger van een meerderjarige wilsonbekwame patiënt oefent de rechten die uit de Wgbo voortvloeien namens de patiënt uit, tenzij dit niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.

Indien een meerderjarige[46] niet in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen ter zake (oftewel: wilsonbekwaam is) kan een ander namens hem optreden als vertegenwoordiger. De Wgbo hanteert een rangorde om te bepalen wie als vertegenwoordiger aangemerkt mag worden:[47]

- curator of mentor (door de rechter benoemd)
- de schriftelijk gemachtigde
- de echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel
- ouder, kind, broer of zus.

Als geen curator of mentor is benoemd, worden de belangen van de betrokkene behartigd door de schriftelijk gemachtigde. Dit is de persoon die de wilsonbekwame, toen deze nog wilsbekwaam was, gemachtigd heeft als vertegenwoordiger op te treden. Ontbreekt ook deze, dan treden echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel namens de patiënt op. Ontbreken deze ook, dan treden ouder(s), kind(eren), broer of zuster op als vertegenwoordiger. Komen er meerdere personen binnen dezelfde groep in aanmerking, dan zullen zij een persoon uit hun midden moeten kiezen die als vertegenwoordiger optreedt. Komen zij er onderling niet uit, dan is het uiteindelijk de arts die bepaalt wie hij als vertegenwoordiger aanwijst.

De vertegenwoordiger van een meerderjarige wilsonbekwame patiënt oefent de rechten die uit de Wgbo voortvloeien namens de patiënt uit. De arts mag in het kader van goed hulpverlenerschap de informatie aan de vertegenwoordiger beperken. Deze uitzondering moet niet te snel worden aangenomen; het moet gaan om zeer uitzonderlijke gevallen. De vertegenwoordiger oefent de patiëntenrechten namens de patiënt uit en dient daarbij te handelen als goed vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger zal in de regel toestemming moeten geven voor gegevensverstrekking aan derden.

Bij het aanstellen van een mentor of een curator kan de rechter een medische verklaring van wilsonbekwaamheid van de patiënt vragen. Deze moet door een onafhankelijk arts worden afgegeven conform 3.2 ('Geneeskundige verklaringen').

3.6 Gegevensverstrekking na de dood

Het beroepsgeheim blijft ook na het overlijden van de patiënt gelden. Nabestaanden en andere derden kunnen de arts niet van zijn geheimhoudingsplicht ontheffen.

Algemeen
Het beroepsgeheim blijft ook na het overlijden van de patiënt gelden. Nabestaanden en andere derden kunnen de arts niet van zijn geheimhoudingsplicht ontheffen. De arts mag zijn beroepsgeheim alleen opzij zetten als een van de uitzonderingen op het beroepsgeheim zich voordoet (zie paragraaf 2.4 voor de algemene uitzonderingen):

- De patiënt heeft bij leven toestemming gegeven.
- De toestemming van de patiënt kan worden verondersteld.
- Een wet verplicht tot gegevensverstrekking.

[45] CTG, 2007/221, r.o. 4.9.*GJ* 2008/128.
[46] Minderjarigen zijn zij, die de ouderdom van achttien jaren niet hebben bereikt en niet gehuwd of geregistreerd zijn dan wel gehuwd of geregistreerd zijn geweest (artikel 1:233 BW). De minderjarige van 16 jaar of ouder die haar kind wenst te verzorgen kan een verzoek aan de kinderrechter doen om haar meerderjarig te verklaren. Artikel 1: 253 ha BW.
[47] Artikel 7:465, leden 2 en 3.

- De arts is in conflict van plichten.
- Er is een zwaarwegend belang.

Toestemming van de patiënt
Met toestemming van de patiënt mag de arts gegevens aan derden verstrekken. Die toestemming kan door de patiënt voor het overlijden zijn gegeven. Bijvoorbeeld in een schriftelijke wilsverklaring. De arts mag op basis van die toestemming gegevens verstrekken. De arts moet er op letten dat de schriftelijke wilsverklaring een gerichte toestemming bevat. Dit betekent dat de patiënt duidelijk moet hebben aangegeven welke gegevens hij aan wie wenst te verstrekken. Als de schriftelijke toestemming te generiek is, zal de arts moeten bezien of hij de gegevens toch verstrekt. Daarbij kan relevant zijn of er, nadat de schriftelijke toestemming is gegeven, nog nieuwe gegevens in het dossier zijn opgenomen en welke gegevens dit zijn. Ook is relevant aan wie de gegevens verstrekt worden.

Veronderstelde toestemming
In een aantal gevallen mag de toestemming voor gegevensverstrekking na overlijden worden verondersteld. De arts moet beschikken over concrete aanwijzingen op grond waarvan hij de toestemming mag veronderstellen. Verschillende factoren en omstandigheden kunnen daarbij een rol spelen:

- Wie doet het verzoek en wat is de verhouding met de overledene?
- Waar zijn de gegevens voor nodig (genetisch onderzoek, schadeclaim, aanvechten testament, uitkering van een verzekering, et cetera)?
- Wat is de aard van de te verstrekken gegevens (hoe privacygevoelig zijn de gegevens)?
- Welk belang heeft de verzoeker bij de gegevensverstrekking?

De arts mag bijvoorbeeld toestemming veronderstellen als het gaat om een verzoek van een nabestaande die bij leven een goede band had met de overledene. Vaak zal de echtgenoot, die een zwaarwegend persoonlijk belang heeft bij het inzien van het dossier en die voorheen volledig en in alle openheid bij de behandeling betrokken was, ook na het overlijden inzage in het dossier kunnen krijgen. 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. Aangenomen kan worden dat de patiënt hiervoor toestemming zou hebben gegeven.

Inzage in obductierapport
Het lichaam van een overledene mag in een aantal gevallen aan obductie (sectie, autopsie) worden onderworpen. Bij medische obductie is het doel voornamelijk het vaststellen van de doodsoorzaak. Bij een medische obductie is er een zekere spanning tussen het vereiste dat nabestaanden daarvoor toestemming moeten geven én het beroepsgeheim van de arts dat in de weg staat aan het (volledig) informeren van die nabestaanden over de uitkomsten van de obductie. Er bestaat namelijk geen wettelijke bepaling die informeren van de nabestaanden mogelijk maakt. De KNMG adviseert de uitkomsten van de obductie op hoofdlijnen met de nabestaanden te bespreken. Een dergelijke informatieverstrekking zal veelal met een verwijzing naar de veronderstelde toestemming van de overledene kunnen worden gerechtvaardigd. Voor het verlenen van inzage of een afschrift van het obductierapport moet terughoudendheid worden betracht. Het verlenen van inzage of een afschrift kan soms wel - met een beroep op een conflict van plichten - worden gerechtvaardigd als uit de medische obductie informatie voortvloeit, die van direct belang is voor de gezondheid van de nabestaanden.

Wettelijke plicht
Als een wet daartoe verplicht mag de arts medische gegevens verstrekken. De Wet op de Lijkbezorging (WLB) bepaalt dat de behandelend arts in geval van natuurlijk overlijden van een patiënt een verklaring van overlijden afgeeft. Die verklaring bevat geen medische gegevens. Die worden op een geanonimiseerd formulier ingevuld en zijn bedoeld voor de statistiek. Gaat het om een niet-natuurlijke dood, dan schakelt de arts de gemeentelijk lijkschouwer in. In dat kader mag de arts enige informatie verstrekken aan de gemeentelijk lijkschouwer. Deze verricht zijn onderzoek naar de doodsoorzaak ten behoeve van justitie. Aan de Officier van Justitie (hierna: ‘OvJ’) geeft de gemeentelijk lijkschouwer daarom openheid over de doodsoorzaak. Heeft de OvJ vragen over de doodsoorzaak dan kan hij zich richten tot de gemeentelijk lijkschouwer. De behandelend arts heeft een beroepsgeheim jegens de OvJ. De WLB kent geen verplichting

voor de behandelend arts om gegevens aan de gemeentelijk lijkschouwer te verstrekken. Dit mag wel als de behandelend arts de toestemming van de overledene daarvoor kan veronderstellen.

Is het overlijden het gevolg van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, dan dient de arts hiervan mededeling te doen aan de gemeentelijk lijkschouwer door een modelformulier in te vullen. Bij dit formulier levert de arts een beredeneerd verslag in waarin hij aangeeft of de zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen. Voor deze gegevensverstrekking is geen toestemming van de patiënt vereist.

Nader Onderzoek naar Doodsoorzaken bij minderjarigen (NODO)
In de Wet op de lijkbezorging zal binnen afzienbare termijn een procedure worden geïntroduceerd op grond waarvan nader onderzoek kan worden gedaan naar de doodsoorzaak van minderjarigen.[48] Deze 'NODO-procedure' is erop gericht de doodsoorzaak van minderjarigen te achterhalen en te registreren vooral om onopgemerkt gebleven gevallen van niet-natuurlijke dood door kindermishandeling boven tafel te krijgen. De behandelend arts mag alleen een verklaring van overlijden afgeven als hij heeft overlegd met de gemeentelijk lijkschouwer en het overlijden geheel verklaard kan worden uit de ziektegeschiedenis. Voor dit overleg mag de behandelend arts enige (relevante) informatie aan de lijkschouwer verstrekken. Dit vloeit voort uit de systematiek van de wettelijke bepaling. Wordt geconstateerd dat sprake is van onverklaard overlijden, dan kan de gemeentelijk lijkschouwer zorg dragen voor een NODO-procedure. Ontstaat tijdens de NODO-procedure alsnog een vermoeden van een niet-natuurlijk overlijden of een strafbaar feit (bijvoorbeeld kindermishandeling), dan wordt de officier van justitie ingelicht. Als de behandelend arts voor of tijdens de eigen schouw reeds vermoedt dat sprake is van een niet-natuurlijk overlijden, dan dient hij direct de gemeentelijke lijkschouwer in te schakelen en wordt geen NODO-procedure ingezet.

Wordt wel een NODO-procedure ingezet, dan moeten behandelend arts en andere betrokken hulpverleners de gemeentelijke lijkschouwer die de NODO-procedure leidt (NODO-fg genaamd[49]), op diens verzoek terstond de informatie dan wel inzage in of afschrift van bescheiden over de overleden minderjarige verschaffen, die hij noodzakelijk acht voor het nader onderzoek. Deze plicht vormt een wettelijke uitzondering op het beroepsgeheim. De NODO-fg gebruikt de informatie uitsluitend met het doel de doodsoorzaak vast te stellen.

Conflict van plichten
De arts mag gegevens verstrekken van een overledene als er sprake is van een conflict van plichten (zie daarvoor paragraaf 2.4.2) In een dergelijk geval meent de arts op grond van een afweging van belangen tot gegevensverstrekking te moeten overgaan. Te denken valt aan situaties waarin derden schade zouden ondervinden als de arts zijn beroepsgeheim zou handhaven.
Bij het afwegen van de belangen moet duidelijk zijn dat het probleem (het conflict) niet op een minder ingrijpende manier dan door het doorbreken van het geheim kan worden opgelost. Persoonlijke belangen van derden, zoals financiële en emotionele belangen (rouwverwerking), zijn in het algemeen onvoldoende zwaarwegend om een beroep op een conflict van plichten te kunnen rechtvaardigen. Zie hierna echter ook 'zwaarwegend belang', waar hierop enige nuancering wordt aangebracht vanwege ontwikkelingen in jurisprudentie.

Wordt de arts achteraf ter verantwoording geroepen voor het schenden van zijn beroepsgeheim, dan kan hij zich beroepen op overmacht. Het verdient aanbeveling om aantekening te maken van de belangenafweging en van de motieven die daaraan ten grondslag hebben gelegen.

Zwaarwegend belang
De arts mag zijn beroepsgeheim doorbreken als een ander daarbij een zwaarwegend belang heeft. De arts zal hiertoe zelf een afweging moeten maken. In dit kader geldt dat de betreffende nabestaande een zo zwaarwegend belang moet hebben bij het verkrijgen van de gegevens van de overledene, dat het maken van inbreuk op de geheimhoudingsplicht gerechtvaardigd is. De nabestaande zal de arts van de zwaarwegendheid van dat belang moeten overtuigen.

[48] Staatsblad 2009, 320, onderdeel E en V. Wanneer deze procedure precies in werking treedt, is nog niet duidelijk.
[49] NODO-forensisch geneeskundige.

In het geval voldoende aannemelijk is dat de overledene, als die nog in leven zou zijn geweest, toestemming tot dossierinzage zou hebben gegeven, mag relevante informatie worden verstrekt (zie hiervoor). Kan geen toestemming worden verondersteld, dan mag volgens jurisprudentie in gevallen waarin de nabestaanden een testament aanvechten de geheimhoudingsplicht worden doorbroken als: [50]

a. er zwaarwegende aanwijzingen bestaan dat de erflater ten tijde van het verlijden van het testament niet over zijn verstandelijke vermogens beschikte;
b. het aannemelijk is dat opheldering daarover niet op andere wijze kan worden verkregen dan door dossierinzage.

De arts zal moeten bezien of het dossier informatie bevat die de gewenste opheldering kan geven. Als dat niet het geval is, bijvoorbeeld omdat er in het geheel geen informatie met betrekking tot de bekwaamheid van de erflater rond het tijdsbestek van het opmaken van het testament is, dan kan de arts met deze mededeling volstaan en blijft het dossier verder gesloten.
De mogelijkheid blijft bestaan dat de nabestaanden de weigerende huisarts voor de civiele rechter dagen om de gegevens alsnog boven tafel te krijgen. De arts kan aan de rechter uitleggen welke afweging ten grondslag ligt aan zijn weigering om medische informatie te verstrekken.

Voor meer informatie over dit onderwerp kunt u het KNMG Consult 'De dokter, de dood en het recht' raadplegen op www.knmg.nl/publicatie/dood.

Levensverzekeraars

In paragraaf 3.14 wordt nader ingegaan op het verstrekken van de doodsoorzaak aan levensverzekeraars.

3.7 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet Bopz

Een medische verklaring in het kader van de Wet Bopz bevat medische gegevens van de patiënt, die op grond van de wettelijke regeling aan de rechter worden verstrekt.

De Wet Bopz kent verschillende procedures voor opneming in psychiatrische ziekenhuizen. Voor een opneming is een machtiging nodig, die door de rechter moet worden verleend. Er worden verschillende machtigingen onderscheiden: de voorlopige machtiging, voorwaardelijke machtiging, machtiging tot voortgezet verblijf, de inbewaringstelling, de machtiging voorzetting inbewaringstelling en de zelfbindingsmachtiging. Een rechter moet, alvorens hij een machtiging verleent, een medische verklaring hebben ontvangen waaruit blijkt dat de patiënt gestoord is in zijn geestvermogens. In de wet is per machtiging aangegeven door wie die verklaring mag worden afgegeven. Afhankelijk van de procedure is dat de onafhankelijk psychiater of de geneesheer-directeur.[51] Zij mogen op grond van de wet deze verklaring afgeven en zodoende medische gegevens verstrekken.

Overleg met de behandelend (huis)arts
In een aantal gevallen geeft de wet aan dat de arts die de medische verklaring dient af te geven vooraf overleg pleegt met de behandelend (huis)arts of behandelend psychiater. Formeel gesproken bestaat er geen wettelijke plicht voor de behandelend (huis)arts of psychiater om tijdens dat overleg gegevens te verstrekken. Strikt genomen mag dat alleen met toestemming van de betrokken patiënt. Geeft de patiënt hiervoor geen toestemming, dan mag de behandelend (huis)arts of de psychiater de informatie toch verstrekken als hij meent in een conflict van plichten situatie te verkeren (zie paragraaf 2.4.2). In de jurisprudentie is aangenomen dat de behandelend arts informatie mag vestrekken omdat dit uit de aard van de wettelijke

[50] Rechtbank Arnhem, 15 augustus 2005, Medisch Contact, 2005, nr 46, p. 1842-1844.
[51] Bij een IBS door de Burgemeester is het mogelijk dat een bij voorkeur niet-behandelend arts die geen psychiater is de geneeskundige verklaring afgeeft. In dat geval pleegt deze arts zo mogelijk vooraf overleg met de behandelend psychiater of de huisarts. Een behandelend arts is uitsluitend gerechtigd een geneeskundige verklaring af te geven wanneer de omstandigheden dit noodzakelijk maken. Te denken valt aan een ernstige noodsituatie, waarbij niet tijdig een niet-behandelend psychiater/arts kan worden ingeschakeld.

regeling voorvloeit en het besluit om iemand gedwongen op te nemen zo ingrijpend is, dat daarvoor voldoende medische gegevens beschikbaar moeten zijn.

Opstellen behandelplan
Vóór het opstellen van het behandelingsplan pleegt de psychiater overleg met de instelling of de psychiater die voorafgaand aan de opname de patiënt behandelde of begeleidde, alsmede met de huisarts van de patiënt.[52] Uitgangspunt hierbij moet zijn dat de patiënt voor deze gegevensoverdracht toestemming moet geven. Geeft de patiënt hiervoor geen toestemming, dan mag de arts toch informatie verstrekken als hij in een conflict van plichten situatie verkeert. In de psychogeriatrie wordt het behandelingsplan doorgaans door de specialist ouderengeneeskunde opgesteld.

Inzage dossiers door de Inspectie
In de wet is bepaald dat het bestuur van een instelling waar personen die gestoord zijn in hun geestvermogens verblijven, onderzocht of behandeld worden, inzage in de dossiers moeten verschaffen aan de Inspectie.[53]

3.8 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet publieke gezondheid

De arts die een bepaalde, in de wet omschreven, infectieziekte bij een patiënt vermoedt of vaststelt, meldt dit zo spoedig mogelijk bij de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD).

De voormalige Infectieziektenwet is met ingang van 1 december 2008 opgegaan in de Wet publieke gezondheid. Daarin is bepaald dat de arts die een bepaalde, in de wet omschreven, infectieziekte bij een patiënt vermoedt of vaststelt, dit zo spoedig mogelijk bij de GGD moet melden. Voor deze melding, waarbij in sommige gevallen medische informatie die onder het beroepsgeheim valt wordt verstrekt, is geen toestemming van de patiënt noodzakelijk. Wel is het aan te raden de patiënt hierover te informeren

Algemeen
De arts die bij een door hem onderzocht persoon een ziektebeeld vaststelt met een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak, waarbij een gegrond vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid, meldt dit onverwijld aan de GGD.

De arts die een voor zijn praktijk ongewoon aantal gevallen vaststelt van een infectieziekte, niet behorend tot groep A, B1, B2 of C (zie hierna), die een gevaar vormt voor de volksgezondheid, meldt dit binnen 24 uur aan de GGD.

Specifiek
De wet onderscheidt drie groepen infectieziekten.

Groep A
Tot deze groep behoren:pokken, polio, severe acute respiratory syndrome (SARS), Mexicaanse influenzavirus (H1N1)[54];

Taak arts:
De arts die een van deze infectieziekten bij een patiënt vermoedt of vaststelt meldt dit onverwijld aan de GGD.

Groep B1
Tot deze groep behoren: humane infectie veroorzaakt door een aviair influenzavirus, difterie, pest, rabies, tuberculose, virale hemorragische koorts.

Taak arts:

[52] Artikel 38 lid 2, eerste volzin Wet Bopz.
[53] Artikel 63 lid 4 Wet Bopz.
[54] Besluit van 1 mei 2009, *Stb*. 2009, 81.

De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep B1 vaststelt, dan wel een vermoeden heeft dat deze persoon lijdt aan difterie, rabies of virale hemorragische koorts, meldt dit binnen 24 uur aan de GGD.

De arts die gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte behorend tot groep B1 te vermoeden, meldt dit binnen 24 uur aan de GGD, indien die persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is ter vaststelling van die ziekte en daardoor ernstig gevaar voor de volksgezondheid door de verspreiding van die infectieziekte kan ontstaan.

Groep B2:
Tot deze groep behoren: buiktyfus (typhoid fever), cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie, voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron;

Taak arts:
De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep B2 vaststelt, meldt dit binnen 24 uur aan de GGD.

De arts die gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte behorend tot groep B 2 te vermoeden, meldt dit binnen 24 uur aan de GGD, indien die persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is ter vaststelling van die ziekte en daardoor ernstig gevaar voor de volksgezondheid door de verspreiding van die infectieziekte kan ontstaan.

Groep C[55],
Tot deze groep behoren: anthrax, bof, botulisme, brucellose, gele koorts, hantavirusinfectie, heamophilus influenza infectie, pneumokokkenziekte, legionellose, leptospirose, listeriose, malaria, meningokokkenziekte, mrsa-infectie, psittacose, q-koorts, tetanus, trichinose, west-nile virusinfectie, ziekte van creutzfeldt-jakob.

Taak arts:
De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep C vaststelt, meldt dit binnen 24 uur aan deGGD.

Welke gegevens verstrekken bij melding
Een melding aan de GGD van de gemeente waarin de arts praktijk heeft, omvat de volgende gegevens:

- de naam, het adres, het geslacht, de geboortedatum, het burgerservicenummer en de verblijfplaats van de betrokken persoon;
- de infectieziekte dan wel een beschrijving van het ziektebeeld, de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprofylaxe, de vermoedelijke infectiebron, de datum van vermoeden of vaststelling van infectie, de wijze van vaststelling van die infectieziekte;
- indien nodig, of de betrokken persoon dan wel een persoon in zijn directe omgeving beroeps- of bedrijfsmatig betrokken is bij de behandeling van eet- of drinkwaren of bij de behandeling, verpleging of verzorging van andere personen.

Handhaving
Het niet naleven van deze wettelijke regelingen kan een strafrechtelijke overtreding of een misdrijf opleveren, waarbij sancties (hechtenis of boete) opgelegd kunnen worden (artikel 66, 67, 69).

[55] Besluit 27 oktober 2008, *Stb*. 2008, 461.

3.9 Medische keuringen

Tijdens een keuring mogen alleen die gegevens worden verzameld, die strikt noodzakelijk zijn voor het doel van de keuring. Het verzamelen van meer, of andere gegevens vormt een inbreuk op de privacy van de keurling.

Algemeen
Onder een medische keuring wordt verstaan: het door een arts – veelal in opdracht van een derde – verzamelen van informatie over de gezondheidstoestand van een individu door het stellen van vragen aan en verrichten van onderzoek bij het individu, eventueel aangevuld met het inwinnen van nadere informatie bij diens behandelend arts(en).

De aard en omvang van de in het kader van een medische keuring te verzamelen informatie moeten worden gerelateerd aan het doel van de keuring. Bij elke keuring dient het doel daarvan helder te zijn. Zo is bijvoorbeeld het doel van een medische keuring voorafgaand aan het afsluiten van een particuliere levensverzekering gelegen in het inschatten of er bij de (aspirant-) verzekerde sprake is van een al dan niet verhoogd overlijdensrisico. Maar een medische keuring kan ook nodig zijn om vast te stellen of het individu aanspraak kan maken op een uitkering (bijvoorbeeld krachtens een arbeidsongeschiktheidsverzekering) of een bepaalde voorziening. Het doel van de medische keuring kan ook zijn gericht op de geschiktheid voor het verrichten van bepaalde activiteiten, bijvoorbeeld een rijbewijskeuring, een aanstellingskeuring of een sportkeuring. Het verzamelen van meer, of andere gegevens dan strikt noodzakelijk voor het doel van de keuring, vormt een inbreuk op de privacy van de keurling.

Uitgangspunt bij het verrichten van keuringen is dat de keurend arts in een (persoonlijk) contact een beeld vormt van de cliënt.

Bij een medische keuring zal de keurend arts in beginsel in een (persoonlijk) contact een beeld vormen van de cliënt. Tijdens dit contact kunnen vragen aan de cliënt gesteld worden en kan zo nodig een medisch onderzoek worden verricht. Op grond hiervan kan de keurend arts zich een beeld vormen van de cliënt. Als de keurend arts meent voldoende (schriftelijke) gegevens te hebben om op basis daarvan een conclusie te trekken, dan kan een nader medisch onderzoek achterwege blijven. De keurend arts geeft dat duidelijk en gemotiveerd in zijn rapportage weer.

Wet op de Medische Keuringen
In de Wet op de Medische Keuringen zijn nadere specificaties en beperkingen opgenomen over het verzamelen informatie tijdens een medische keuring. Die wet is van toepassing op aanstellingskeuringen en keuringen bij het aangaan van particuliere levens- en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering. Voor deze keuringen zijn grenzen gesteld aan het verzamelen van informatie over erfelijkheid. In dergelijke situaties weegt het recht op privacy van de keurling zwaarder dan het recht op informatie van de opdrachtgever tot de keuring.

De arts die een opdracht tot keuring aanneemt, dient zich zorgvuldig te oriënteren op het doel van de gevraagde keuring en de daarmee samenhangende aard en omvang van de informatie die over de gezondheidstoestand van de keurling moet worden verzameld. De opdrachtgever dient de keurend arts daartoe een voldoende gespecificeerde opdracht te verstrekken. De keurend arts heeft een eigen verantwoordelijkheid om bij de uitvoering van de verkregen opdracht binnen de grenzen te blijven die op grond van professionele en maatschappelijke eisen aan (de aard en omvang van) keuringen worden gesteld.

Rapportage van bevindingen en conclusies
Als de keurend arts is ingeschakeld door de medisch adviseur van de opdrachtgever, dan rapporteert de arts de bevindingen uit het keuringsonderzoek aan die medisch adviseur. Het is de taak van de medisch adviseur om op grond van die bevindingen een advies aan de opdrachtgever (al dan niet acceptatie op normale

voorwaarden, al dan niet in aanmerking komen voor een uitkering/voorziening, al dan niet geschikt voor de uitvoering van bepaalde activiteiten) te verstrekken.

Indien de opdrachtgever geen gebruik maakt van een medisch adviseur, dient de keurend arts aan de opdrachtgever slechts een conclusie op grond van zijn bevindingen uit het keuringsonderzoek ter beschikking te stellen. Een punt van aandacht voor de keurend arts bij het aannemen van zo'n keuringsopdracht is de vraag of hij wel over voldoende kwalificaties beschikt om dergelijke conclusies te kunnen trekken.

Gegevensverstrekking door de behandelend arts
Met toestemming van de keurling mag tijdens een medische keuring door de medisch adviseur (of indien afwezig door de keurend arts) nadere informatie worden opgevraagd bij de behandelend arts van de keurling.

Zie voor de vereisten voor het opvragen van medische informatie paragraaf 3.1

Recht op kennisneming en blokkeringsrecht van de keurling
Het 'blokkeringsrecht' geeft de keurling het recht te beslissen of hij als eerste kennis wil nemen van de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek zoals vastgelegd in het (concept)rapport (inzage). Hij heeft tevens het recht om op basis van die inzage te verhinderen dat het rapport ter kennis van anderen wordt gebracht (blokkering).

Het blokkeringsrecht is volgens artikel 7:464 lid 2 Wgbo van toepassing op medische keuringen, met uitzondering van keuringen die plaatsvinden in het kader van lopende arbeidsovereenkomsten, lopende private verzekeringen en opleidingen die de keurling reeds volgt. Daarnaast is bepaald dat, tenminste tot 1 mei 2010, het inzage- en blokkeringsrecht nog niet van toepassing is op handelingen op het gebied van de geneeskunst die worden verricht in verband met de uitvoering van wettelijke voorschriften op het terrein van de arbeidsomstandigheden, de sociale zekerheid en de sociale voorzieningen, alsmede pensioenregelingen en collectieve arbeidsovereenkomsten.[56] Voor een aantal keuringen is de toepassing van het blokkeringsrecht in specifieke wetten inmiddels definitief uitgesloten.[57] Zie bijvoorbeeld paragraaf 3.11 waar aan de orde komt dat het blokkeringsrecht niet geldt in keuringssituaties in het kader van de Wet SUWI.

Indien van toepassing wijst de keurend arts de keurling op het blokkeringsrecht.
In sommige gevallen schakelt de medisch adviseur van de opdrachtgever een keurend arts in om de keuring te verrichten. In die situatie moet de keurling zijn blokkeringsrecht uitoefenen bij de medisch adviseur en niet bij de arts die de keuring verricht. De medisch adviseur zal immers aan de keuringsuitslag een conclusie verbinden. Als de keurling zijn blokkeringsrecht ook ten opzichte van de keurend arts wil uitoefenen, zal de keurling dit vooraf met de keurend arts moeten afspreken.

Gegevens verkregen in het kader van een medische keuring worden bewaard zolang dat redelijkerwijs nodig is gezien het doel van de medische keuring.

Zie voor bewaren keuringsgegevens paragraaf 1.9.

Zie voor meer informatie het Protocol Verzekeringskeuringen op www.knmg.nl/publicatie/verzekeringskeuringen.

[56] Besluit van 22 maart 2005, *Stb.* 2005, 174.
[57] art. 14 Arbeidsomstandighedenwet, art. 63 Beginselenwet jeugdinrichting, art. 19 en 20 Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, art. 68 Wet justitiële jeugdinrichtingen en artikel 74 Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen.

3.10 Gegevensverstrekking in het kader van arbeid, arbeidsverzuim en reïntegratie

Bedrijfsartsen zijn specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. Door de specifieke taken van de bedrijfsarts is hij zowel adviseur van de werknemer als van de werkgever. Bij de uitvoering van de taken die zijn gericht op het bewaken en begeleiden van arbeid en gezondheid van individuele werknemers, is de bewaking van het privacybelang van die individuele werknemers uiteraard van groot belang.
In de bedrijfsgezondheidszorg wordt in dit kader onderscheid gemaakt tussen '*vrijwillige contacten*' en '*contacten in opdracht*'.[58]

Vrijwillige contacten tussen bedrijfsarts en werknemer vinden plaats op initiatief van de werknemer zelf. Het gaat dan bijvoorbeeld om het arbeidsomstandighedenspreekuur, niet-verplicht Periodiek ArbeidsGezondheidskundig Onderzoek (PAGO) of Preventief Medisch Onderzoek (PMO) of een health check. Op de informatie uit deze vrijwillige contacten is het beroepsgeheim uit de Wgbo volledig van toepassing: alleen met gerichte toestemming van de werknemer mag de bedrijfsarts gegevens op basis van deze contacten aan derden verstrekken.

Contacten in opdracht vinden in de regel plaats in opdracht van de werkgever. Dit zijn de (sociaal)medische begeleiding en reïntegratie van wegens ziekte verzuimende werknemers, verplichte medische keuringen en overige verplichte onderzoeken. Ook voor informatie op grond van deze contacten geldt het beroepsgeheim van de bedrijfsarts, maar specifieke wetten verplichten de bedrijfsarts om bepaalde informatie uit deze contacten aan een derde te verstrekken. De werknemer moet over die informatieverstrekking wel worden geïnformeerd. Het gaat dan meestal om de werkgever, maar ook om bijvoorbeeld het UWV. (Zie paragraaf 3.11 over medische keuringen in de publiekrechtelijke sfeer).
Het onderscheid tussen vrijwillige contacten en contacten in opdracht is ook van belang voor de inrichting van het dossier van de bedrijfsarts.

Voor meer informatie over de inrichting van het bedrijfsgeneeskundig dossier raadpleegt u het 'KNMG-advies inzake de inrichting en overdracht van het bedrijfsgeneeskundig dossier', KNMG Utrecht 2008.

Gegevensverstrekking tussen bedrijfsarts en werkgever in het kader van ziekteverzuimbegeleiding
De (sociaal)medische begeleiding van wegens ziekte verzuimende werknemers verricht de bedrijfsarts in opdracht van de werkgever. Wet- en regelgeving bepalen dat de bedrijfsarts in het kader van deze taak bepaalde informatie over de werknemer aan de werkgever mag verstrekken.[59] Dit mag – desnoods - ook zonder toestemming van de werknemer. Wel moet de werknemer over de te verstrekken informatie worden geïnformeerd.

De bedrijfsarts beperkt zich tot het geven van gerichte informatie aan de werkgever over de werkzaamheden waartoe de werkende nog wel of niet meer in staat is en welke aanpassingen of werkvoorzieningen in het kader van de werkhervatting / reïntegratie kunnen worden getroffen. Hierbij verstrekt de bedrijfsarts geen medische gegevens. Medische gegevens kunnen slechts met gerichte toestemming van de werknemer verstrekt worden. Dit geldt niet voor de eerder genoemde gegevens, zoals de mogelijkheden en de prognose in de zin van inzetbaarheid.

De 'Code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie', KNMG Utrecht 2006, geeft een richtlijn voor gegevensuitwisseling tussen artsen onderling en tussen artsen en andere betrokkenen in geval van arbeidsverzuim wegens ziekte. Voor meer informatie over de diverse gegevensstromen in dit kader wordt hier naar deze Code verwezen. Voor meer informatie over gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en werkgever, zie Gegevensstroom 3 op www.knmg.nl/publicatie/arbeidsverzuim

[58] Willems, J.H.B.M., Doppegieter, R.M.S., De scheiding van behandeling en controle: aan actualisering toe?, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 2007, nr.4, p. 164-167
[59] Artikel 14 lid 6 Arbeidsomstandighedenwet ; Artikel 88 Wet BIG; Artikelen 9 lid 4 en 21 lid 1, onder f, sub 2 WBP; Memorie van Toelichting bij de WULBZ (Kamerstuknummer 24439, volgnr.3 onder 5b.)

Verwijzen door de bedrijfsarts
Sinds 2004 is het voor bedrijfsartsen mogelijk om te verwijzen binnen de reguliere gezondheidszorg. Als de bedrijfsarts verwijst naar medisch specialisten, paramedici, psychologen of GGZ-hulpverleners is het uitgangspunt dat dit alleen in overleg met en met toestemming van de werknemer plaatsvindt. Daartoeondertekent de werknemer de verwijsbrief. Daarnaast geldt als uitgangspunt dat verwijzing geschiedt in samenspraak met de huisarts. Verder tekent de werknemer een machtiging voor de gegevensuitwisseling, zodat de bevindingen van de arts naar wie wordt verwezen en het verloop van de behandeling via een schriftelijk verslag bij de bedrijfsarts en de huisarts terugkomen.

De NVAB heeft hiervoor de Leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts', NVAB 2004, gemaakt, waarin de procedures nader zijn omschreven en toegelicht. www.nvab-online.nl

Gegevensverstrekking door behandelend artsen aan de bedrijfsarts of verzekeringsarts
De bedrijfsarts kan, na eigen onderzoek, behoefte hebben aan gegevensuitwisseling met de behandelend huisarts of medisch specialist. Dit geldt ook voor de verzekeringsarts van het UWV, die bij voortdurende arbeidsongeschiktheid beoordeelt wat de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn, op basis waarvan uiteindelijk bepaald wordt of de werknemer in aanmerking komt voor een wettelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering (Zie ook hierna 3.11 over medische keuringen in het kader van wettelijke sociale verzekeringen). Het gaat in deze situaties zowel om feitelijke gegevens als om afstemming en overleg. De gegevensuitwisseling en afstemming kan dubbel onderzoek, tijdverlies en onduidelijkheid over onderling afwijkende adviezen voorkomen. Bij deze informatie-uitwisseling gelden in principe de volgende voorwaarden:

- Vooraf is gerichte toestemming van de patiënt/werknemer vereist.
- De vragende arts geeft de eigen bevindingen weer en geeft daarbij aan welke aanvullende informatie hij van de verstrekkende arts wil vernemen.
- De arts die informatie levert, geeft uitsluitend de gevraagde informatie en beperkt zich tot feitelijke gegevens en bevindingen over de gezondheid van de patiënt/werknemer (onthoudt zich van meningen, evaluaties, prognoses of verwachtingen).
- De communicatie verloopt in beginsel schriftelijk, tenzij de werknemer specifiek toestemming heeft gegeven voor mondeling overleg.

Voor meer informatie over gegevensverstrekking door behandelend artsen aan de bedrijfsarts en de verzekeringsarts, zie 'Code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie', KNMG Utrecht 2006. Specifiek: Gegevensstroom 5 en Deel C. Als separate bijlage bij de Code is een voorbeeld van een communicatieformulier gevoegd, dat bedrijfs- en verzekeringsartsen mogen gebruiken bij het opvragen van gegevens uit de behandelende sector. Zie www.knmg.nl/publicatie/arbeidsverzuim-bijlage

3.11 Gegevensuitwisseling in het kader van wettelijke sociale verzekeringen

Uitgangspunt bij het uitvoeren van de hierna te noemen werkzaamheden is dat de verzekeringsarts in een (persoonlijk) contact zich een beeld vormt van de cliënt.

Zo nodig worden aanvullende gegevens opgevraagd bij de behandelend arts(en) van de cliënt. De behandelend arts mag gegevens verstrekken met toestemming van de cliënt.

Verzekeringsartsen die werkzaamheden verrichten in het kader van sociale wetten[60] hebben verschillende taken. Ze verrichten medische beoordelingen (keuringen) ten behoeve van de uitvoering van die wetgeving. Daarnaast kunnen zij werkzaamheden verrichten op het gebied van beoordeling en begeleiding van verzuim

[60]In deze paragraaf wordt onder sociale wetgeving onder meer bedoeld, de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI), Werkloosheidswet (WW), Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong), Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), Wet Arbeidsongeschiktheid Zelfstandigen (WAZ) en Ziektewet (ZW); Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ); Wet Verbetering poortwachter (WVP).

en arbeidsgeschiktheid, het geven van een deskundigenoordeel bij een geschil tussen de werkgever en de werknemer over recht op loon bij ziekte, over reïntegratie-inspanningen van de werkgever en de werknemer of over aanwezigheid van passende arbeid. Verder hebben zij taken op het gebied van preventie en signalering van gezondheidsschade. De taken worden over het algemeen verricht door verzekeringsartsen in dienst van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

Alle gegevens die de verzekeringsarts bij de uitvoering van deze werkzaamheden over zijn cliënt bekend worden, alsmede zijn conclusies, vallen onder zijn beroepsgeheim. De verzekeringsarts wordt slechts van zijn zwijgplicht ontheven als de cliënt daarvoor schriftelijke toestemming geeft of voor zover de wet hem daartoe de mogelijkheid biedt.

Aanvullende gegevens opvragen
Uitgangspunt bij het uitvoeren van de genoemde werkzaamheden is dat de verzekeringsarts in een (persoonlijk) contact zich een beeld vormt van de cliënt.
Zo nodig worden aanvullende gegevens opgevraagd bij de behandelend arts(en) van de cliënt. De behandelend arts mag gegevens verstrekken met toestemming van de cliënt. In paragraaf 3.1 en in de laatste alinea van paragraaf 3.10 zijn de voorwaarden die daarvoor gelden opgenomen.
De bedrijfsarts is verplicht om aan het UWV ook zonder toestemming van de werknemer die gegevens en inlichtingen te verstekken die nodig zijn voor de taakuitoefening van de Wet SUWI.[61] Met het oog op de privacybescherming van de werknemer en de geheimhoudingsplicht van de bedrijfsarts verstrekt de bedrijfsarts alleen strikt noodzakelijke informatie.[62]

Het UWV verstrekt op verzoek of uit eigen beweging aan de gecertificeerde arbodienst of geregistreerde bedrijfsarts alle gegevens en inlichtingen, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de ziekteverzuimbegeleiding (zoals bedoeld in artikel 14, eerste lid, Arbeidsomstandigheden wet).[63]

Voor meer informatie over gegevensverstrekking tussen hulpverleners in dit verband:
Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie, zie www.knmg.nl.

Gegevens verstrekken door verzekeringsarts.
Op grond van de verschillende verzekeringswetten mag de verzekeringsarts gegevens zonder toestemming van de cliënt verstrekken aan diegenen die binnen de uitvoering van de sociale verzekering werkzaam zijn en die deze gegevens in het kader van hun taakuitoefening nodig hebben. Hierbij mag de verzekeringsarts echter niet meer meedelen dan noodzakelijk is voor die taakuitoefening.

Blokkeringsrecht niet van toepassing
In artikel 74, vierde lid Wet SUWI is het blokkeringsrecht (zie daarover paragraaf 3.9 medische keuringen) uitgesloten voor de keuringssituaties waarop die wet ziet.[64] Het blokkeringsrecht geldt niet voor de rapportages die de verzekeringsarts zelf uitbrengt en ook niet voor de rapportages die in opdracht van de verzekeringsarts door een expertisearts worden uitgebracht

3.12 Gegevensverstrekking in het kader van letselschade en private schadeverzekeringen

Als een patiënt betrokken is bij een (verkeers- of ander) ongeval en daarbij gewond is geraakt, kan de patiënt in sommige gevallen de daarbij geleden schade verhalen op een aansprakelijke veroorzaker van het ongeval. Behandelend artsen ontvangen regelmatig verzoeken tot het verstrekken van medische gegevens in het kader van de afwikkeling van dit soort letselschadeclaims. Ook als een patiënt een beroep doet op een particuliere

[61] Artikel 54 lid 1 en 3 onder c, Wet SUWI.
[62] Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie, www.knmg.nl, gegevensstroom 6, p.11.
[63] Artikel 73, derde lid, Wet SUWI.
[64] Dit betekent dat de keurling geen blokkeringsrecht toekomt (ten tijde van het uitkomen van deze Richtlijnen) als hij wordt gekeurd in het kader van de Werkloosheidswet, Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) , Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, Wet Arbeidsongeschiktheid Zelfstandigen, Ziektewet; Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ); Wet Verbetering poortwachter (WVP).

ongevallen- of arbeidsongeschiktheidsverzekering kan de behandelend arts door de verzekeraar verzocht worden om voor de afwikkeling van de claim relevante medische informatie te verstrekken.

Bij de afhandeling van dergelijke verzoeken is het van belang onderscheid te maken tussen verzoeken afkomstig van een belangenbehartiger van de patiënt en verzoeken afkomstig van de (medisch adviseur) van een verzekeraar. Voor de algemene vereisten bij het verstrekken van medische gegevens op verzoek van derden wordt verwezen naar 3.1. Hieronder worden de specifieke aandachtspunten besproken die in deze context relevant zijn.

Verzoeken om medische informatie afkomstig van belangenbehartigers van de patiënt

De advocaat wordt gezien als het verlengstuk van de patiënt. Met toestemming van de patiënt mag de advocaat inzage en afschrift van het dossier hebben, met dezelfde beperkingen als de patiënt.

De advocaat of rechtsbijstandverlener die de belangen van een patiënt behartigt, zal soms een afschrift van (een relevant deel) van het dossier vragen om zijn cliënt zo goed mogelijk bij te kunnen staan. In dergelijke gevallen kan de advocaat gezien worden als het verlengstuk van de patiënt zelf. De advocaat zal wel een schriftelijke machtiging van de patiënt moeten overleggen. Is deze machtiging aanwezig, dan gelden voor het inzagerecht en het recht op afschrift alleen nog de beperkingen die er zijn als de patiënt daar zelf om vroeg. Te weten: geen inzage in of afschrift van gegevens als dat noodzakelijk is ter bescherming van de privacy van een derde.
Het is niet noodzakelijk dat de advocaat een medisch adviseur als tussenpersoon aanwijst. Omdat de interpretatie van medische gegevens voor juridische doeleinden specifieke deskundigheid vereist, heeft het uitdrukkelijk wel de voorkeur van de KNMG dat de medisch adviseur zoveel mogelijk een centrale rol vervult.

Bij de juridische beoordeling van letselschadeclaims is veelal de vraag van belang of en zo ja, in welke mate, medische klachten het gevolg zijn van het ongeval. In verband met het bestaan van mogelijke preëxistente klachten kan vaak niet volstaan worden met gerichte vraagstelling. Voor een goede beoordeling van een letselschadeclaim door de advocaat en de medisch adviseur van de patiënt, kan inzage in het volledig dossier over een bepaalde periode onvermijdelijk zijn. Het verstrekken van een afschrift van een heel dossier kan er echter toe leiden dat irrelevante gegevens in de procedure een rol gaan spelen. De behandelend arts aan wie een afschrift van een heel dossier wordt gevraagd, mag van de belangenbehartiger van de patiënt of diens medisch adviseur verlangen dat een dergelijk verzoek wordt toegelicht.

Als de behandelend arts twijfels heeft over de verstrekking van de gevraagde informatie is het verstandig afstemming te hebben met uw patiënt (ondanks de toestemming). Als de patiënt persisteert in het verstrekken van de informatie, bestaat de mogelijkheid om de patiënt een kopie te verstrekken van zijn/haar dossier. Hiermee kan de patiënt zelf bezien welke informatie wel/niet verstrekt gaat worden.

Verzoeken om medische informatie afkomstig van de private verzekeraar van de patiënt

Verzoeken om medische informatie afkomstig van een ongevallenverzekeraar, particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar of andere private verzekeraar dienen afkomstig te zijn van de medisch adviseur van de verzekeraar.

Het opvragen, verwerken en opslaan van medische gegevens bij private verzekeraars geschiedt door of in ieder geval onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.[65] Medische gegevens behoren dan ook te worden toegezonden aan de medisch adviseur.
Anders dan bij de hiervoor behandelde verzoeken om medische informatie van belangenbehartigers lopen de belangen van de patiënt en de verzekeraar niet in alle gevallen parallel; dit laat onverlet dat de medisch adviseur van de verzekeraar zich objectief en onafhankelijk dient op te stellen, juist ook waar het gaat om het opvragen van patiëntengegevens.

[65] Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, Verbond van Verzekeraars en Nederlandse vereniging van Banken, 2009

De onder 3.1 vermelde voorwaarden voor gegevensverstrekking aan derden gelden in dit verband onverkort. Dit geldt ook voor de voorwaarde van gerichte en feitelijke vragen. Een verzoek van de medisch adviseur van een private verzekeraar om verstrekking van een afschrift van een volledig dossier zal een behandelend arts slechts zelden kunnen honoreren. In dergelijke uitzonderingsgevallen dient de medisch adviseur van de verzekeraar het verzoek uitvoerig te motiveren. De behandelend arts verzekert zich er in dergelijke gevallen van dat de patiënt voor de verstrekking gerichte toestemming heeft gegeven. Dat geldt ook als de patiënt al een schriftelijke machtiging heeft ondertekend. Twijfelt de behandelend arts over de verstrekking van de gevraagde informatie, dan bestaat de mogelijkheid om de patiënt een kopie te verstrekken van zijn/haar dossier. Hiermee kan de patiënt zelf bezien of, en welke informatie verstrekt wordt aan de (medisch adviseur van de) verzekeraar.

Hetgeen hiervoor is beschreven geldt voor verstrekking van medische informatie uit het dossier van in leven zijnde patiënten. Voor gegevensverstrekking na de dood zie paragraaf 3.6.

3.13 Gegevensuitwisseling met zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars mogen persoonsgegevens over iemands gezondheid verwerken als dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet of voor de uitvoering van een andere (private) zorgverzekering.[66] In dit verband worden de volgende situaties besproken: het aangaan van een zorgverzekering, de machtiging voor een verrichting en de materiële controle.[67]

Het aangaan van een basisverzekering of aanvullende verzekering
Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht.[68] Zorgverzekeraars mogen voor het afsluiten van een dergelijke verzekering geen medische gegevens opvragen. Dit kan anders zijn voor het afsluiten van een aanvullende zorgverzekering.
Aanvullende zorgverzekeringen vallen niet onder de Zorgverzekeringswet, maar zijn privaatrechtelijk van aard. Bij een aanvraag voor een dergelijke verzekering dient de aspirant-verzekerde vaak een vragenlijst in te vullen op basis waarvan de zorgverzekeraar al dan niet overgaat tot acceptatie van de verzekering. Heeft de zorgverzekeraar onvoldoende gegevens om tot acceptatie of afwijzing over te gaan, dan kunnen aanvullende feitelijke medische gegevens met uitdrukkelijke toestemming van de betreffende persoon worden opgevraagd bij de zorgaanbieder. Komt een verzekeringsovereenkomst niet tot stand, dan worden de gezondheidsgegevens tot maximaal twaalf maanden bewaard.[69] De gegevens die verkregen zijn voor een bepaald doel (bijvoorbeeld voor het aangaan van een aanvullende verzekering) mogen niet voor een ander doel worden gebruikt.

Machtiging
Bepaalde medische verrichtingen worden niet zonder meer door de zorgverzekeraar vergoed. Het gaat dan bijvoorbeeld om bepaalde plastisch chirurgische ingrepen. De zorgverzekeraar vergoedt dergelijke ingrepen slechts als daarvoor een machtiging is afgegeven. Alvorens die machtiging te geven, kan de zorgverzekeraar medische gegevens nodig hebben. Afhankelijk van de situatie kunnen die gegevens door de verzekerde worden verstrekt of kunnen ze bij de behandelend arts worden opgevraagd. In dat laatste geval dient paragraaf 3.1 in acht genomen te worden. De zorgverzekeraar zal aan de hand van deze gegevens al dan niet een machtiging geven. Als de aanvraag onvoldoende informatie bevat kan de zorgverzekeraar aanvullende informatie opvragen bij de behandelend arts(en). Daarvoor is de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde nodig.

Materiële controle

[66] Artikel 21 Wbp en artikel 86-93 Zorgverzekeringswet.
[67] De nieuwe (Concept) Gedragscode voor Zorgverzekeraars bevat een overzicht van alle bedrijfsprocessen waarbij persoonsgegevens verwerkt kunnen worden www.ZN.nl.
[68] Artikel 3 Zorgverzekeringswet.
[69] College bescherming persoonsgegevens. 'Zorgverzekeraars, Gezondheidsgegevens en Privacy. Verkennend onderzoek bij drie zorgverzekeraars in relatie tot het Addendum en het Protocol materiële controle'. 2006.

Materiële controle is een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid') en of die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid'). De wijze waarop die controle mag worden uitgevoerd is nader uitgewerkt in het Protocol materiële controle.
Het uitgangspunt is dat geen zwaardere instrumenten worden ingezet dan nodig, om voldoende zekerheid te verkrijgen dat de zorg die wordt gedeclareerd ook feitelijk geleverd is en dat deze doelmatig is. De instrumenten die de zorgverzekeraar voor de materiële controle ten dienste staan zijn:

1. Statistische analyse en risicoanalyse
2. Administratieve Organisatie / Immateriële Controleverklaring en bestuursverklaring
3. Verbandscontrole
4. Detailcontrole

Uitgangspunt is dat geen gegevens worden gebruikt die tot de persoon herleidbaar zijn (de onder 1, 2 en 3 genoemde instrumenten). Als blijkt dat sprake is van een redelijk vermoeden van onrechtmatig of ondoelmatig handelen, mag een detailcontrole worden ingezet (gerichte controle). Dat wil in de praktijk zeggen dat een zorgverzekeraar (via de medisch adviseur) inzage mag vragen in het dossier van de verzekerde. Dat mag echter alleen als niet kan worden volstaan met de instrumenten genoemd onder 1, 2 en 3. Bij de controle mogen niet meer persoonsgegevens worden gebruikt dan strikt noodzakelijk. Ongerichte detailcontrole in de vorm van een aselecte steekproef mag alleen als hierin is voorzien in een controleplan.

Vindt de controle plaats volgens het Protocol materiële controle, dan is de toestemming van de betreffende verzekeringnemer niet vereist. Biedt het Protocol onvoldoende houvast, dan kan uitdrukkelijke toestemming worden gevraagd voor het opvragen van persoonsgegevens. Het protocol is ook van toepassing in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Het Protocol materiële controle is te vinden op www.zn.nl

Opvragen gegevens door NZa
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onder meer belast met het markttoezicht, marktontwikkelingen, tarief- en prestatieregulering en met het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. De NZa kan in het kader van die taken toezicht houden op zorgaanbieders. In sommige gevallen is de zorgaanbieder daarbij verplicht om op verzoek hemzelf betreffende identificerende gegevens alsmede andere identificerende persoonsgegevens en medische persoonsgegevens (van patiënten) aan de zorgautoriteit en de FIOD-ECD te verstrekken. In de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is daarvoor een wettelijke uitzondering op het beroepsgeheim opgenomen (artikel 66 WMG). Het gaat in die gevallen om toezicht op het verbod om andere dan rechtsgeldige tarieven in rekening te brengen (artikel 35 WMG) en op het voeren van een correcte administratie (artikel 36 WMG). Daarnaast betreft het controle op de verplichting van de zorgaanbieder om patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de in rekening te brengen kosten voor een bepaalde prestatie (artikel 38 WMG). Dit omvat mede de uitvoering van de Wet op de economische delicten. De NZa zal bij het vorderen van gegevens de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit in acht moeten nemen. Dit betekent onder meer dat de NZa de betreffende gegevens alleen mag opvragen voor zover dat redelijkerwijs noodzakelijk is voor het doel waarvoor ze worden opgevraagd. Bovendien mogen alleen de relevante gegevens worden opgevraagd.

3.14 Gegevensverstrekking aan levensverzekeraar na overlijden

Bij een vermoeden van fraude mag de verzekeraar de onafhankelijke Toetsingscommissie Fraude Gezondheidsgegevens inschakelen.

Levensverzekeraars kunnen behoefte hebben aan medische gegevens van een inmiddels overleden verzekerde, om te beoordelen of bij het aangaan van de verzekering fraude is gepleegd. Het vermoeden van verzekeringsfraude is echter onvoldoende reden voor de behandelend arts om het beroepsgeheim te

doorbreken. Met de levensverzekeraars is reeds in 1910 overeengekomen dat slechts de doodsoorzaak van de verzekerde wordt verstrekt indien het verzoek daartoe:

uitgaat van de medisch adviseur;

- vergezeld gaat van een retourenvelop die uitdrukkelijk voor de medisch adviseur is bestemd;
- vermeldt dat de gevraagde opgave van de doodsoorzaak uitsluitend zal worden gebruikt ten behoeve van de medische statistiek van de maatschappij;
- bevestigt dat de uitkering reeds heeft plaatsgevonden, respectievelijk op een later (in de verzekeringsvoorwaarden vastgelegd) tijdstip zal plaatsvinden.

Andere gegevens dan de doodsoorzaak worden niet verstrekt. Bij een niet-natuurlijk overlijden dient het geven van informatie over de doodsoorzaak aan de Officier van Justitie overgelaten te worden.

Bij een vermoeden van fraude (verzwijging van gezondheidsgegevens bij het aangaan of wijzigen van een levensverzekering) mag de levensverzekeraar de onafhankelijke Toetsingscommissie Fraude Gezondheidsgegevens inschakelen. De Toetsingscommissie is ingesteld op basis van een Convenant dat het Breed Platform Verzekerden en Werk, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie (NPCF) en het Verbond van Verzekeraars afgesloten hebben om vermoedens van fraude te toetsen.

Alle gevallen van overlijden binnen twee jaar na het afsluiten/wijzigen van een levensverzekering, waarbij het overlijden van de verzekerde/patiënt niet een gevolg is van een ongeval én waarbij de verzekeringsmaatschappij aan de hand van concrete aanwijzigen verzwijging van gezondheidsgegevens vermoedt, worden ter toetsing aan de commissie voorgelegd. Bij een gerechtvaardigd vermoeden van fraude gaat de aan de Toetsingscommissie verbonden arts over tot het inwinnen van nadere medische informatie bij de behandelend arts. Die arts mag die gegevens verstrekken.

Onder medische informatie wordt verstaan informatie die betrekking heeft op gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten of wijzigen van de verzekeringen, die in relatie staan tot de overlijdensoorzaak. De informatie moet relevant zijn voor de risico-inschatting door de levensverzekeraar. Onder de medische informatie valt niet medische informatie die bij wet is uitgesloten van informatieverwerving door respectievelijk mededeling aan de levensverzekeraar.
De verkregen medische informatie leidt tot een uitspraak van de toetsingscommissie of er al dan niet sprake is van fraude. De uitspraken van de commissie zijn bindend voor de levensverzekeraars.

De procedure aan de hand waarvan de toetsingscommissie werkt is weergegeven in het Reglement Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens, Verbond van Verzekeraars, zie www.verzekeraars.nl

3.15 Gegevensuitwisseling in het kader van indicatiestelling Wmo/ AWBZ

Met toestemming van de aanvrager mag het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) gegevens opvragen bij de behandelend arts.

Wmo
De Wmo voorziet in een regeling voor ondersteuning bij huishoudelijke verzorging (zoals hulp bij het huishouden, woonvoorzieningen, vervoers-middelen, opvang en begeleiding). De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de Wmo ligt bij de gemeenten. Zij kunnen zelf bepalen of voor die ondersteuning een indicatie nodig is en wie die indicatie moet stellen. De gemeente kan zelf een indicatie stellen, maar kan dat ook overlaten aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of een andere organisatie.

AWBZ
De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voorziet in een regeling voor een verplichte verzekering voor bijzondere ziektekosten. Het gaat om verpleging en hulp bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom (zoals behandeling, thuiszorg, psychiatrische hulp, verblijf in een ziekenhuis of een andere

instelling, verpleging, verzorging, begeleiding). Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg heeft de patiënt een indicatie nodig van het CIZ.

De werkwijze bij indicatiestelling
Het CIZ dient op basis van de medische situatie van de aanvrager te bepalen of er een indicatie is voor Wmo-zorg of AWBZ-zorg. De aanvrager verstrekt doorgaans zelf relevante gegevens die voor de indicatie relevant zijn. Het CIZ verzamelt daarnaast zelf informatie door een medisch onderzoek te (laten) verrichten. Met toestemming van de aanvrager mag het CIZ bovendien gegevens opvragen bij de behandelend arts.[70] Dit laatste gebeurt met inachtneming van de voorwaarden uit paragraaf 3.1.

Andere voorzieningen
Gemeenten kunnen ook (andere) sociale voorzieningen aanbieden. Hierbij kan gedacht worden aan speciale parkeerplaatsen, parkeervergunningen, verhuisurgentie, bijzondere bijstand, kinderopvang en dergelijke. Om daarvoor in aanmerking te komen kan in sommige gevallen een beroep worden gedaan op medische gronden. Ook in die situaties wordt er op basis van medische gegevens een indicatie gesteld voor de noodzakelijkheid van die voorziening. Dergelijke indicaties verlopen eveneens vaak via het CIZ. De werkwijze daarvoor is gelijk aan die voor de indicatiestelling.

3.16 Elektronische gegevens

Beheer van elektronische gegevens
Alle persoonsgegevens die worden opgeslagen moeten zodanig worden beveiligd, dat verlies of onrechtmatig gebruik van de gegevens zoveel mogelijk voorkomen wordt. Hiertoe is degene die de gegevens opslaat verplicht de noodzakelijke technische en organisatorische maatregelen te treffen. Dit geldt ook voor elektronisch opgeslagen persoonsgegevens. Daarbij valt te denken aan digitale medische dossiers. Vaak worden dergelijke dossiers in instellingen ‘Elektronisch Patiënten Dossier’ (EPD) genoemd. Dergelijke (lokale en/of regionale) EPD’s moeten niet verward worden met het landelijk EPD. Het landelijk EPD, zoals bedoeld in de Kaderwet EPD, is feitelijk een uitwisselsysteem waarbij gebruik wordt gemaakt van lokaal (bij de arts) opgeslagen elektronische patiëntgegevens.

Met het oog op gegevensuitwisseling via het landelijk EPD dienen gegevens die elektronisch worden bijgehouden, gestructureerd en volgens de daarvoor geldende standaarden te worden vastgelegd.

Elektronische gegevens via het landelijk EPD
Op lokaal niveau bestaan er bronsystemen of brondossiers, zoals de dossiers bij de huisartsen. In de systematiek van het landelijk EPD blijven die brondossiers waar ze zijn: in het lokale informatiesysteem van de zorgaanbieder. Zij vormen de bron waaruit een selectie van gegevens wordt gemaakt (de professionele samenvatting), die vervolgens landelijk kunnen worden uitgewisseld. Het landelijk EPD is dus niets anders dan een technische voorziening om professionele samenvattingen te kunnen uitwisselen. Het bevat een landelijke verwijsindex, die aangeeft welke zorgaanbieder gegevens over een bepaalde patiënt heeft. Die verwijsindex wordt beheerd door het landelijk schakelpunt (LSP). Dat is het centrale knooppunt voor de landelijke uitwisseling van patiëntgegevens. Er worden geen patiëntgegevens centraal opgeslagen in het EPD.

Het ‘concept’ van het landelijk EPD bestaat in feite uit de toegang tot een verzameling samenvattingen van medische dossiers. Deze worden ingevuld per specifieke beroepsgroep of specifiek ziektebeeld en worden daarom ook wel ‘hoofdstukken’ genoemd. Minister Klink heeft aangegeven dat bij de invoering van het EPD wordt begonnen met twee hoofdstukken: het Waarneem Dossier Huisartsen WDH (voor huisartsen en waarnemers) en het Elektronisch Medicatie Dossier EMD (voor huisartsen, medisch specialisten en apothekers).

Er zijn twee soorten gegevens die via het landelijk EPD geraadpleegd kunnen worden door zorgaanbieders. Ten eerste de indexgegevens, die aangeven welke zorgaanbieders over medische gegevens van een patiënt beschikken. Ten tweede de patiëntgegevens. Dat zijn de medische gegevens zelf, die decentraal zijn

[70] Artikel 7 Zorgindicatiebesluit, *Stb.* 1997, 447, laatst gewijzigd, *Stb.* 2008, 533.

opgeslagen in het informatiesysteem van de zorgaanbieder. De patiëntgegevens, die deel uitmaken van het WDH, bestaan uit een verslag en data van de huisartsconsulten van de laatste zes maanden of van de laatste vier consulten, een overzicht van de lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen, een overzicht van de geneesmiddelen op recept die de patiënt gebruikt, een overzicht van eventuele allergieën en overgevoeligheden voor met name geneesmiddelen en overige informatie die noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging van de patiënt.

De Kaderwet EPD
Op de patiëntgegevens die zijn opgenomen in de brondossiers (de lokale dossiers) is de al langer bestaande wetgeving (met name de Wgbo) van toepassing. Op de gegevens die worden opgenomen in het landelijk EPD is daarnaast ook de Kaderwet EPD van toepassing.[71] De Wgbo is een algemene wet die geldt voor de lokale EPD's en het landelijk EPD, terwijl de Kaderwet EPD een bijzondere wet is die alleen geldt voor het landelijk EPD en die een aanvulling is op de Wgbo.

De Kaderwet EPD regelt de beschikbaarheid van de gegevens, de infrastructuur en de randvoorwaarden voor de elektronische uitwisseling van medische persoonsgegevens tussen zorgaanbieders op landelijk niveau. Het creëert daarmee de juridische kaders voor de nodige voorzieningen van het landelijk EPD, zoals de instelling van het Landelijk Schakelpunt (LSP), de rechten van patiënten en de verplichtingen voor zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben de volgende verplichtingen op grond van de Kaderwet EPD:

- het eigen lokale zorginformatiesysteem aansluiten op het landelijk EPD;
- indexgegevens van alle patiënten vastleggen in de landelijke verwijsindex en bijhouden, behalve van patiënten die bezwaar tegen het EPD hebben gemaakt;
- medische gegevens van alle patiënten (gestructureerd) vastleggen en bijhouden in het eigen zorginformatiesysteem;
- op diens verzoek medische gegevens verstrekken aan een andere zorgaanbieder;
- een decentrale (lokale) gebruiksregistratie bijhouden van verstrekkingen via het EPD aan andere zorgaanbieders en van het gebruik van het LSP in het algemeen;
- algemene informatie over het landelijk EPD verschaffen aan de patiënt voordat diens indexgegevens voor de eerste maal worden vastgelegd in de landelijke verwijsindex;
- algemene informatie over het landelijk EPD verschaffen als de patiënt daar (later) om verzoekt;
- de patiënt bij het informeren wijzen op de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen deelname aan het landelijk EPD;
- de patiënt inzage geven in de door de zorgaanbieder in het landelijk EPD vastgelegde gegevens;
- de patiënt inzage geven in de decentrale gebruiksregistratie met betrekking tot die patiënt;
- op verzoek van de patiënt de in het EPD vastgelegde indexgegevens en/of medische gegevens geheel of gedeeltelijk vernietigen.

Een zorgaanbieder mag uitsluitend gegevens in het landelijk EPD vastleggen voor zover dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging van de patiënt en de patiënt daartegen geen bezwaar heeft gemaakt bij de zorgaanbieder of bij het Klantenloket. Een zorgaanbieder mag uitsluitend gegevens opvragen uit het landelijk EPD als de betreffende patiënt hem daarvoor toestemming heeft gegeven.

Uitwisseling van elektronische gegevens
Bij het uitwisselen van medische gegevens via internet, anders dan via het landelijk EPD (bijvoorbeeld via e-mail of instant messaging), gelden dezelfde voorwaarden als voor gegevensverstrekking van andere (papieren) dossiers. Dit betekent dat uitwisseling slechts mag plaatsvinden als daar toestemming voor is gegeven door de patiënt of als er een andere grond is ((veronderstelde) toestemming, een wet daartoe verplicht of er sprake is van een conflict van plichten).

Is vastgesteld dát gegevens mogen worden verstrekt, dan blijft de vraag over of dat via internet (via e-mail) mag. Om gegevens te mogen versturen is het namelijk primair noodzakelijk de identiteit van de ontvanger vast te stellen. Dit is bij het gebruik van e-mail niet altijd mogelijk. Het zonder meer versturen van gegevens naar

[71] Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg. Kamerstukken 31 466.

een e-mailadres waarin de naam van de beoogde ontvanger is verwerkt, geeft onvoldoende zekerheid dat de ontvanger van de gegevens de bedoelde ontvanger is. Dit vergt een afweging van degene die de gegevens verstrekt. Soms is al eerder via e-mail met de beoogde ontvanger gecorrespondeerd en kan de arts ervan uitgaan dat de informatie op de juiste plek terecht komt.

Bij online uitwisseling van gegevens dienen maatregelen getroffen te worden die de privacy van de patiënt waarborgen. Hierbij dienen gegevens minimaal versleuteld verstuurd te worden. Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van in de markt beschikbare 'secure e-mailoplossingen en/of wordt over een 'secure' verbinding (encrypted server) gecommuniceerd. Andere oplossingen zijn het uitwisselen van sleutelmateriaal.
Bij voorkeur worden e-mails van patiënten niet in het e-mailprogramma bewaard, om te voorkomen dat computervirussen vat krijgen op de vertrouwelijke gegevens. Van deze e-mails wordt een geprinte, papieren versie in het dossier opgenomen of wordt de informatie in het elektronisch dossier opgeslagen.

De toegang tot de computer van de arts moet ook beveiligd zijn, bijvoorbeeld door middel van wachtwoorden. Daarnaast kan de computer van de arts zijn voorzien van een screensaver die beveiligd is met een wachtwoord (zodat de toegang tot de gegevens op de computer ook beperkt is op het moment dat de arts is ingelogd maar niet op zijn (werk)plek aanwezig is). Voor de online communicatie gebruikt de arts een computer die is uitgerust met een up-to-date virusscanner, firewall en recente patches voor de software waarmee gewerkt wordt.

Verder wordt aanbevolen om zich te houden aan de eventueel bestaande e-mail- en internet-richtlijnen die zijn opgesteld door de instelling (bijvoorbeeld het ziekenhuis). Uit oogpunt van zorgvuldigheid kan het ook wenselijk zijn om een automatische lees- en/of ontvangstbevestiging in te stellen. Controleer het hele bericht (en vooral het 'Aan:'- of 'To:'-veld) voordat u het bericht verstuurt. Uiteraard dienen uitingen van boosheid, sarcasme en vrijpostigheden zoveel mogelijk te worden vermeden in het bericht.[72]

Voor elektronische gegevensuitwisseling in de zorg bevat de NEN-norm 7512 minimale eisen voor een betrouwbare gegevensuitwisseling. Zie www.nen.nl

3.17 Identificatie

De arts tekent in zijn administratie aan op welke wijze de patiënt zich heeft geïdentificeerd (met paspoort, identiteitskaart, rijbewijs, vreemdelingendocument of anders) en welk nummer dat document had. Tevens neemt de arts het BSN van de patiënt daarin op.

Sinds 1 juni 2009 moeten patiënten zich bij alle zorgverleners identificeren en dienen artsen het burgerservicenummer (BSN) van de patiënt te controleren bij een betrouwbare bron. De identificatie dient ertoe het BSN, dat de arts verplicht is te gebruiken bij het verwerken van persoonsgegevens, te kunnen koppelen aan een bepaalde patiënt. Op die manier wordt gewaarborgd dat de patiëntgegevens en de betreffende patiënt bij elkaar horen. Zo kunnen patiëntverwisselingen worden voorkomen.

De arts moet de identiteit en het BSN van zijn patiënt vaststellen wanneer de patiënt zich voor de eerste maal tot hem wendt. De arts stelt de identiteit tevens vast voor zover dat redelijkerwijs nodig is om zich ervan te vergewissen dat het BSN betrekking heeft op de betreffende patiënt. Dit laatste doet zich bijvoorbeeld voor als de patiënt niet voor de eerste keer komt, maar de arts niet zeker weet of het om de betreffende patiënt gaat.

Legitimeren is in het algemeen mogelijk met een paspoort, identiteitskaart, rijbewijs of een vreemdelingendocument.

De legitimatieplicht geldt voor iedereen. Minderjarigen die geen eigen identiteitskaart of paspoort hebben moeten zich identificeren aan de hand van het paspoort van de ouder waarin het kind vermeld staat, maar

[72] Nouwt, J., Privacy en gegevensuitwisseling in de zorg, Sdu Uitgevers, Den haag 2005, p.100-101.

soms kan genoegen genomen worden met een schoolpasje. Kinderen vanaf 14 jaar moeten een eigen legitimatiebewijs hebben.

Bij een spoedbehandeling in het ziekenhuis waarbij de patiënt geen legitimatie bij zich heeft, wordt deze in staat gesteld zich binnen twee weken alsnog te legitimeren.

Gebruik BSN bij gegevensuitwisseling
Bij het uitwisselen van persoonsgegevens in het kader van het verlenen van zorg, de indicatiestelling voor zorg en de verzekering voor zorg, vermeldt de arts het BSN van de patiënt. Dit geldt alleen als de persoonsgegevens worden verstrekt aan andere zorgverleners, een indicatieorgaan of een zorgverzekeraar en slechts voor zover het verstrekken van die gegevens toegestaan is.

Van patiënten waarmee nog geen behandelrelatie bestaat moet het BSN worden opgevraagd bij een betrouwbare bron. Dat is de Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBV-Z). Dat opvragen is niet nodig als het BSN is ontvangen van een andere zorgaanbieder, van een zorgverzekeraar of van een indicatieorgaan.
Soms is het niet mogelijk de identiteit van de patiënt vast te stellen, bijvoorbeeld:

- als de patiënt weigert zich te legitimeren;
- als de patiënt is jonger dan 14 jaar en geen eigen identiteitsdocument heeft;
- bij telefonische en e-mailconsulten;
- als de patiënt geen BSN heeft;
- als er problemen zijn met het wettelijk identiteitsdocument.

Dan mag het BSN van deze patiënt niet worden gebruikt in de gegevensuitwisseling en dus ook niet in het declaratieverkeer. Als er (tijdelijk) geen BSN beschikbaar is, moeten de medische gegevens aan de hand van identificerende persoonsgegevens (geslachtsnaam, voornamen, geboortedatum, postcode en huisnummer van het woonadres) worden vastgelegd in de zorgadministratie.

3.18 Beeld- en geluidsopnamen

Opnamen waarop patiëntgegevens zichtbaar of hoorbaar zijn vallen onder het beroepsgeheim.

In het kader van de zorgverlening aan patiënten kunnen opnamen gemaakt worden. Het kan gaan om geluidsopnamen en beeldopnamen zoals telefoongesprekken, opnamen met bewakingsapparatuur en opnamen in het kader van de behandeling. Elke opname behoort te worden gemaakt met een vooraf opgesteld doel. Dat doel bepaalt mede waarvoor de gegevens gebruikt mogen worden.

In het algemeen zullen opnamen waar gegevens op zichtbaar/hoorbaar zijn die tot een persoon herleidbaar zijn onder het beroepsgeheim vallen. Dit betekent bijvoorbeeld dat opnamen van telefoongesprekken onder het beroepsgeheim vallen, voor zover daarop hoorbaar is tussen wie dat gesprek gevoerd wordt. Datzelfde geldt voor opnamen van bewakingscamera’s waarop te zien is wie de praktijk of de instelling betreedt. Immers, ook het gegeven dat iemand zich tot een zorgverlener wendt kan onder het beroepsgeheim vallen.

Afhankelijk van het vooraf opgestelde doel waarvoor de opnamen gemaakt worden kan worden bepaald of, en waarvoor de opnamen gebruikt mogen worden.
Als het doel primair de zorgverlening aan de patiënt is, dan mogen de opnamen bijvoorbeeld niet voor een ander doel gebruikt worden dan met toestemming van de betrokkenen.

De opnamen zullen, afhankelijk van het doel van de opname, tot het dossier behoren. Als het doel van de opname louter is gericht op behandeling of begeleiding van de patiënt en het bewaren van die gegevens voor een goede hulpverlening noodzakelijk is, dan behoren de opnamen tot het dossier. De patiëntenrechten (en de uitzonderingen daarop) zijn dan daarop van toepassing.

Opnamen in het kader van opleiding arts
Als de opname gemaakt is met het oog op de opleiding van een arts en dient ter beoordeling van de gesprekstechnieken, behoort de opname niet tot het dossier.[73]Het doel van de opname is dan immers niet gelegen in de patiëntenzorg, maar in de opleiding van een arts.
De patiënt moet toestemming geven voordat de opname gemaakt wordt. Daarbij moet de patiënt geïnformeerd worden over het doel van de opname, hoe lang de opname wordt bewaard en wie toegang tot de opname hebben.

De opname moet na het gebruik in het kader van de opleiding worden vernietigd.

Gezien het doel van de opname en de beoogde vernietiging op korte termijn kan de patiënt geen kopie of inzage vorderen.

Bewakingscamera
Onder bepaalde voorwaarden mogen instellingen camera's ophangen in het kader van de beveiliging van de instelling[74]. Het doel van de opname is preventie en controle om te zorgen voor veilige zorg. Opnamen die gemaakt zijn vallen niet onder het dossier. Het doel is immers een ander dan patiëntenzorg.
De bezoekers van de instelling moeten gewezen worden op het cameratoezicht en het doel daarvan. Dit kan door de camera's bijvoorbeeld goed zichtbaar op te hangen. Bovendien moet bij de ingang door middel van borden gewezen worden op het cameratoezicht.
Opnamen in dit kader vallen onder de meldingsplicht bij het CBP.[75] De opnamen mogen alleen gebruikt worden voor zover dat past binnen de doelstelling van de opname. Ook bezoekers kunnen een verzoek doen om bepaalde opnamen te bekijken (op grond van de Wbp).
Bewakingsbeelden worden doorgaans niet langer dan 24 uur bewaard, tenzij het bewaren noodzakelijk is in verband met het doel van de opname (bijvoorbeeld vanwege een incident en de afhandeling daarvan).

Heimelijk toezicht
Het maken van opnamen zonder dat dit bekend is (of kan zijn) bij degene die opgenomen wordt is in beginsel niet toegestaan. Alleen wanneer er gegronde reden zijn om aan te nemen dat sprake is van ernstig onrechtmatig handelen, mag hiervan gebruik worden gemaakt. De opname mogen dan alleen gemaakt worden met een specifiek doel dat strikt omschreven is. Te denken valt aan een verdenking van Münchausen by proxy dat door middel van cameratoezicht of monitoring vastgesteld kan worden. De beelden mogen slechts worden bewaard voor zolang dat noodzakelijk is voor het doel waarvoor de opnamen worden gemaakt. Doorgaans betekent dit dat de opnamen direct vernietigd worden, tenzij die opnamen nog nodig zijn als bijvoorbeeld bewijsmateriaal.

Opnamen in het kader van de behandeling
In sommige gevallen worden opnamen gemaakt in het kader van de behandeling van de patiënt. Te denken valt aan opnamen met betrekking tot de voortgang van een behandeling. Vooraf moet worden bepaald wat er met de opname gebeurt. Het is bijvoorbeeld voorstelbaar dat de opname slechts eenmalig gezien behoeft te worden en aansluitend vernietigd wordt. Ook is het voorstelbaar dat de opname aan het dossier wordt toegevoegd. In dat laatste geval zijn de bewaartermijn en de patiëntenrechten, zoals inzage en afschrift, daarop van toepassing. Voor het maken van opnamen is toestemming van de patiënt vereist. Daarbij moet de patiënt worden geïnformeerd over het doel van de opname en de bewaartermijn. Deze gegevens mogen niet voor een ander doel gebruikt worden dan waarvoor ze zijn vervaardigd (behandeling aan de patiënt). Verstrekking van deze gegevens aan anderen dan de patiënt mag alleen met toestemming van die patiënt.

Het verstrekken van een afschrift aan de patiënt mag achterwege blijven als dat noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de privacy van een ander dan de patiënt.

Opnamen van telefoongesprekken

[73] CTG 2005/ 273, GJ 2007/24
[74] Zie voor de voorwaarden: Handreiking cameratoezicht en beeldopnamen, NVZ, 2004. www.nvz.nl.
[75] Zie voor de meldingsplicht: Privacywetgeving en het omgaan met patiëntgegevens, KNMG handleiding voor artsen, Utrecht, november 2001.

In sommige instellingen worden binnenkomende en uitgaande telefoongesprekken opgenomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om telefoongesprekken tussen de patiënt en de telefonist of doktersassistent. Zo is het bijvoorbeeld gebruikelijk dat gesprekken met eerstehulpdiensten en bijvoorbeeld huisartsenposten opgenomen worden.

De patiënt moet op de hoogte zijn van deze opname en het doel daarvan. Vaak krijgen bellers eerst een bandje te horen met de mededeling dat de telefoongesprekken worden opgenomen. Ook kunnen patiënten via een informatiefolder of een website geïnformeerd worden.

Het hoofddoel van een opname is doorgaans om het gesprek terug te kunnen luisteren in het kader van de hulpverlening aan de patiënt. Bijvoorbeeld omdat het adres waar de zorg moet worden verleend niet goed is verstaan. Maar de opnamen kunnen ook gebruikt worden bij incidenten of meningsverschillen, om zodoende het gebeurde te kunnen reconstrueren.

Bij het opnemen van de telefoongesprekken worden persoonsgegevens vastgelegd. De opnamen vallen daarmee onder de geheimhoudingsplicht, de privacyeisen en meldingsplicht aan het CBP. De patiënt heeft op grond daarvan het recht de gesprekken terug te luisteren. Zonodig mag hij een kopie van het gesprek opvragen. Dit kan ook in de vorm van een transcriptie van de opname. Het recht om de opname te beluisteren en een kopie/ afschrift te krijgen geldt alleen voor de gesprekken tussen de patiënt en de instelling. Andere gesprekken mogen uiteraard niet door de patiënt beluisterd worden.

De opnamen worden zo lang bewaard als nodig is in het kader van het doel van de opnamen. Daarna worden de gegevens vernietigd. Er kunnen echter redenen zijn gesprekken langer te bewaren, bijvoorbeeld als een juridische procedure is ingezet en de opnamen als bewijs kunnen dienen.

Opnamen voor radio of televisie
Regelmatig worden in zorginstellingen opnamen gemaakt van medische handelingen, bijvoorbeeld op de SEH of in de verloskamers. Doel hiervan is om deze opnamen later uit te zenden op radio of televisie. Dergelijke opnamen zijn alleen toegestaan met expliciete toestemming van de instelling, de patiënt en de hulpverleners die aanwezig zijn bij de opnames. De patiënt moet vooraf toestemming voor de opnames geven. Er mogen dus geen opnamen gemaakt worden van patiënten die niet in staat zijn om toestemming te geven, zoals geïntoxiceerde, comateuze of anderszins wilsonbekwame patiënten. Ook de hulpverleners die dienst hebben op het moment van de opnamen dienen daarvoor vooraf toestemming te gegeven. De patiënt en de hulpverlener kunnen op elk moment hun toestemming intrekken.

Voorafgaand aan uitzending van de opnamen moet opnieuw toestemming worden gevraagd aan de instelling, de hulpverlener en aan de patiënt. Zij moeten allen instemmen met uitzending van de gemaakte beelden.

Patiënt maakt opnamen
Steeds vaker maken patiënten of familieleden opnamen tijdens, voor of na een medische behandeling. De huisregels van een instelling kunnen bepalingen bevatten die het maken van opnamen verbieden of beperken. Deze beperkingen zijn gelegitimeerd met het oog op de privacy van andere patiënten en de hulpverleners in de instelling. Met het oog op de informatieplicht van de hulpverlener mag een patiënt gesprekken tussen hem en de hulpverlener opnemen. De patiënt behoort dit wel te melden aan de hulpverlener. Alleen na overleg met de behandelend arts mag een patiënt tijdens de medische behandeling opnamen maken.

3.19 Informatie in het kader van incidentmeldingen

Bij melding van een incident worden bij voorkeur geen tot de patiënt herleidbare gegevens opgenomen.

Patiënten worden in algemene zin geïnformeerd over het doel en de opzet van de meldingsprocedure die binnen de instelling bestaat.

De informatie in meldingssystemen is niet openbaar en wordt niet aan derden verstrekt, tenzij de wet of rechtspraak daartoe dwingen.

Om de patiëntveiligheid te verbeteren is het onder meer van belang incidenten te melden en te analyseren en zo nodig verbetermaatregelen te treffen.[76] Op die manier wordt beoogd de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Onder incidenten worden alle gebeurtenissen verstaan 'die niet de bedoeling waren', zowel gebeurtenissen die tot merkbare gevolgen voor de patiënt hebben geleid als 'near misses'. Bij incidentmeldingen gaat het niet om de schuldvraag met betrekking tot het incident, maar om kwaliteitsverbetering.

Veel instellingen, waaronder bepaalde huisartsenpraktijken (hierna: instellingen) kennen incidentmeldingen op instellingsniveau, zogenaamde FONA- of MIP-commissies. [77] De laatste jaren is echter in ziekenhuizen sprake van een verschuiving naar meldingssystemen op decentraal niveau (bijvoorbeeld op afdelingsniveau). In toenemende mate worden er ook in de huisartsenzorg incidenten gemeld. Dit beperkte zich tot op heden echter met name tot huisartsenposten, waarvan een ruime meerderheid een procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten heeft.

Bij een melding van een incident worden bij voorkeur geen tot de patiënt herleidbare gegevens opgenomen. Als die gegevens echter noodzakelijk zijn voor het onderzoek, bijvoorbeeld om nadere informatie te kunnen opvragen, zorgt de instelling er zo spoedig mogelijk voor dat de gegevens niet herleidbaar zijn tot de patiënt. Bij de melding worden slechts gegevens verstrekt die relevant zijn voor het doel, te weten de analyse van de incidentmelding. In het kader van kwaliteitsbewaking mag voor de gegevensverstrekking binnen een meldingssysteem de toestemming van de patiënt worden verondersteld.[78]

De instelling informeert patiënten in algemene zin over het doel en de opzet van de in die instelling geldende procedure voor het melden en analyseren van incidenten, over de mate waarin in dat kader tot de patiënt herleidbare gegevens worden opgenomen, en over de in dat kader geldende bescherming van de privacy van de patiënt. In deze informatie moet de instelling vermelden dat de patiënt zelf en derden geen toegang hebben tot de gemelde informatie, tenzij de instelling daartoe krachtens wet of rechterlijke uitspraak verplicht wordt. Deze informatie kan de instelling bijvoorbeeld verstrekken in een patiëntenfolder of via de website.

De verantwoordelijke hulpverlener informeert de patiënt over incidenten, die tot merkbare gevolgen hebben geleid of nog zouden kunnen leiden, alsmede over de (waarschijnlijke) toedracht van het incident. De patiënt heeft echter geen inzage in de melding. In de rechtspraak is erkend dat het algemeen belang van het goed functioneren van een kwaliteitsregistratie zo groot is dat de individuele belangen daar voor moeten wijken.[79]

Inzage door derden in de rapportage
Aan de hand van de melding wordt een rapport met bevindingen opgesteld. De patiënt heeft geen inzage in dit rapport. De patiënt dient wel geïnformeerd te worden over het incident en de melding daarvan aan het meldingssysteem. Ook dienen de resultaten van het rapport met de patiënt besproken te worden als dat in het kader van een goede zorgverlening aan de patiënt nodig is.

Bescherming melder
De informatie uit het meldingssysteem mag niet worden verstrekt aan derden. Dit geldt in beginsel ook voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de officier van justitie, behalve als een wet of rechterlijke uitspraak verplicht tot het verstrekken van gegevens. Het verstrekken van gegevens aan derden zal de

[76] Beleidsdocument Veilig Melden, februari 2007, www.knmg.nl.
[77] Fouten, Ongevallen en near accidents of Melding Incidenten Patiëntenzorg, hierna: MIP.
[78] De Nationale Raad voor de Volksgezondheid acht gegevensverstrekking zonder toestemming van de patiënt toegestaan, indien dit nodig is ten behoeve van kwaliteitsbewaking door de directie of ten behoeve van toetsing door een mip-commissie. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, advies privacy en gegevensverstrekking Zoetermeer, maart 1992.
[79] Hof Leeuwarden, 9 december 2008, LJN: BG6616. *TvGR*, 209/12; Rechtbank Arnhem, 11 maart 2009, GJ, 2009/78. De rechtspraak sluit niet geheel uit dat het de patiënt, als de arts het dossier slecht heeft bijgehouden, wordt toegestaan kennis te nemen van de incidentmelding.

meldingsbereidheid doen afnemen. De IGZ heeft in het belang van een goede werking van interne meldingssystemen voor incidenten aangegeven daaruit geen gegevens op te vragen.

Als een lid van de MIP-commissie, die meldingen analyseert,wordt opgeroepen om als getuige voor de rechter te verschijnen, dient hij zich te beroepen op zijn (afgeleid) verschoningsrecht.

Zie ook: KNMG-beleidsdocument 'Veilig melden' op www.knmg.nl/publicatie/veilig-melden

3.20 Gegevensverstrekking aan de IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg en, in dat kader, op de naleving van wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid. Bij de uitvoering van deze taak baseert de IGZ zich onder andere op meldingen die kunnen wijzen op mogelijke misstanden. Dergelijke meldingen worden door de IGZ afgehandeld op de wijze als beschreven in de Leidraad Meldingen.[80]

De IGZ ontvangt ook informatie op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz). Die wet verplicht zorginstellingen tot melding van calamiteiten en situaties van seksueel misbruik aan de IGZ waarbij een patiënt of cliënt dan wel hulpverlener van de instelling is betrokken (art. 4a Kwz). Bij dergelijke meldingen verstrekt de instelling zo weinig mogelijk patiëntgegevens. Als de IGZ na een melding meer patiëntgegevens nodig heeft in het kader van het onderzoek, dan mag de instelling die verschaffen. Dit vloeit voort uit de aard van de wettelijke regeling.

Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid. Onder seksueel misbruik wordt grensoverschrijdend seksueel gedrag verstaan waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht. Seksueel misbruik van hulpverleners onderling is uitgezonderd van deze meldplicht.

Ook klachtencommissies hebben de plicht bepaalde zaken aan de IGZ te melden. Als een klacht bij de klachtencommissie zich richt op een ernstige situatie met een structureel karakter en de zorgaanbieder geen maatregelen treft om die te verhelpen, dan moet de klachtencommissie dat aan de IGZ melden (artikel 2a Wet Klachtrecht Cliënten zorgsector). Bij een dergelijke melding behoren geen patiëntgegevens te worden vermeld. De melding dient er slechts toe de IGZ in staat te stellen zo nodig met de instelling in overleg te gaan.
De IGZ kan aan de hand van een melding een onderzoek instellen en zo nodig maatregelen treffen. Op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) komt aan de IGZ een aantal bevoegdheden toe:
- De inspecteur is bevoegd elke plaats te betreden, desnoods met behulp van de politie.
Woonhuizen mogen echter niet zonder toestemming betreden worden, tenzij de woning deel uitmaakt van de praktijk. De arts moet meewerken aan een onderzoek voor zover dat geen strijd oplevert met het beroepsgeheim (artikel 5:15 Awb en artikel 8, lid 2 Kwz).
- De inspecteurs mogen inzage vragen van een identiteitsbewijs (artikel 5:16a Awb) en binnen redelijke termijn medewerking eisen van eenieder, als dit redelijk is ter uitoefening van de toezichthoudende taak. Het beroepsgeheim van de arts kan echter reden zijn om medewerking te weigeren (artikel 5:20 Awb).
- De inspecteurs kunnen inlichtingen vorderen en inzage in en afschrift van zakelijke gegevens verlangen (artikelen 5:16 en 5:17 Awb). Zakelijke gegevens zijn gegevens –ook elektronisch opgeslagen gegevens – die bijvoorbeeld de praktijkuitvoering of de administratie van de arts aangaan. Patiëntdossiers of gegevens die op andere wijze informatie van patiënten bevatten vallen niet onder dit begrip.

Bij onderzoek specifiek gericht op individuele casuïstiek is voor inzage door de IGZ in een dossier thans de toestemming van de betrokken patiënt vereist, met uitzondering van situaties die onder de Wet Bopz vallen. Deze wet geeft de IGZ het recht zonder toestemming dossiers in te zien. Deze bevoegdheid zal binnenkort

[80] Leidraad Meldingen, Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen, Utrecht, juni 2007, www.igz.nl.

waarschijnlijk worden verbreed naar de hele gezondheidszorg, in gevallen waarin dat noodzakelijk is in het kader van de taak die de IGZ heeft en het niet mogelijk is om die taak op een andere, minder ingrijpende manier te verrichten.[81]
Het gaat om de volgende gevallen:

- Bij onderzoek na een melding van een ernstige calamiteit (waarbij de patiënt vaak overleden of niet langer aanspreekbaar is).
- Bij grootschalige onderzoeken waarbij het vragen om toestemming of het anonimiseren een te grote last voor de betrokkenen zou vormen.
- Het onderzoeken van het functioneren van de betrokken hulpverlener in ernstige zaken.

De IGZ is aan dezelfde geheimhouding gebonden als de arts bij wie het dossier wordt ingezien en heeft terzake een afgeleid beroepsgeheim. Het maakt daarbij niet uit of de IGZ het dossier inziet met of zonder toestemming van de patiënt.

De IGZ mag informatie die verkregen is uit de dossiers niet zonder toestemming van de betreffende patiënt aan derden verstrekken, ook niet aan het Openbaar Ministerie.

Als de IGZ bij de inzage in dossiers zonder toestemming op andere overtredingen stuit dan die waarop zijn toezicht is gericht, blijft de IGZ verplicht tot geheimhouding daarvan. Het niet verlenen van inzage is een strafbaar feit en het kan leiden tot het opleggen van een boete of dwangsom door de IGZ.

Stelt de IGZ een onderzoek in naar het handelen van de arts, dan mag de arts voor zijn verweer gebruikmaken van gegevens uit het dossier van een patiënt. De arts mag zonder toestemming van de patiënt gegevens gebruiken als hij zich niet op een andere wijze kan verdedigen dan op grond van die gegevens. Daarbij moet hij zich beperken tot het gebruik van relevante gegevens en rekening houden met de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.

3.21 Gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, statistiek en onderwijs

Hoofdregel bij het gebruik van herleidbare patiëntgegevens is dat de patiënt expliciete toestemming moet geven. Dit is slechts anders als toestemming vragen niet mogelijk is of niet van de arts kan worden verlangd en aan aanvullende voorwaarden (zie hierna) is voldaan.

Anonieme gegevens
Voor het doen van medisch-wetenschappelijk onderzoek of voor statistiek of onderwijs worden bij voorkeur anonieme medische gegevens gebruikt. Dat zijn gegevens die niet of uitsluitend door het toepassen van buitengewone middelen of met onevenredig veel tijd en moeite tot een natuurlijke persoon zijn te herleiden.

Persoonsgegevens: uitdrukkelijke toestemming
Als het wetenschappelijk onderzoek, de statistiek of het onderwijs niet verricht kan worden met anonieme gegevens, mogen tot individuele personen herleidbare persoonsgegevens worden gebruikt. **Hoofdregel** bij het gebruik van herleidbare patiëntgegevens is dat de patiënt expliciete toestemming moet geven.

Uitzonderingen
Op de hoofdregel dat de betrokkene expliciet toestemming moet geven voor het gebruik van herleidbare gegevens bestaan twee uitzonderingen. De eerste heeft betrekking op ‘indirect identificerende gegevens’. Dat zijn gegevens die weliswaar niet rechtstreekse herleiding van de betrokkene mogelijk maken, maar het de onderzoeker niettemin met de hem ter beschikking staande middelen mogelijk maken om de identiteit van de betrokkene zonder onevenredige tijd en moeite te achterhalen.

[81] Kamerstukken I, 2008-2009, 31 122 A.

1. Indirect identificerende gegevens
Als het vragen van toestemming in redelijkheid niet kan worden verlangd, bijvoorbeeld omdat dit een onevenredige inspanning zou kosten, kunnen *indirect identificeerbare* gegevens zonder toestemming worden gebruikt als:

- het onderzoek het algemeen (volksgezondheids)belang dient. Daarvan is in ieder geval sprake als het onderzoek wordt uitgevoerd door een instelling voor wetenschappelijk onderzoek of statistiek en een publicatie met het onderzoek wordt beoogd;
- het onderzoek niet zonder deze vorm van gegevensverstrekking kan worden uitgevoerd;
- de betrokkene geen bezwaar heeft gemaakt;
- herleiding van de indirect identificerende gegevens redelijkerwijs voorkomen wordt.

De onderzoeker die deze persoonsgegevens van een of meer verstrekkers wil verkrijgen, legt met elke verstrekker schriftelijk vast:
- dat de verstrekker de gevraagde gegevens voorafgaand aan de verstrekking ontdoet van direct identificerende kenmerken en, voorzover van toepassing, van een code voorziet. Een en ander op zodanige wijze dat de onderzoeker de verkregen gegevens redelijkerwijs niet tot individuele personen kan herleiden en dat herkenning redelijkerwijs wordt voorkomen;
- dat de verstrekker de sleutel tot herleiding van de gecodeerde gegevens zorgvuldig bewaart;
- dat de onderzoeker met bestanden van gecodeerde gegevens geen handelingen (koppelingen, vergelijkingen, bewerkingen) verricht bedoeld om tot herleiding van de betrokkene te komen;
- dat allen die bij het onderzoek betrokken zijn de Gedragscode Gezondheidsonderzoek van de Federatie van medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV) naleven.

2. Toestemming vragen is niet mogelijk
Als het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is, omdat zich een van de volgende omstandigheden voordoet, mogen de gegevens worden gebruikt zonder toestemming van de patiënt:
a. Het vragen van toestemming kan een zodanig grote belasting voor de betrokkene betekenen dat voor psychische schade moet worden gevreesd.
b. De betrokkene is overleden of het adres kan niet worden achterhaald dan wel de betrokkene reageert niet na ten minste twee maal aangeschreven te zijn.
c. Het gaat om het trekken van de juiste steekproef en de vraag om toestemming zou aan een veel groter aantal personen moeten worden voorgelegd dan voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen noodzakelijk is.[82]
d. De toestemmingsvraag kan niet zinvol worden gesteld, omdat het onderzoek zich nog in een eerste voorbereidende fase bevindt.[83]

Hierbij gelden de volgende algemene voorwaarden:
a. Het onderzoek dient een algemeen (volksgezondheids)belang.
b. Uit het onderzoeksprotocol blijkt dat het onderzoek naar wetenschappelijke maatstaven zinvol en deugdelijk is, dat het niet zonder de gevraagde gegevens kan worden uitgevoerd en evenmin kan worden uitgevoerd op een wijze die de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen minder belast, zoals met anonieme gegevens. Als het gebruik van persoonsgegevens noodzakelijk is, dienen dit

[82] Hiervoor gelden de volgende aanvullende voorwaarden:a) Deze procedure is tevoren vastgelegd in het onderzoeksprotocol b) De inzage vindt plaats bij en onder verantwoordelijkheid van de bij de behandeling betrokken hulpverlener. c) Niet meer gegevens worden ingezien dan voor het trekken van de steekproef noodzakelijk is. d) De onderzoeker tekent een geheimhoudingsverklaring. e) Als de steekproef is getrokken, dient alsnog toestemming te worden gevraagd aan diegenen die in het onderzoek worden betrokken.

[83] Hiervoor gelden de aanvullende voorwaarden: a) Een onderzoeker kan een voorgenomen onderzoek niet in een protocol omschrijven, zonder eerst inzage te krijgen in een beperkt aantal persoonsgegevens van een beperkt aantal personen. b) Deze personen kunnen niet zinvol voor de vraag om toestemming worden aangeschreven, omdat nog onvoldoende kan worden omschreven voor welk onderzoek toestemming wordt gevraagd. c) De inzage vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de bij de behandeling betrokken hulpverlener. d) Niet meer gegevens worden ingezien dan noodzakelijk voor het omschrijven van de vraagstelling. e) Het doel en het tijdstip van de inzage tevoren schriftelijk zijn vastgelegd tussen hulpverlener en onderzoeker en de onderzoeker een geheimhoudingsverklaring heeft ondertekend.

zoveel mogelijk indirect identificerende gegevens te zijn en komen direct identificerende gegevens pas in aanmerking als dat werkelijk niet anders kan.

c. De betrokkene heeft geen bezwaar gemaakt.
d. Met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek is voorzien in zodanige waarborgen dat de persoonlijke levenssfeer van degenen wier gegevens het betreft niet onevenredig worden geschaad.

Eigen wetenschappelijk onderzoek
De arts mag gegevens van zijn patiënten gebruiken voor eigen wetenschappelijk onderzoek zonder hiervoor toestemming aan de betreffende patiënt te vragen. Voor het verrichten van dergelijk onderzoek hoeven de gegevens van de patiënt immers niet aan derden te worden verstrekt. Belangrijk hierbij is dat slechts de eigen patiëntgegevens gebruikt mogen worden. Dit begrip mag niet te ruim worden opgevat. Vooral in ziekenhuizen, waar meerdere artsen toegang tot het dossier van de patiënt hebben, moet worden opgelet. Slechts die gegevens die zijn vervaardigd in het kader van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst met een bepaalde arts, mogen zonder toestemming van de patiënt voor eigen wetenschappelijk onderzoek door die arts gebruikt worden. Bij publicatie van de onderzoeksresultaten mogen de resultaten niet herleidbaar zijn tot individuele patiënten.

In de ‘Gedragscode gezondheidsonderzoek’ wordt uitgebreid op dit onderwerp ingegaan. De code en de toelichting zijn te verkrijgen via de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV) (www.federa.org).

3.22 Verwijsindex risicojongeren, kindermishandeling en huiselijk geweld

3.22.1 Verwijsindex Risicojongeren

Een meldingsbevoegde mag zonder toestemming en zo nodig met doorbreking van een voor hem geldende geheimhoudingsplicht, een jeugdige melden aan de landelijke verwijsindex wanneer hij een redelijk vermoeden heeft dat die jeugdige een of meer van de vooraf opgestelde risico’s loopt.

Op 6 februari 2009 is bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend dat de invoering van de ‘Verwijsindex Risico’s Jeugdigen’ regelt (Verwijsindex Risicojongeren of VIR)[84]. Doel van de VIR is om de samenwerking in de jeugdketen te verbeteren door vroegtijdige en onderling goed afgestemde hulp, zorg en bijsturing te kunnen bieden aan jongeren die in hun ontwikkeling naar volwassenheid worden bedreigd. De VIR is een elektronisch register met risicomeldingen over jongeren tot 23 jaar. Het gaat om risico’s waardoor deze jongeren in hun persoonlijke ontwikkeling worden bedreigd en daardoor buiten de maatschappij dreigen te vallen.
Een melding aan de VIR kan worden gedaan door hulpverleners uit de jeugdketen. Als er al eerder een melding over de jongere is gedaan, ontstaat er een ’match’ en worden de melders actief geïnformeerd over het feit dat er meer dan één melding is, zonder daarbij inhoudelijke informatie te ontvangen.
Indien een meldingsbevoegde besluit een jeugdige te melden, dient de betrokken jeugdige daarover geïnformeerd te worden. Het uiterste moment waarop een jeugdige verteld moet worden dat hij is opgenomen in de verwijsindex, is het moment van een match. Burgemeester en wethouders zijn verantwoordelijk voor het informeren van de jeugdige. Het ligt in de rede dat zij over de feitelijke uitvoering daarvan afspraken maken met alle partijen in het kader van het samenwerkingsconvenant. De jeugdige dient in elk geval geïnformeerd te worden over het doel van de verwijsindex, waarom de jeugdige zal worden gemeld, bij wie hij inzage kan krijgen in de melding en wat de overige rechten van de jeugdige zijn.[85]

Artikel 2j Wet op de jeugdzorg bepaalt dat een meldingsbevoegde[86], *zonder toestemming* en *zo nodig* met doorbreking van een voor hem geldende geheimhoudingsplicht, een jeugdige *mag* melden aan de landelijke verwijsindex wanneer hij een redelijk vermoeden heeft dat die jeugdige een of meer van de in art. 2j

[84] Inmiddels is het Wetsvoorstel bij de Eerste Kamer ingediend.
[85] Kamerstukken II, 2008-2009, 31 855, nr. 3, p. 26.
[86] Meldingsbevoegd zijn behalve artsen ook bureaus jeugdzorg, verslavingszorg, scholen, regionale opleidingscentra, instellingen voor hoger onderwijs, gemeentelijke kredietbanken, HALT-bureaus, Raad voor de Kinderbescherming, e.d.

genoemde risico's loopt. Er is geen sprake van een meldplicht maar van een *meldrecht*. Als sprake zou zijn van een meldplicht zou de vertrouwensrelatie met de (ouders van de) jeugdige immers op het spel komen te staan. De meldingsbevoegde (met name huisarts of JGZ-arts) moet altijd zelf afwegen of van een risico (en dus van een noodzaak tot melding) in een individueel geval sprake is. Hij doet er verstandig aan om zijn vermoeden zoveel mogelijk te onderbouwen en vast te leggen in zijn dossier.

Ondanks dit meldrecht in de Wet op de jeugdzorg, adviseert de KNMG artsen om terughoudend te zijn met meldingen aan de VIR. De VIR wordt onder meer gezien als 'een instrument dat de samenwerking tussen alle professionals, die zich met jeugdigen bezighouden bevordert en ondersteunt'.[87] Als die samenwerking op andere manieren afdoende kan worden gevonden, is het niet altijd nodig om een kind te melden aan de VIR. Daarbij dient men er ook rekening mee te houden dat derden uit verschillende maatschappelijke disciplines, variërend van scholen tot politie, kennis kunnen nemen van een melding om vervolgens een arts te verzoeken om inhoudelijke (medische) informatie over die jeugdige.

Een arts mag uiteraard een jeugdige melden aan de VIR als die jeugdige of diens ouders daar *toestemming* voor hebben gegeven. Maar ook al is er toestemming gegeven voor de melding, dan nog adviseert de KNMG artsen om die melding zoveel mogelijk te baseren op eventuele gezondheidsrisico's. Daarover kunnen artsen zich immers het beste een oordeel vormen. Gezondheidsrisico's worden in de Handreiking meldcriteria verwijsindex (zie www.meldcriteria.nl) beschreven in het leefgebied Gezondheid, maar soms ook in andere leefgebieden, te weten Materiële omstandigheden, Opvoeding & gezinsrelaties, Onderwijs & werk en Sociale omgeving buiten het gezin en school. Andere professionals kunnen zich over die andere leefgebieden doorgaans beter een oordeel vormen. Het is echter niet uitgesloten dat een arts een melding (mede) baseert op een risico uit een ander leefgebied dat mede kan worden gezien als een gezondheidsrisico (bijvoorbeeld Opvoeding & Gezinsrelaties: "de jeugdige is slachtoffer van kindermishandeling", of Onderwijs & Werk: "de jeugdige heeft emotionele problemen op school").

JGZ-artsen hebben o.g.v. art. 5 van de Wet publieke gezondheid (Wpg) o.a. als wettelijke taak om "ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren" te volgen en te signaleren. Deze taken zijn nader uitgewerkt in art. 4 van het Besluit publieke gezondheid (Bpg) dat die factoren vertaalt naar een aantal aspecten.

Wil een JGZ-/jeugdarts een jeugdige melden aan de VIR dan moet te allen tijde sprake zijn van een redelijk vermoeden van een daadwerkelijke bedreiging van een "gezonde en veilige ontwikkeling naar volwassenheid".
De hoofdregel luidt dat de jeugdige of diens ouders toestemming moet/moeten hebben gegeven voor de melding door een arts aan de VIR.

Een melding aan de VIR *zonder toestemming* van de jeugdige of diens ouders adviseert de KNMG uitsluitend te doen in situaties, waarin volgens de KNMG Meldcode Artsen en Kindermishandeling (2008) sprake is van (een vermoeden van) *kindermishandeling en* de arts geen andere mogelijkheid ziet om tot voldoende afstemming van hulp en/of verificatie van zijn vermoeden te komen dan door een melding aan de VIR.

Een melding aan de VIR zonder toestemming kan zo een plaats krijgen in met name stap 4 en 5 van het Stappenplan uit de KNMG Meldcode Kindermishandeling.[88] Als de melder besluit om zonder toestemming toch te melden, dan dient hij zo mogelijk wel van tevoren de ouders en het kind hierover te informeren.

Naast deze uitzondering op de hoofdregel (welke uitzondering geldt voor alle artsen) mogen JGZ-/jeugdartsen in het bijzonder ook zonder toestemming melden aan de VIR voor zover dat voortvloeit uit de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van de JGZ-/jeugdartsen (zoals bedoeld in art. 5, lid 2, onderdeel a, Wpg en art. 4 Bpg). De JGZ-/jeugdarts dient daarbij wel te kunnen motiveren waarom melding zonder toestemming nodig is en waarom geen toestemming kon worden verkregen.

[87] Kamerstukken II, 2008/09, 31855, nr. 6, p. 5].
[88] Zie voor de stappen in de Meldcode Kindermishandeling paragraaf 3.10.2..

Afhankelijk van de persoon of instantie met wie wordt ‘gematcht’ en de bestaande noodzaak daartoe, kan met die persoon of instantie informatie worden uitgewisseld over het vermoeden. Een melding aan de VIR is geen vrijbrief om inhoudelijke informatie uit te wisselen met andere meldingsbevoegden. Dat betekent dat – ook na een melding – de arts die om gegevens wordt gevraagd door een andere meldingsbevoegde zal moeten nagaan of die gegevens wel verstrekt mogen worden (onder andere aan de hand van de overige bepalingen in deze richtlijn).

3.22.2 Kindermishandeling

Sinds september 2008 hanteert de KNMG een nieuwe Meldcode Kindermishandeling. Daarin is het accent verlegd van 'zwijgen, tenzij' naar ‘spreken, tenzij’. Artsen hebben een zorgplicht voor kinderen met wie zij beroepsmatig worden geconfronteerd en die mogelijk schade door kindermishandeling kunnen oplopen. Van iedere arts wordt daarom verwacht dat hij spreekt voor het kind bij vermoedens van kindermishandeling.

De Meldcode bevat een stappenplan, waarin de verschillende stappen worden beschreven die een arts moet of kan nemen (zo mogelijk met mededeling daarvan aan de ouders), alvorens een vermoeden van kindermishandeling te melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK).[89] De Meldcode bevat geen individuele meldplicht voor de arts, maar wel een handelingsplicht: heeft een arts een vermoeden van kindermishandeling, dan moet hij alle stappen nemen die nodig zijn om duidelijk te krijgen of van kindermishandeling sprake is, wat daarvan de oorzaak is en hoe deze kan worden gestopt. Is er duidelijk sprake van kindermishandeling, dan onderneemt de arts alle stappen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de kindermishandeling daadwerkelijk wordt gestopt.

Het stappenplan geeft het kader voor de afweging die iedere arts moet maken alvorens hij besluit een vermoeden van kindermishandeling zonder toestemming te melden bij het AMK. De wettelijke basis voor die doorbreking van het beroepsgeheim is art. 53 lid 3 van de Wet op de jeugdzorg. Op grond hiervan mogen beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim zonder toestemming gegevens verstrekken aan het Bureau Jeugdzorg (in het bijzonder aan het AMK), als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken. Dit meldrecht is gebaseerd op de gedachte dat in bepaalde gevallen het belang van het kind vóór het beroepsgeheim gaat. De regeling in de Wet op de jeugdzorg is een ‘lex specialis’ ten opzichte van de algemene wettelijke bepalingen over het beroepsgeheim zoals opgenomen in de Wgbo, de Wet BIG en het Wetboek van Strafrecht.

Verder bevat de Meldcode bepalingen over het (eventueel zonder toestemming) verstrekken van gegevens over vermoedens van kindermishandeling aan andere onderdelen van het Bureau Jeugdzorg, aan de Raad voor de Kinderbescherming, aan politie en justitie en aan andere derden.

- Daarnaast bevat de Meldcode een aantal bepalingen over het omgaan met gegevens over vermoedens van kindermishandeling in het dossier. De arts moet in het dossier zorgvuldig en objectief aantekening houden van: (aanwijzingen voor) kindermishandeling;
- onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan;
  uitkomsten van die onderzoeken;daarvan,
  de inhoud van het overleg met collega’s, beroepskrachten en/of instanties zoals het AMK;
- het gegeven of voor het verstrekken van gegevens aan derden toestemming werd gevraagd en/of verkregen;
- alle andere stappen die de arts in het kader van (het vermoeden van) kindermishandeling heeft ondernomen.

Blijkt een vermoeden uiteindelijk onterecht, dan vermeldt de arts ook dat uitdrukkelijk in het dossier. De arts bewaart dossiers die gegevens bevatten over (vermoedens van) kindermishandeling, totdat het kind op wie de

[89] Dat stappenplan luidt als volgt: Stap 1 > Onderzoek; Stap 2 > Advies bij het AMK en eventueel bij een deskundig collega; Stap 3 > Zo mogelijk gesprek met ouders; Stap 4 > Zo nodig overleg met betrokken professionals; Stap 5a > Reële kans op schade en kansrijke hulp lijkt niet mogelijk? Zo spoedig mogelijk melden bij AMK; Stap 5b > Monitoren van hulp, zo nodig alsnog melden bij AMK.

gegevens betrekking hebben 34 jaar is geworden of zoveel langer als in verband met goed hulpverlenerschap noodzakelijk is.
Vernietiging van gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit het dossier van het kind vindt uitsluitend plaats op verzoek van het kind zelf en uitsluitend als dat kind de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake.

Een verzoek van een ouder om vernietiging van gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit diens eigen dossier, mag worden geweigerd vanwege het gerechtvaardigd belang van de betrokken kinderen bij bewaring van die gegevens.
Goed hulpverlenerschap kan meebrengen dat de arts ouders inzage in en afschrift van gegevens over kindermishandeling weigert.

De volledige tekst van de KNMG Meldcode Kindermishandeling is te vinden op www.knmg.nl/publicatie/kindermishandeling. Het stappenplan is opgenomen als **bijlage 4** bij deze richtlijn.

3.22.3 Huiselijk geweld

Op termijn zal het wettelijk verplicht worden om te werken met een integrale Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, daaronder ook begrepen vrouwelijke genitale verminking, eergerelateerd geweld en ouderenmishandeling. Deze meldcode zal gelden voor instellingen en zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren in zorg, onderwijs, kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning, politie en justitie. Aandachtspunt daarbij is dat huiselijk geweld en kindermishandeling niet volledig overlappen. Uiteraard wel als kinderen (direct of indirect als getuige) het slachtoffer zijn van huiselijk geweld; in die gevallen voorziet nu reeds de Meldcode Kindermishandeling van de KNMG (zie hierboven). Maar als sprake is van huiselijk geweld tussen uitsluitend volwassenen, terwijl het slachtoffer weloverwogen toestemming weigert voor het doen van een melding, is een terughoudender aanpak gewenst dan wanneer huiselijk geweld (ook) kinderen treft. Dergelijke meldingen kunnen worden gedaan bij een Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG). Daarvoor bestaat echter nog geen wettelijk meldrecht en de ASHG's beschikken ook nog niet (zoals de AMK's) over de nodige wettelijke taken en bevoegdheden om informatie te vergaren en onderzoek te doen.

Toch kunnen het conflict van plichten en de zorg van een goed hulpverlener onder omstandigheden ook nu al met zich meebrengen dat een professional met een beroepsgeheim moet besluiten om zonder toestemming een melding bij het ASHG te doen van huiselijk geweld waar uitsluitend een volwassene bij betrokken is. Voor professionals met een beroepsgeheim wordt in de toekomstige wettelijke regeling daarvoor een meldrecht opgenomen en het ASHG zal de nodige wettelijke taken en bevoegdheden krijgen. De Meldcode van de KNMG wordt volgend jaar voorzien van een addendum over het omgaan met (vermoedens van) huiselijk geweld waar uitsluitend volwassenen bij betrokken zijn.

3.23 Politie en justitie

Het beroepsgeheim geldt ook jegens politie en justitie.

De politie benadert regelmatig artsen met het verzoek (medische) gegevens te verstrekken. Gegevens die onder het beroepsgeheim van de arts vallen, mogen alleen met toestemming van patiënt of in geval van een 'conflict van plichten' worden verstrekt. Niet alleen medische gegevens van een patiënt vallen onder het beroepsgeheim. Alle gegevens die een arts in de uitoefening van zijn beroep over de patiënt te weten komt vallen hieronder. Vragen van de politie, bijvoorbeeld of de arts een bepaalde persoon heeft behandeld of heeft gezien, mogen door de arts in beginsel niet worden beantwoord. Ook de vraag of een bepaalde persoon aanwezig is in het ziekenhuis of in de praktijk mag niet zonder meer worden beantwoord. Identiteitsgegevens van personen die zich voor enige vorm van medische hulp of informatie bij een ziekenhuis hebben gemeld, bevatten indirecte informatie over de gezondheid en zijn daarom gegevens betreffende de gezondheid, die

onder het beroepsgeheim vallen.[90] Ditzelfde geldt voor personen met een afgeleid beroepsgeheim, zoals de receptioniste en de portier, zij mogen deze informatie niet verstrekken en dienen zich te beroepen op hun (afgeleid) beroepsgeheim.

De patiënt als slachtoffer

De behandelend arts verstrekt met toestemming van de patiënt slechts feitelijke, medische informatie omtrent het opgelopen letsel. Heeft de politie een oordeel nodig, dan moet een onafhankelijk forensisch geneeskundige ingeschakeld worden.

De politie kan behoefte hebben aan informatie over het letstel bij een persoon (bijvoorbeeld een slachtoffer). In situaties waarin het niet mogelijk is achteraf door een onafhankelijk (forensisch) arts de schade te laten constateren, kan de politie de behandelend arts vragen deze informatie te verstrekken. Voor deze situaties is in samenwerking met het Openbaar Ministerie en het Ministerie van Justitie een formulier ontwikkeld. Dit formulier is als **bijlage 3** opgenomen.
Het wordt aan de arts overgelaten of hij, met gerichte toestemming van de betrokken patiënt, de gevraagde informatie kan of wil verstrekken. De arts is daartoe niet verplicht. Is de patiënt niet in staat toestemming te geven (bijvoorbeeld omdat hij bewusteloos is) of is de patiënt ter zake wilsonbekwaam (bijvoorbeeld verward door het ongeval), dan kan de politie of de Koninklijke Marechaussee deze reden op het formulier aangeven. De arts kan vervolgens besluiten op grond van veronderstelde toestemming de informatie alsnog te verstrekken.

Op het formulier mag slechts feitelijke, medische informatie verstrekt worden zonder hierbij een oordeel te geven. Heeft de politie een oordeel nodig, dan moet een onafhankelijk forensisch geneeskundige ingeschakeld worden.

De patiënt als verdachte
Ook wanneer een patiënt wordt verdacht van een strafbaar feit geldt het beroepsgeheim jegens politie/ justitie. Slechts met toestemming van die patiënt mag de arts feitelijke (medische) informatie verstrekken aan de politie.

Patiënt pleegt strafbaar feit binnen de hulpverlening
Een arts mag aangifte doen bij de politie van strafbare feiten die een patiënt jegens hem, zijn medewerkers of praktijk pleegt. De arts geeft hierbij naam- en adresgegevens van de dader vrij, maar geen medische gegevens. Er worden niet meer gegevens verstrekt dan noodzakelijk is voor de aangifte.
Wordt een arts bedreigd vanwege het doen van aangifte, dan wordt de politie in de woonplaats van de arts of van het bureau van de aangifte ingelicht.
Een arts is terughoudend met het doen van aangifte als het agressief gedrag een symptoom is van een ziekte, waarvoor de patiënt onder behandeling is bij de arts.
Crimineel gedrag van de patiënt jegens de arts zal veelal de vertrouwensrelatie schaden, evenals het doen van aangifte ervan. Dat kan voor de arts een gewichtige reden zijn om de behandelingsovereenkomst op te zeggen. Voor het opzeggen van de behandelingsovereenkomst gelden verschillende regels. Daarvoor wordt verwezen naar de KNMG-richtlijn over het niet-aangaan of beëindigen van de behandelingsovereenkomst.[91]

Patiënt pleegt strafbaar feit buiten de hulpverlening
Komt een arts tijdens onderzoek of behandeling van een patiënt te weten dat hij strafbare feiten heeft begaan, dan valt dit onder het beroepsgeheim.
Dit kan alleen worden doorbroken met toestemming van de patiënt, als de wet de arts verplicht te spreken of in een geval van ‘conflict van plichten’. Van een ‘conflict van plichten’ is bijvoorbeeld sprake als het belang dat gediend is met het doen van aangifte, groter is dan het belang van de geheimhouding. De arts moet een afweging maken tussen zijn beroepsgeheim en dat andere, zwaarwegende, belang. Bij het maken van deze keuze spelen de volgende cumulatieve criteria een rol:

[90] HR 3 maart 2009, *GJ* 2009/63.
[91] Zie verder het KNMG Standpunt Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, www.knmg.nl.

- Het is niet mogelijk toestemming te vragen dan wel te krijgen.
- De arts komt in gewetensnood als hij zijn beroepsgeheim niet doorbreekt.
- Zwijgen kan ernstige (verdere) schade opleveren.
- Het doorbreken van het beroepsgeheim kan deze schade voorkomen.
- Het beroepsgeheim wordt zo min mogelijk geschonden.
- De arts ziet geen andere weg om het probleem op te lossen.

De arts doet er verstandig aan om zijn overwegingen bij het al dan niet doorbreken van zijn beroepsgeheim te noteren in het dossier.

In het algemeen kan gesteld worden dat een doorbreking van de zwijgplicht op grond van een 'conflict van plichten' met name geoorloofd is in situaties waarin een bepaalde gebeurtenis voorkomen kan worden door ingrijpen van de arts. Is het misdrijf reeds gepleegd en kan de situatie door ingrijpen van de arts niet meer veranderd of beïnvloed worden, dan is een 'conflict van plichten' in beginsel niet aannemelijk.

Ongeschiktheid om auto te rijden
Constateert een arts dat een patiënt vanwege zijn medische toestand niet (meer) in staat is aan het verkeer deel te nemen, dan kan hij daardoor in een 'conflict van plichten' komen. Is de arts de enige die bekend is met de ongeschiktheid van de patiënt om een voertuig te besturen en heeft de arts geprobeerd de patiënt ervan te overtuigen dat hij niet meer mag rijden en is de patiënt dat desondanks van plan, dan kan het belang van de veiligheid van die patiënt en/of die van anderen zwaarder wegen dan het belang dat gediend is met het beroepsgeheim. Bij die afweging dienen de cumulatieve voorwaarden die in het voorgaande genoemd zijn als leidraad. Verkeert de arts in een 'conflict van plichten', dan kan hij besluiten de politie te waarschuwen of bij het CBR aan te dringen op een herkeuring van de patiënt (afhankelijk van de spoedeisendheid). Alvorens dit te doen meldt hij dit aan de patiënt. De arts probeert zo min mogelijk zijn beroepsgeheim te doorbreken. Dit betekent dat niet meer gegevens dan strikt noodzakelijk voor het doel verstrekt mogen worden.

Bevel tot uitlevering en inbeslagneming van dossiers
Opsporingsambtenaren mogen geen brieven, andere geschriften en tekstdragers bij een arts in beslag nemen (art.98 Sv), tenzij de arts daarvoor toestemming geeft. De arts mag toestemming verlenen als de patiënt ermee instemt of vanwege een conflict van plichten. De (marginaal toetsende) rechter kan een beroep van de arts op verschoningsrecht alleen terzijde schuiven als hij van oordeel is dat het een kennelijk onredelijke afweging is. Om te voorkomen dat het volledige dossier in het juridisch dossier opgenomen wordt, kan een onafhankelijk arts een samenvattende rapportage voor politie/justitie maken.

Uit de wettekst moet men concluderen dat beelddragers zoals CT-scans, MRI-scans, röntgenfoto's en videobeelden wel in beslag mogen worden genomen. Deze beeld- en geluiddragers vallen wel onder het beroepsgeheim, maar niet onder het beslagverbod.

Met toestemming van de verschoningsgerechtigde mogen brieven of andere geschriften wel in beslag genomen worden. Deze toestemming kan de arts slechts geven als hij de toestemming van de patiënt veronderstelt, als er sprake is van een noodtoestand of van een 'conflict van plichten'. De toestemming van de patiënt heft het verschoningsrecht van de arts overigens niet zonder meer op. Dit vergt een eigen afweging van de arts (zie ook paragraaf 2.4).

Zeer uitzonderlijke situaties/ vorderen gegevens door Officier van Justitie
Het Openbaar Ministerie heeft in beginsel geen recht om dossiers bij artsen in beslag te nemen en in te zien. Aan het verschoningsrecht van artikel 98 Wetboek van Strafvordering ligt de opvatting van de wetgever ten grondslag dat het maatschappelijk belang dat een ieder zich vrijelijk om bijstand en advies tot een arts moet kunnen wenden, zwaarder weegt dan het maatschappelijk belang dat de waarheid in een juridische procedure aan het licht komt. Er kunnen zich echter '*zeer uitzonderlijke omstandigheden'* voordoen, waarin het belang van de waarheid wel voorgaat op het verschoningsrecht.

In de rechtspraak zijn 'zeer uitzonderlijke omstandigheden' aangenomen in gevallen waarin de verschoningsgerechtigde (de arts) zelf verdachte is van een ernstig strafbaar feit of waarin de bescherming

van minderjarigen aan de orde was.[92] Het enkele feit dat de arts verdacht wordt van een strafbaar feit, is echter niet toereikend om zijn verschoningsrecht te moeten doorbreken.

In welke gevallen sprake is van 'zeer uitzonderlijke omstandigheden' is niet in algemene zin vast te stellen. Die vraag moet de rechter beantwoorden, waarbij hij zal letten op:

- de aard en de ernst van het strafbare feit;
- de aard en de inhoud van het materiaal waarover het verschoningsrecht zich uitstrekt in verband met het belang dat door het verschoningsrecht wordt gediend;
- de mate waarin de betrokken belangen van de patiënten worden geschaad indien het verschoningsrecht wordt doorbroken.

Als een inbreuk op het verschoningsrecht nodig wordt geacht, dan mag die inbreuk niet verder gaan dan strikt noodzakelijk is voor het doel van de inbreuk.

De arts als verdachte
'Zeer uitzonderlijke omstandigheden' deden zich bijvoorbeeld voor toen een arts door de rechter werd verdacht van schuld aan het misdrijf 'dood door schuld' en er geen aanwijzingen waren dat de overleden patiënt bezwaar tegen de inbeslagname van zijn gegevens zou hebben gehad. Bovendien waren de in beslag genomen gegevens van cruciaal belang voor de waarheidsvinding en konden de gegevens niet op een andere wijze worden verkregen.

In deze situatie hechtte de rechtbank groot gewicht aan de veronderstelde toestemming van de patiënt. Daardoor leidde het afwijzen van het beroep op het verschoningsrecht niet tot een schending van de belangen van de patiënt. Bovendien mocht de rechtbank meewegen dat patiënten er in het algemeen op mogen vertrouwen, dat bij een ernstig vermoeden van verwijtbaar ondeskundig handelen van de arts, de gegevens uit het dossier door Justitie zullen worden onderzocht. Bij het uitoefenen van deze bevoegdheid dient het OM wel terughoudend te werk te gaan, gelet op het maatschappelijke belang van het beroepsgeheim (vrije en gelijke toegang tot de gezondheidszorg).

Als het OM gegevens vordert, dan worden deze vaak in een gesloten envelop afgestaan. De envelop wordt bewaard totdat de rechter heeft geoordeeld over het bezwaarschrift dat tegen de inbeslagname is ingediend.

Voor meer informatie over het beroepsgeheim in relatie tot politie en justitie:
KNMG-handreiking Beroepsgeheim en politie/ justitie op www.knmg.nl/publicatie/beroepsgeheim

3.24 De arts in rechte

3.24.1 De arts als getuige

Als een arts in civiele-, straf-, en tuchtprocedures wordt opgeroepen als getuige, doet zich de vraag voor of hij verplicht is aan die oproep gehoor te geven en op welke wijze hij als getuige moet omgaan met zijn beroepsgeheim.[93]. Dit is met name relevant als een opgeroepen arts vooraf al weet dat hij zich zal beroepen op zijn geheimhoudingsplicht/ verschoningsrecht.

Plicht om te verschijnen
In *civiele procedures* kan een arts (al dan niet op verzoek van partijen) door de rechter bij exploot worden opgeroepen om te getuigen. In dat geval is de arts verplicht op de aangegeven dag en het aangegeven tijdstip te verschijnen. Verschijnt een arts in zo'n geval niet, dan kan de rechter bevelen dat de openbare macht (de politie) de arts voor hem brengt. Wordt een arts door (de advocaat van) een van de partijen bij (aangetekende) brief opgeroepen, dan is hij niet verplicht te verschijnen. Het verdient aanbeveling om een

[92]Zie bijvoorbeeld Hoge Raad, 21 oktober 2008. LJN BD7817. TvGR 2009/9 en Hoge Raad, 6 mei 2009. LJN BG5979, *GJ* 2009/82.
[93] Zie de artikelen 163 e.v. Wetboek van burgerlijke rechtsvordering; artikelen 210 e.v. Wetboek van Strafvordering; artikel 68 Wet BIG.

voornemen om niet te verschijnen te melden aan de betreffende partij. Verschijnt de arts niet, dan kan de partij de rechter verzoeken de arts bij exploot op te roepen. In dat geval is de arts wel verplicht om te verschijnen (zie hiervoor).

Ook in *tuchtprocedures* kan een arts als getuige worden opgeroepen. Iedereen die door het regionaal tuchtcollege of het centraal tuchtcollege wordt opgeroepen, is verplicht daaraan gehoor te geven. Datzelfde geldt voor de arts die door een van de partijen bij deurwaardersexploot wordt opgeroepen. Verschijnt de opgeroepen arts niet, dan kan hij op verzoek van het college door de Officier van Justitie worden gedagvaard.

Artsen kunnen ook in *strafprocedures* als getuige worden opgeroepen. Afhankelijk van de fase waarin een strafrechterlijk onderzoek zich bevindt, gebeurt dat door de Rechter Commissaris (RC) of door de Officier van Justitie. Als de arts bij dagvaarding wordt opgeroepen is hij verplicht te verschijnen. Verschijnt de arts dan niet, dan kan de RC hem nogmaals dagvaarden en daarbij een bevel tot medebrenging (door politie) voegen. Wordt de arts door (de advocaat van) de verdachte verzocht te getuigen, dan is de arts niet verplicht te verschijnen. Ook in deze situatie verdient het aanbeveling om een voornemen om niet te verschijnen te melden aan de betreffende partij. Verschijnt de arts niet, dan kan de rechter verzocht worden de arts bij dagvaarding op te roepen. In dat geval is hij verplicht om te verschijnen.

Verschoningsrecht
Eenmaal verschenen op de zitting, is een arts niet verplicht een getuigenverklaring af te leggen als hij door het beantwoorden van vragen zijn beroepsgeheim zou doorbreken (dit wordt het verschoningsrecht genoemd). Hij moet zich dan in beginsel op zijn verschoningsrecht beroepen.[94] Zie hierover verder hoofdstuk 2 paragraaf 4.

Een arts die opgeroepen wordt als getuige en voornemens is zich op zijn verschoningsrecht te beroepen, wordt geadviseerd contact op te nemen met de instantie die de oproep doet. Daarbij geeft de arts aan dat hij zich op zijn verschoningsrecht zal beroepen. Mogelijk wordt de oproep dan ingetrokken.

3.24.2 De arts als aangeklaagde

In het kader van zijn verdediging kan een arts in (gerechtelijke) procedures medische gegevens nodig hebben. Met toestemming van de patiënt kunnen deze gegevens gebruikt worden. In gevallen waarin die toestemming ontbreekt, kan zo nodig zonder toestemming gebruik worden gemaakt van de gegevens. De rechtsgrond hiervoor is gelegen in artikel 6 EVRM (fair trial). De arts mag alleen zonder toestemming van de patiënt gegevens gebruiken als de arts zich niet op een andere wijze kan verdedigen dan op grond van die dossiergegevens. Daarbij moet hij zich beperken tot het gebruik van relevante gegevens. Er moet voldaan zijn aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.[95] Zie ook paragraaf 3.23, waar in dit kader het verschoningsrecht in strafprocedures is besproken.

In de jurisprudentie is aangenomen dat het belang van een arts om zich in een procedure te kunnen verweren zwaarder kan wegen dan het beroepsgeheim. Dat geldt ook voor een klachtenprocedure.[96]

Raadsman/ collega arts
De arts mag zonder toestemming van de patiënt de voor zijn verweer relevante gegevens aan zijn raadsman voorleggen. Daarnaast kan de aangeklaagde arts de gegevens van zijn patiënt aan een collega-arts voorleggen om een oordeel over het handelen te krijgen. Zo mogelijk geschiedt dit met niet-herleidbare gegevens.

Privacybelang van derden
Als de aangeklaagde arts voor zijn verweer gebruik wil maken van gegevens die op een ander dan de klager betrekking hebben, dan moet de betreffende persoon daarvoor toestemming geven. Voor de situatie dat deze persoon geen toestemming geeft – of geen toestemming meer kan geven – is voor het tuchtrecht een speciale voorziening opgenomen. Deze voorziening houdt in dat de tuchtrechter ingevolge artikel 67 lid 3 Wet BIG

[94] Zie de artikelen 165, tweede lid Rv; 218 WvSv en 68 lid 5 Wet BIG.
[95] Zie voor een voorbeeld van een uitspraak door het RTC Amsterdam 7 april 2009, nr. 08/087, GJ 2009/5.
[96] HR 8 april 2003, Medisch Contact 2003, nr. 19, p. 777-778.

kan bepalen dat sommige processtukken of gedeelten daaruit, niet door de klager mogen worden ingezien, maar slechts door diens gemachtigde die arts, advocaat of procureur is of die van de voorzitter bijzondere toestemming heeft gekregen. In klachtprocedures bestaat een dergelijke regeling niet. Voorstelbaar is dat de voorzitter van een klachtencommissie eenzelfde procedure als in het tuchtrecht hanteert.

Dossier inmiddels bij andere arts
Bevindt het dossier waaruit de arts gegevens nodig heeft voor het voeren van verweer zich inmiddels bij een andere arts, dan mag zonder toestemming van de patiënt slechts gebruik worden gemaakt van dat deel dat voorheen onder beheer van de opvragende arts stond. Met toestemming van de patiënt kan van het gehele dossier, voor zover van belang in het kader van het verweer, gebruik worden gemaakt.

Gebruik gegevens van patiënt in geschil tussen artsen
Heeft een arts gegevens van een patiënt nodig voor verweer tegen een klacht die is ingediend door een andere arts, dan mag slechts gebruik worden gemaakt van deze gegevens met toestemming van de betreffende patiënt. Het laatste geldt niet als de gegevens kunnen worden gebruikt op een wijze die niet herleidbaar is tot de patiënt om wie het gaat (anonimiseren).

Gegevens van overledenen
Is de klacht ingediend door een patiënt die nadien is overleden en wordt de procedure na het overlijden gecontinueerd door nabestaanden, dan mag de arts medische gegevens gebruiken door de toestemming daarvoor te veronderstellen. Wordt een klacht namens een overleden patiënt ingediend, of zijn gegevens van een overleden persoon nodig bij een strafrechtelijke vervolging van de arts, dan zal beoordeeld moeten worden of in het licht van de wil van de overledene inzage in het dossier gegeven kan worden.

Gegevens aan de advocaat van de patiënt
De advocaat die de belangen van een patiënt behartigt, kan medische gegevens nodig hebben om zijn cliënt zo goed mogelijk bij te staan. Met een gerichte schriftelijke machtiging van de patiënt mag de arts een kopie van het dossier aan de advocaat van de patiënt geven. Het is aan de advocaat om ervoor te zorgen dat de gegevens zorgvuldig worden gebruikt. Voor het verstrekken van een afschrift mag de arts redelijke kosten in rekening brengen (zie ook paragraaf 2.1)

In paragraaf 3.23 wordt ingegaan op het verstrekken van gegevens in het geval de arts verdachte is van een ernstig strafbaar feit.

Bijlage I : Weigeringsbriefje

Toelichting bij de weigering van een behandelend arts om een 'geneeskundige verklaring' af te geven

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

In het kort een toelichting op deze regels:

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

De twee belangrijkste redenen voor dit standpunt zijn:

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

Wat kunt u nu nog doen?

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

knmg
Artsenfederatie
Opleiding en regionale
Domus medica

تفسير لرفض الطبيب المعالج منح «شهادة طبية»

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

ستجد فيما يلي تفسيراً قصيراً لتلك القواعد :

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

أهم سببين لوجهة النظر هذه هما :

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

ماذا يمكنك أن تفعل الآن ؟

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

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

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

A few explanatory remarks on these guidelines:

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

The two main reasons for this viewpoint are:

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

What other possibilities are left?

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

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

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

Aşağıda, söz konusu kurallar hakkında özet halinde bilgi verilmektedir:

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

KNMG meslek örgütünün bu kuralı benimsemesinin başlıca iki nedeni vardır:

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

Bu durumda ne yapabilirsiniz?

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

Bijlage II : De prijs van een afschrift

In de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is het recht op afschrift opgenomen. Op grond van dit recht kan een patiënt (of met machtiging diens vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een advocaat) verzoeken om een afschrift van (een gedeelte van) het medisch dossier dat over hem of haar door een hulpverlener is aangelegd. Als een patiënt om een afschrift verzoekt, moet dit door de hulpverlener in beginsel altijd worden verstrekt. Daarop bestaat echter een uitzondering als de verstrekking van een afschrift de privacy van een ander in gevaar zou brengen. Voor het verstrekken van een afschrift kan (dit hoeft niet) een hulpverlener op grond van de WGBO een redelijke kostenvergoeding vragen.
Aangezien de meeste medische dossiers systematisch toegankelijk zijn – voor zover ze al niet in geautomatiseerde vorm worden bijgehouden - is ook de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) van toepassing. Ingevolge het 'Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene WBP'1 zijn de volgende tarieven vastgelegd voor het verstrekken van één of meer afschriften:

- Voor het verstrekken van afschriften van dossiergegevens kan per pagina maximaal € 0.23 in rekening worden gebracht, met een maximum van € 4,50 per verzoek.
- Voor het verstrekken van een afschrift op een andere gegevensdrager dan op papier mag een redelijke vergoeding worden gevraagd. Deze bedraagt maximaal € 4,50. Hierbij kan worden gedacht aan elektronische verstrekking, bijvoorbeeld op diskette of via een directe verbinding tussen personal computers, of de verstrekking van een afdruk van een (röntgen)foto. In het Besluit wordt er daarbij van uitgegaan dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen de diverse gegevensdragers die gebruikt worden.
- Gaat het om een afschriftverzoek van meer dan 100 pagina's kan maximaal € 22,50 in rekening worden gebracht.
- De vergoeding voor een afschrift van een, vanwege de aard van de vaststelling, moeilijk toegankelijke registratie bedraagt ten hoogste € 22,50. Het gaat hier om 'moeilijke toegankelijkheid in technische zin'. Een voorbeeld: gegevens die worden vastgelegd op microfilm kunnen pas worden verstrekt worden nadat enige bewerking is verricht: opzoeken, vergroten en vervolgens afdrukken. Het feit dat een dossier niet door de verantwoordelijke zelf wordt bewaard maar bij een derde, is geen 'moeilijke toegankelijkheid' in technische zin en rechtvaardigt geen vergoeding op basis van deze bepaling in het Besluit. Het zal dus moeten gaan om bijzondere gevallen.

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

Bijlage III : Aanvraagformulier medische informatie

AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE INFORMATIE — **In te vullen door de opsporingsambtenaar**

(REGIO) POLITIE TE/KONINKLIJKE MARECHAUSSEE:

Plaatsnaam:

Naam aanvrager:

Nummer proces-verbaal: Aan:

Wijkteam:

Telefoon:

Verzoek om medische informatie over:

achternaam: voorna(a)m(en):

geboortedatum: adres:

postcode: woonplaats:

die op (datum voorval): betrokken is geweest bij:

en in: is behandeld door:

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

A. ☐ Betrokkene heeft er geen bezwaar tegen dat door hoofdrijn arts een beschrijving van het letsel wordt gegeven.
B. ☐ De politie/Koninklijke Marechaussee is niet in staat geweest betrokkene de onder A. genoemde verklaring te laten ondertekenen, omdat:

plaats : datum:

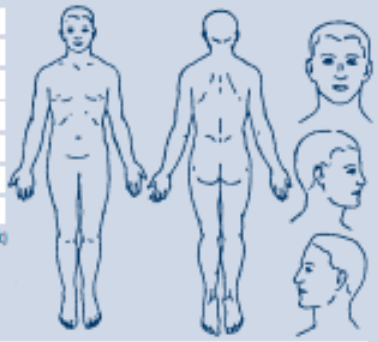
handtekening betrokkene | i.g.v. aan-mededelingen handtekening ouder/voogd | naam in blokletters en handtekening hulpofficier van justitie

In te vullen door de arts

Medische informatie betreffende (naam betrokkene):

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

A. Uitwendig waargenomen letsel:



Is er sprake van uitwendig bloedverlies? ☐ gering ☐ ernstig (wel/geen shock)

B. Is er verdenking van niet-uitwendig waarneembaar letsel? ☐ ja ☐ nee

Is er vermoeden van inwendig bloedverlies? ☐ ja ☐ nee

C. Psychische stoornissen en/of storingen in het bewustzijn. ☐ ja ☐ nee

II. Bijzondere mededelingen:

(plaats en datum)

☐ aankruisen wat van toepassing is

naam en handtekening van de arts

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

© 2003 Stu Uitgevers-Nadruk verboden Bijlage: ratoonwelzppe bestelnr. 652001

SPECIMEN

TOELICHTING VOOR DE OPSPORINGSAMBTENAAR

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

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

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

3. Ondertekening door betrokkene is van belang in verband met de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de arts, waarin de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt centraal staat.
   Voor het verlenen van medewerking aan deze aanvraag is het voor de arts van belang te weten of sprake is van "informed consent" van betrokkene (nl. gerichte toestemming van de patiënt na vooraf gegeven informatie met betrekking tot het doel van deze aanvraag). Betrokkene dient er op te worden gewezen dat zij/hij door ondertekening instemt met het vrijgeven van informatie door de arts over het letsel.
   Wanneer het gaat om een minderjarige dient de ondertekening (mede) te geschieden door ouder of voogd.

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

TOELICHTING VOOR DE ARTS

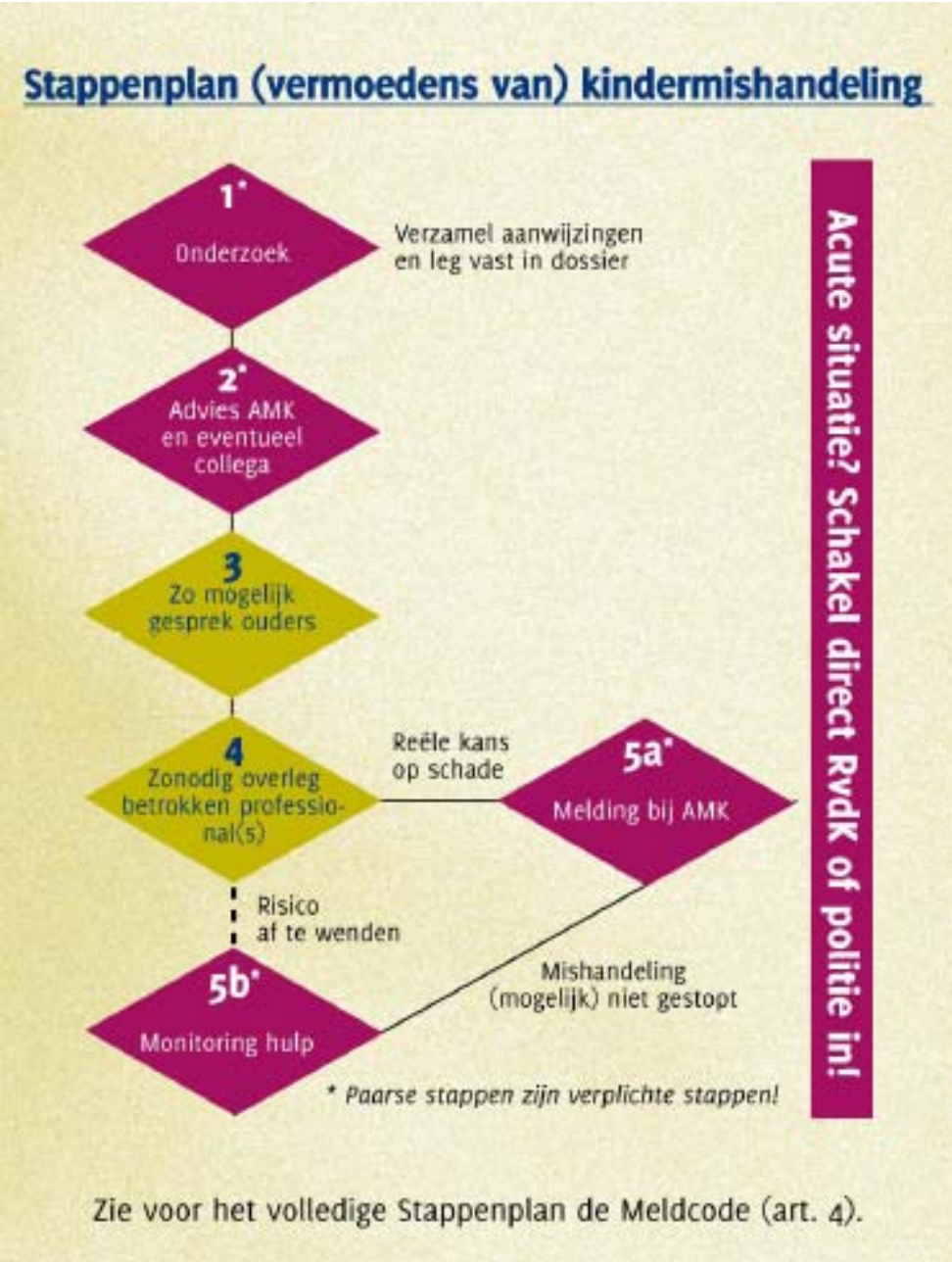
1. Op het formulier, ondertekend door een hulpofficier van justitie, is aangegeven of de patiënt haar/zijn gerichte toestemming (informed consent) heeft verleend. In uitzonderingsgevallen is deze gerichte toestemming niet mogelijk. De motivering daarvan is op het aanvraagformulier aangegeven. Deze motivering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

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

3. In de ruimte bij II. Bijzondere mededelingen, heeft de arts de mogelijkheid aan te geven:
   - nadere medische informatie, bijv. reeds bestaande afwijkingen;
   - motivering ten aanzien van een eventuele weigering het formulier in te vullen.

SPECIMEN

Bijlage IV : Stappenplan bij Meldcode Kindermishandeling



‘MIJN BEROEPS-GEHEIM IS NIET ALTIJD HEILIG’

Vertrouwelijkheid is essentieel voor de arts-patiëntrelatie en draagt in belangrijke mate bij aan preventie, diagnostiek, behandeling, kwaliteit en veiligheid. Voor de patiënt is van belang dat deze weet dat de informatie die aan de arts is verschaft niet zonder toestemming voor andere doeleinden gebruikt kan worden. De arts weet hoe met het beroepsgeheim om te gaan, kent het belang ervan, kent de grenzen en weet wanneer het, bijvoorbeeld bij kindermishandeling, doorbroken kan worden.

ARTSEN VAN **NU**

DESKUNDIG | VERANTWOORDELIJK | BETROUWBAAR | TRANSPARANT | TOETSBAAR

WWW.ARTSENVANNU.NL

Een initiatief van federatie KNMG: LAD, LHV, NVAB, NVVG, Orde en Verenso.