

Omgaan met medische gegevens

De richtlijn Omgaan met medische gegevens van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), vastgesteld door het Federatiebestuur op 9 juni 2016, in werking getreden op 8 september 2016.

Artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 59.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit De Geneeskundestudent, Federatie Medisch Specialisten, Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en de Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).

www.knmg.nl/richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens

Contactgegevens KNMG: Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
www.knmg.nl

Opmaak: Oy Communications, Amsterdam

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding "KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, KNMG, september 2016".

Inhoud

Woord vooraf

Leeswijzer

1. Algemene regels voor uitwisselen medische gegevens

- 1.1 Algemene uitgangspunten bij gegevensuitwisseling
- 1.2 Geneeskundige verklaringen
- 1.3 Uitwisseling tussen rechtstreeks betrokkenen en tussen arts en vervanger
- 1.4 Verwijsbrief en specialistenbrief
- 1.5 Elektronische gegevensuitwisseling, e-mail, WhatsApp en social media

2. Medische advisering, beoordeling of indicatie in opdracht van derden

- 2.1 Algemene uitgangspunten bij medische advisering, beoordeling of indicatie
- 2.2 Gegevensverwerking in het kader van arbeid, arbeidsverzuim en re-integratie
- 2.3 Gegevensuitwisseling bij werknemersverzekeringen (Ziektewet, WIA, WAO, WAZ, WW)
- 2.4 Indicatiestelling in het kader van maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)
- 2.5 Indicatiestelling voor langdurige zorg (Wlz)
- 2.6 Gegevensuitwisseling in het kader van de zorgverzekering (Zvw)
- 2.7 Gegevensuitwisseling in de jeugdhulp (Jeugdwet)
- 2.8 Medische advisering door deskundigen in juridische procedures
- 2.9 Medische advisering bij particuliere levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en aanstellingskeuringen

Inhoud

3. Gegevensverstrekking in juridische procedures

- 3.1 De arts als verweerder in klachtzaken, tuchtzaken en civiele zaken
- 3.2 De arts als verdachte in strafzaken
- 3.3 De arts als getuige

4. Gegevensuitwisseling in het kader van toezicht en handhaving

- 4.1 Gegevensverstrekking aan politie en justitie
- 4.2 Gegevensverstrekking aan zorgverzekeraars (materiële controle of fraudeonderzoek)
- 4.3 Gegevensverstrekking aan de IGZ en NZa

5. Enkele specifieke situaties

- 5.1 Informatie aan ouders na echtscheiding
- 5.2 Kindermishandeling en huiselijk geweld
- 5.3 Gegevensverstrekking na de dood
- 5.4 Gegevensverstrekking aan een levensverzekeraar na overlijden
- 5.5 Gegevensverstrekking in het kader van letselschade en private schadeverzekeringen
- 5.6 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet Bopz
- 5.7 Identificatie van patiënten met burgerservicenummer (BSN)
- 5.8 Beeld- en geluidsopnamen
- 5.9 Gebruik medische gegevens voor kwaliteitsdoeleinden
 - 5.9.1 Incidentmeldingen
 - 5.9.2 Kwaliteitsvisitatie
- 5.10 Verstrekken van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, statistiek en onderwijs
- 5.11 Verplichte melding van bepaalde infectieziekten

6. Dossier en bewaartermijn

- 6.1 Dossierplicht
- 6.2 Inhoud van het dossier
- 6.3 Persoonlijke werkaantekeningen
- 6.4 Bewaartermijnen
- 6.5 Beheer van het dossier
- 6.6 Eigendom van het dossier
- 6.7 Overdracht dossier in het kader van continuïteit van zorg
- 6.8 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten

7. Patiëntenrechten met betrekking tot het dossier

- 7.1 Inzage in en afschrift van het dossier
- 7.2 Toevoegen van verklaring aan dossier, recht op correctie en afscherming
- 7.3 Recht op verwijdering en vernietiging
- 7.4 Beroepsgeheim en recht op geheimhouding
 - 7.4.1 Het beroepsgeheim
 - 7.4.2 Algemene uitzonderingen op het beroepsgeheim
- 7.5 Patiëntenrechten voor vertegenwoordigers van minderjarigen en wilsonbekwamen

Lijst met afkortingen

AKW	Algemene kinderbijslagwet
Anw	Algemene nabestaandenwet
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AOW	Algemene ouderdomswet
BSN	Burgerservicenummer
BW	Burgerlijk Wetboek
CBR	Centraal Bureau voor Statistiek
CBP	College bescherming persoonsgegevens (sinds 1 januari 2016 Autoriteit Persoonsgegevens)
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
FMWV	Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HR	Hoge Raad
IBS	Inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LSP	Landelijk Schakelpunt
NODO	Nader onderzoek naar doodsoorzaken bij minderjarigen
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
Pgb	Persoonsgebonden budget
PMO	Preventief Medisch Onderzoek

RC	Rechter-commissaris
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RTG	Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
RvB	Raad van bestuur
Sv	Wetboek van Strafvordering
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VIM	Veilig Incident Melden
VIR	Verwijsindex risicojongeren
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemering in psychiatrische ziekenhuizen
Wet SUWI	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen.
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlb	Wet op de lijkbezorging
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmk	Wet op de medische keuringen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WSW	Wet sociale werkvoorziening
WvSr	Wetboek van Strafrecht
WW	Werkloosheidswet
Wwb	Wet werk en bijstand
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZW	Ziektewet

Lijst met online verwijzingen

- p. 21 Weigeringsbriefje
www.knmg.nl/pdf/weigeringsbriefje
- p. 25 Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg
www.knmg.nl/pdf/egiz
- p. 26 KNMG-handreiking 'Artsen en Social Media'
www.knmg.nl/pdf/sociale-media
- p. 30, 49 Richtlijn medisch-specialistische rapportage in bestuurs- of civielrechtelijk verband.
www.knmg.nl/pdf/ms-rapportage
- p. 32 RvS 25 november 2011, ECLI:NL:RVS:2009:BH4006.
<http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:RVS:2009:BH4006>
- p. 34 NVAB en BoaBorea, Leidraad Bedrijfsarts en privacy
<https://www.nvab-online.nl/content/bedrijfsarts-en-privacy>
- p. 35,36 Code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie
www.knmg.nl/pdf/code-gegevensverkeer
- p.34 NVAB Leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts'
<https://www.nvab-online.nl/richtlijnen-en-kennisdocumenten/procedurele-leidraden/verwijzen-door-de-bedrijfsarts>
- p. 40 Zie hiervoor: Hoe verandert mijn zorg?
<https://www.hoeverandertmijnzorg.nl/volwassenen/alle-grondslagen/wmo/privacy>
- p. 42 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
<https://www.zn.nl/350584837/Gedragscode>
- p. 55 KNMG-handreiking 'Beroepsgeheim en politie/ justitie'
www.knmg.nl/pdf/beroepsgeheim-politie-justitie
- p. 59 poppetjesformulier
www.knmg.nl/pdf/poppetjesformulier
- p. 60 Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises.
www.knmg.nl/pdf/slachtofferinformatie

- p. 60 KNMG-richtlijn over het niet-aangaan of beëindigen van de behandelingsovereenkomst
www.knmg.nl/pdf/behandelingsovereenkomst
- p. 63 HR 6 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BG5979.t
<http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:HR:2009:BG5979>
- p. 63 HR 27 mei 2008, ECLI:NL:HR:2008:BC1369.
<http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:HR:2008:BC1369>
- p. 63 HR 21 oktober 2008, ECLI:NL:HR:2008:BD7817.
<http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:HR:2008:BD7817>
- p. 64 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars
<https://www.zn.nl/350584837/Gedragscode>
- p. 64 Regeling zorgverzekering
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2016-08-23>
- p. 66 KNMG-stappenplan materiele controle
www.knmg.nl/pdf/materiele-controle
- p. 70 KNMG Wegwijzer dubbele toestemming
www.knmg.nl/pdf/dubbele-toestemming
- p. 72,75 KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld
www.knmg.nl/pdf/kindermishandeling
- p. 79 Hof Arnhem 10 januari 2012, ECLI:NL:GHARL:2012:BV0470
<http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHARN:2012:BV0470>
- p. 81 Convenant inzake toetsing mededelingsplicht gezondheidsgegevens
<https://www.verzekeraars.nl/overhetverbond/zelfregulering/Paginas/Convenanten/Convenant-inzake-bestrijding-van-fraude-met-gezondheidsgegevens.aspx>
- p. 83 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen
<https://www.verzekeraars.nl/overhetverbond/zelfregulering/Paginas/Gedragscodes/Gedragscode-Verwerking-Persoonsgegevens.aspx>

Lijst met online verwijzingen

- p. 94 CTG 19 januari 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:37
http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2016/ECLI_NL_TGZCTG_2016_37?ecli=ECLI%3ANL%3ATGZCT-G%3A2016%3A37&Pagina=1&ItemIndex=1
- p. 97 KNMG-beleidsdocument 'Veilig melden'
<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen./dossiers/veilig-melden.htm>
- p. 102 Gedragscode Gezondheidsonderzoek
www.federa.org
- p. 108 Van wet naar praktijk. Implementatie van de Wgbo, deel 3, Dossier en bewaartermijn
www.knmg.nl/pdf/wgbo3
- p. 116 KNMG-richtlijn 'Overdracht van dossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging'
www.knmg.nl/pdf/overdracht-zonder-opvolging
- p. 112, 114 UWV-richtlijn 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts'
www.nvvg.nl

knmξ

Woord vooraf

Voor u ligt de in 2016 geactualiseerde versie van de Richtlijn Omgaan met medische gegevens (hierna: Richtlijn). In deze Richtlijn beschrijft de KNMG op welke wijze artsen, met inachtneming van hun beroepsgeheim, medische gegevens mogen verzamelen, opslaan, uitwisselen of anderszins mogen gebruiken. Het doel van de Richtlijn is om de regels voor het omgaan met medische gegevens in diverse situaties uiteen te zetten en zodoende beroepsbeoefenaren een handvat te bieden. De Richtlijn beschrijft de hoofdregels en uitzonderingen met betrekking tot het omgaan met medische gegevens. In concrete situaties zullen bij de toepassing van de regels alle omstandigheden van het geval moeten worden meegewogen.

In de afgelopen jaren is de Richtlijn diverse malen uitgegeven. De meest recente versie dateert uit 2009. Sindsdien hebben diverse wijzigingen plaatsgevonden op het gebied van wet- en regelgeving, rechtspraak en rechtspraktijk. Daarnaast is er op het gebied van de zorg en samenleving veel veranderd, waaronder de opkomst van social media en andere nieuwe technieken. Op basis van deze ontwikkelingen is de Richtlijn geactualiseerd.

Als vertrekpunt bij het opstellen van deze versie van de Richtlijn is gekozen voor het bestaan van een behandelingsovereenkomst tussen arts en patiënt. Op die relatie zijn de rechten van de patiënt, zoals neergelegd in het Burgerlijk Wetboek (BW), van toepassing. Dit deel van het BW wordt ook wel aangeduid als de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst of Wgbo. Volgens het BW vloeien uit de behandelingsovereenkomst rechten van de patiënt en plichten van de arts voort, waarvan niet in het nadeel van de patiënt mag worden afgeweken. Daarbij gaat het onder meer om de plicht van de arts tot het aanleggen, bijhouden en bewaren van een dossier.

De patiënt heeft ten aanzien van deze gegevens op grond van de behandelingsovereenkomst bepaalde rechten, zoals het recht om gegevens in te zien en te vernietigen. Deze onderwerpen vormen een belangrijk onderdeel van deze Richtlijn.

Er zijn ook tal van situaties waarbij er tussen een arts en een patiënt geen behandelings-overeenkomst tot stand komt. Het gaat dan bijvoorbeeld om gevallen waarbij een arts op verzoek van een ander de medische toestand van een patiënt beoordeelt. Ook kan het gaan om situaties waarbij een arts betrokken is bij het vaststellen van een aanspraak of verplichting, de toelating tot een verzekering, of de beoordeling van iemands geschiktheid om een opleiding te volgen of bepaald werk te verrichten. Hoewel er in die situaties naar de letter geen behandelingsovereenkomst tot stand komt waarbij de patiënt de opdrachtgever is, gelden ook hier de rechten en verplichtingen uit het BW, 'voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet'. Dit betekent bijvoorbeeld dat een arts in de genoemde situaties ook een dossierplicht heeft en dat de patiënt recht heeft op inzage, 'voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet'. Uiteraard komen deze situaties ook aan de orde in deze Richtlijn.

** De vorige versie, de richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, werd op 15 december 2009 door de Algemene Vergadering van de KNMG vastgesteld en trad op 1 januari 2010 in werking.*

Leeswijzer

Gehanteerde definitie van medische gegevens

In deze Richtlijn bedoelen wij met de term 'medische gegevens': informatie die, direct of indirect, betrekking heeft op de gezondheid of lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid van een herleidbare patiënt en gegevens die omtrent een patiënt in het dossier van een arts zijn genoteerd.

Waar in de tekst verwijzingen naar online bronnen zijn opgenomen, vindt u de url naar deze webpagina's in de lijst met afkortingen voorin de richtlijn.

In de tekst wordt regelmatig verwezen naar wetgeving. De wetten vindt u op www.wetten.nl

In **hoofdstuk 1** van deze Richtlijn vindt u de algemene regels voor het omgaan met medische gegevens. In de daarop volgende hoofdstukken komen steeds specifieke situaties aan de orde.

Hoofdstuk 2 behandelt de regels die gelden als er sprake is van medische advisering/beoordeling of indicatiestelling in opdracht van een derde. **Hoofdstuk 3** gaat over het gebruik van medische gegevens in juridische procedures.

Hoofdstuk 4 is gewijd aan het gebruik van medische gegevens in het kader van toezicht en handhaving, in het bijzonder door de politie, de zorgverzekeraar, de IGZ en de NZa. In **hoofdstuk 5** wordt ingegaan op diverse andere actuele situaties.

In **hoofdstuk 6** komen de dossierplicht en de bewaartermijn aan de orde. En **hoofdstuk 7**, tot slot, behandelt de patiëntenrechten met betrekking tot medische gegevens. Daarbij wordt in het bijzonder ingegaan op de vertegenwoordiging van minderjarigen en wilsonbekwamen.

Heeft u vragen over deze Richtlijn, over ander KNMG-beleid of over medisch-ethische of gezondheidsrechtelijke zaken? Neem dan contact op met de KNMG Artseninfolijn via 030-282 33 22 of per e-mail: artseninfolijn@fed.knmg.nl. Voor veel gestelde vragen kunt u ook de website bezoeken: www.knmg.nl/artseninfolijn.

Omgaan met medische gegevens



1. Algemene regels voor omgaan met medische gegevens

Omgaan met medische gegevens

1. Algemene regels voor omgaan met medische gegevens

1.1 Algemene uitgangspunten bij gegevensuitwisseling

Behandelend artsen worden regelmatig benaderd met het verzoek om (medische) informatie te verstrekken aan derden. Het gaat dan vaak om informatie uit het dossier van een patiënt. Daarin staat immers veel informatie die ook voor anderen relevant kan zijn. Met inachtneming van het beroepsgeheim wordt van artsen in het algemeen verwacht dat ze aan dergelijke verzoeken binnen redelijke termijn meewerken. De reden hiervoor is onder meer om te voorkomen dat dubbel onderzoek plaatsvindt; dit is vaak kostbaar en voor de patiënt belastend. Wat een redelijke termijn is, hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval.

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

- Vooraf is gerichte toestemming van de patiënt vereist.
- De vragende partij geeft zo veel mogelijk aan over welke gegevens hij al beschikt en welke aanvullende informatie hij van de verstrekken 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.
- De communicatie verloopt zo mogelijk schriftelijk en bij voorkeur tussen artsen onderling.

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 gerichte vragen aan de behandelend arts met betrekking tot de gegevens die hij wenst te verkrijgen.

Werkt een arts in een instelling, dan is de directie of de raad van bestuur (RvB) verantwoordelijk voor het beheer en het in stand houden van de dossiers. De binnen de instelling werkzame artsen zijn mede verantwoordelijk voor de patiëntgegevens. De verzoeken om informatie die de RvB ontvangt, moeten in overleg met de behandelend arts worden beantwoord.

Toestemming voor het verstrekken van informatie

Vanwege het beroepsgeheim vertrekt de arts in beginsel geen medische informatie aan derden. Op deze hoofdregel bestaan verschillende uitzonderingen die in [paragraaf 7.4](#) in algemene zin zijn beschreven. Een van die uitzonderingen treedt op, wanneer de patiënt expliciet toestemming geeft voor het verstrekken van informatie op verzoek van een derde. Hiervoor moet de patiënt weten met welk doel de gegevens worden opgevraagd en/of verstrekt, wat de inhoud is van de informatie en wat de mogelijke consequenties van de gegevensverstrekking zijn. De arts moet zich ervan vergewissen dat de patiënt hiervan op de hoogte is. In de wet is niet voorgeschreven dat de patiënt de toestemming schriftelijk geeft, maar dit verdient wel de voorkeur. De arts mag van de patiënt verlangen dat hij schriftelijk toestemming geeft, maar hij mag ook besluiten de mondelinge toestemming zelf in het dossier aan te tekenen.

Schriftelijke toestemmingsformulieren moeten voldoende specifiek aangeven voor welke gegevensoverdracht de patiënt toestemming verleent en met welk doel. Schriftelijke toestemmingsformulieren met een te brede

of algemene toestemming bieden doorgaans onvoldoende basis voor het verstrekken van specifieke, privacygevoelige (medische) gegevens. De patiënt kan ook zelf een verzoek aan de behandelend arts (zorgverlener) overhandigen om medische gegevens aan een derde te verstrekken. Ook in dat geval moet het verzoek duidelijk aangeven welke gegevens uitgewisseld mogen worden.

In de praktijk blijkt dat patiënten soms op verzoek van een instantie een kopie van het hele dossier opvragen om dit aan die instantie te overhandigen, bijvoorbeeld met het oog op de aanvraag van een voorziening. Ondanks dat de patiënt recht heeft op een afschrift van het dossier, is het niet de bedoeling dat een heel dossier aan een instantie wordt overgedragen, omdat dit doorgaans niet proportioneel is. De KNMG vindt deze handelwijze dan ook onjuist en adviseert artsen de patiënt hierop te wijzen.

1.2 Geneeskundige verklaringen

Behandelend artsen geven geen geneeskundige verklaringen af ten behoeve van eigen patiënten.

Wat is een geneeskundige verklaring?

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 verklaring dient een ander belang dan behandeling of begeleiding. In de praktijk worden voor de verklaring ook andere termen gebruikt, zoals doktersverklaring, medisch attest en doktersbriefje.

Geneeskundige verklaringen komen in verschillende vormen voor. Voorbeelden zijn urgentieverklaringen, fit-to-fly-verklaringen en verklaringen waarin conclusies worden gevraagd over arbeids(on)geschiktheid, een reisannulering, erfenskwesties, een echtscheidingsprocedure, de noodzaak voor vervoer of een invalideparkeerkaart.

Mede op basis van tuchtrechtelijke uitspraken wordt het afgeven van geneeskundige verklaringen door de behandelend arts afgeraden. De reden daarvoor is, dat het bij zo'n verklaring vaak om een belang van de patiënt gaat, dat buiten de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de arts ligt en een ander doel dient dan de behandeling of begeleiding. Ook is de arts veelal niet op de hoogte van de medische criteria waaraan de instantie die de verklaring nodig heeft, de verklaring toetst. Bovendien is de kans groot dat de vertrouwensrelatie tussen de behandelend arts en de patiënt in gevaar komt. Immers, zulke verklaringen worden nogal eens opgesteld op basis van 'indrukken' van de arts of patiënt en niet op basis van medisch-inhoudelijke argumenten. De 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 gebeuren door een onafhankelijke arts die deskundig is op het gebied van de vraagstelling. De grens tussen een waardeoordeel dat de behandeling of begeleiding van de patiënt dient en een waardeoordeel dat dat niet

doet, is echter niet altijd scherp te trekken. Een diagnose wordt niet gezien als een waardeoordeel. En dat geldt ook voor een met medische feiten onderbouwde prognose met een behandeldoel.

Feitelijke informatie

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

Een arts die geen behandelrelatie met de patiënt heeft en deskundig is op het gebied van de vraagstelling, mag 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 beperken tot antwoorden op een specifieke vraagstelling en tot uitsluitend relevante, feitelijke informatie (zie ook [paragraaf 1.1](#)). Zie [paragraaf 5.6](#) voor de geneeskundige verklaring in het kader van de Wet BOPZ.

De KNMG heeft een zogeheten weigeringsbriefje opgesteld. Een behandelend arts kan dit briefje, dat in verschillende talen beschikbaar is, aan de patiënt meegeven ter ondersteuning en als toelichting bij de weigering een geneeskundige verklaring af te geven. U kunt het weigeringsbriefje downloaden op de KNMG-website en vervolgens aan uw patiënt meegeven. Download het weigeringsbriefje op www.knmg.nl.

1.3 Uitwisseling tussen rechtstreeks betrokkenen en tussen arts en vervanger

Gegevensuitwisseling tussen rechtstreeks betrokkenen

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

Hulpverleners die rechtstreeks zijn betrokken bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst, worden ook wel 'rechtstreeks betrokkenen' genoemd. Tussen deze hulpverleners geldt de zwijgplicht niet. Dit betekent dat patiëntgegevens tussen hen

Omgaan met medische gegevens

1. Algemene regels voor omgaan met medische gegevens

uitgewisseld mogen worden.

Rechtstreeks betrokkenen zijn in 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. Maar onder de rechtstreeks betrokkenen valt ook de collega-vakgenoot aan wie advies wordt gevraagd in het kader van de behandeling. En de patholoog die op verzoek van de behandelend arts weefsel van een patiënt beoordeelt.

Omvang van gegevensuitwisseling

Rechtstreeks betrokkenen mogen alleen informatie uitwisselen die noodzakelijk is voor het functioneren van de hulpverleners bij 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 behandelend arts moet nagaan welke gegevens relevant (kunnen) zijn. Daarbij moet hij extra alert zijn als het gaat om het verstrekken van zeer privacygevoelige gegevens, zoals gegevens over seksuele geaardheid, mishandeling of een incestverleden.

Gegevensuitwisseling met vervanger/waarnemer

De zwijgplicht geldt niet jegens een vervanger of waarnemer van de behandelend arts.

Op grond van artikel 7:457, tweede lid, BW geldt de zwijgplicht niet jegens een arts die als vervanger van de behandelend arts optreedt. De vervanger heeft daarom toegang tot de dossiers van patiënten die hij tijdens de waarneming ziet.

De huisartsenpost en de daar beschikbare dienstdoende artsen worden beschouwd als vervangers van de behandelend arts. In dat kader hebben zij, indien mogelijk en noodzakelijk, toegang tot het dossier van een patiënt. De patiënt mag hiertegen bezwaar maken. In dat geval mag de vervanger het dossier niet inzien. De vervanger mag de patiënt er dan wel op wijzen dat het nadelig kan zijn voor de behandeling als hij het dossier niet mag inzien.

Als een arts zich laat vervangen door een waarnemer, mag hij aan deze waarnemer vooraf specifieke informatie over een patiënt verstrekken. Bijvoorbeeld om de waarnemer voor te bereiden op een zorgvraag, die tijdens de waarne-

ming wordt verwacht. Op grond van de wet mag dat zonder toestemming van de patiënt. De informatie die wordt verstrekt, maakt dan onderdeel uit van het medisch dossier van de patiënt.

Nadat een patiënt is gezien door een waarnemer, is het gebruikelijk dat de eigen arts hiervan op de hoogte wordt gesteld. Hiervoor is geen expliciete toestemming van de patiënt nodig. Op verzoek van de patiënt mag de waarnemer op grond van 'goed hulpverlenerschap' ook besluiten om geen gegevens aan de eigen arts te verstrekken. Hij moet deze beslissing dan wel kunnen onderbouwen. De eigen arts neemt de overgedragen informatie in zijn geheel of gedeeltelijk over in het dossier van de patiënt. De patiëntenrechten (inzage en afschrift) zijn daarom op deze gegevens van toepassing.

1.4. Verwijsbrief en specialistenbrief

Verwijsbrief

Bij een verwijzing verstrekt de arts relevante gegevens. De toestemming van de patiënt mag daarvoor worden verondersteld.

Bij een verwijzing van een patiënt naar een collega schrijft de verwijzende arts een verwijsbrief. Daarin stel deze arts een vraag aan zijn collega. Ook geeft hij daarin aan wat de reden voor de verwijzing is en wat de medische achtergrond van de patiënt is. Indien van toepassing geeft de arts ook aan welke medicatie de patiënt gebruikt. 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 7.4.2](#)). Omdat de patiënt instemt met de verwijzing, wordt verondersteld dat hij ook instemt met de informatie-uitwisseling. De patiënt mag bezwaar maken tegen deze gegevensuitwisseling. De ontvangende arts voegt de verwijsbrief (of de relevante delen daaruit) toe aan het dossier.

Specialistenbrief

Met het oog op de kwaliteit en continuïteit van de zorg is het gebruikelijk dat een arts die een patiënt na een verwijzing heeft behandeld, de verwijzer (meestal de huisarts of specialist ouderengeneeskunde) van die behande-

Omgaan met medische gegevens

1. Algemene regels voor omgaan met medische gegevens

ling op de hoogte stelt. Daarbij geeft de arts een antwoord op de vraag die de verwijzer heeft gesteld.

De terugkoppeling na een verwijzing gebeurt via een specialistenbrief. Dit bericht van de specialist bevat in het algemeen de volgende informatie:

- a. Anamnese
- b. Lichamelijk onderzoek
- c. Bespreking
- d. Conclusie, diagnose
- e. Beleid

Ook wordt aangegeven welke medicatie is voorgeschreven en welke nazorgadviezen zijn gegeven. De medisch specialist mag de brief met toestemming van de patiënt aan de verwijzer – meestal de huisarts/ specialist ouderengeneeskunde – verstrekken. In veel gevallen kan de toestemming van de patiënt worden verondersteld. De verwijzer neemt de specialistenbrief of relevante delen daarvan op in het dossier van de patiënt. De patiëntenrechten (zoals onder meer beschreven in hoofdstuk 7) zijn daarop van toepassing.

1.5 Elektronische gegevensuitwisseling, e-mail, WhatsApp en social media

Steeds vaker worden gegevens elektronisch uitgewisseld. Voor deze elektronische gegevensuitwisseling geldt een aantal algemene eisen. Deze eisen gelden ongeacht de wijze waarop de gegevens worden uitgewisseld. Bij elektronische uitwisseling wordt een onderscheid gemaakt tussen 'push-' en 'pull-verkeer'.

Bij push-verkeer ligt het initiatief voor de gegevensuitwisseling bij de verzender. Dat is degene die het dossier in bewaring heeft. Hij verstuurt gericht gegevens naar één of enkele ontvangers. Voorbeelden van push-verkeer zijn Edifactberichten, e-mail en het gebruik van WhatsApp en andere applicaties waarmee berichten en foto's kunnen worden uitgewisseld met derden.

Bij pull-verkeer stelt een arts zijn dossiergegevens beschikbaar voor raadpleging door andere zorgverleners (dossieraadplegers). Op voorhand staat niet vast wie uiteindelijk de gegevens zullen raadplegen. Het initiatief voor de daadwerkelijke gegevensuitwisseling ligt bij de dossierraadpleger. Een voorbeeld hiervan is het Landelijk Schakelpunt (LSP).

Zie hiervoor ook de Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg - EGIZ (2013).

Algemene eisen voor het beheer van elektronische gegevens

Alle persoonsgegevens die worden opgeslagen, moeten zodanig worden beveiligd dat verlies of onrechtmatig gebruik ervan zo veel mogelijk voorkomen wordt. 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.

Om deze beveiliging te waarborgen is degene die de gegevens opslaat, verplicht de noodzakelijke technische en organisatorische maatregelen te treffen. Dit betekent onder meer dat de computer en het communicatieprogramma (het e-mailprogramma) die voor de gegevensopslag worden gebruikt, voldoende zijn beveiligd.

Gegevensuitwisseling per e-mail

Er bestaat geen wettelijke bepaling die het gebruik van e-mail bij het uitwisselen van medische gegevens reguleert. Daarom moet aansluiting

worden gezocht bij meer algemeen geformuleerde regels over de omgang met medische gegevens. Deze komen erop neer dat de arts op een verantwoorde wijze met de medische gegevens van zijn patiënten moet omgaan. Deze regels gelden ook als de medische gegevens per e-mail worden verzonden.

Voordat de gegevens per e-mail naar een ander worden verzonden, moet duidelijk zijn dat de ontvanger deze gegevens mag ontvangen. Het beroepsgeheim van de arts verhindert in beginsel immers, dat een arts medische gegevens aan derden verstrekt. De gegevensuitwisseling moet dus passen binnen de uitzonderingen die voor het beroepsgeheim gelden.

Is vastgesteld dat de gegevens mogen worden verstrekt, dan blijft de vraag over of dat via e-mail kan. Bij verzending via e-mail bestaat het risico dat de gegevens bij onbevoegden terechtkomen. De arts moet daarom vooraf een risicoinschatting maken. Daarbij verdient het de voorkeur om de gegevens versleuteld te versturen. Hiermee wordt voorkomen dat onbevoegden de gegevens ontvangen.

Omgaan met medische gegevens

1. Algemene regels voor omgaan met medische gegevens

Gebruik van WhatsApp en andere berichtendiensten.

Artsen gebruiken soms WhatsApp of andere (vergelijkbare) berichtendiensten om foto's en berichten over patiënten naar collega's te sturen. De uitwisseling van dergelijke informatie kan nodig zijn in het zorgproces. Maar foto's en andere patiëntgegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim. Daarom moeten artsen zich realiseren dat zij bij het gebruik van WhatsApp of vergelijkbare applicaties de vertrouwelijkheid van patiënten moeten waarborgen. Niet alle berichtendiensten zijn even veilig. Het advies is dan ook om allereerst de mate van veiligheid van de berichtendienst te onderzoeken.

Het is niet verboden om via bijvoorbeeld WhatsApp een collega-arts te consulteren door een foto met een aandoening naar hem toe te sturen. Zolang die foto maar niet herleidbaar is tot een identificeerbare patiënt. Het kan echter lastig zijn om een foto volledig te anonimiseren. Door de context kan een foto toch herleidbaar zijn. Bovendien kunnen foto's voorzien zijn van metadata waaruit blijkt op welke locatie en op welk tijdstip de foto is gemaakt. Dit kan gaan tot aan het IP-adres van bijvoorbeeld de zorginstelling aan toe. Ook deze met-

adata kunnen leiden tot identificeerbaarheid van de patiënt. Dergelijke foto's zijn daarom niet zo anoniem als men zou denken.

Social media

Voor het gebruik van social media voor de uitwisseling van gegevens die tot patiënten herleidbaar zijn, geldt de KNMG-handreiking 'Artsen en Social Media'. De handreiking, die als addendum bij de Richtlijn Online arts-patiëntcontact is gemaakt, gaat over een prudent en verantwoord gebruik van social media, met veel nadruk op privacyaspecten. De handreiking gaat niet over de kwaliteit en betrouwbaarheid van specifieke socialmediadiensten, maar is bedoeld om in individuele situaties een afweging te maken.

2. Medische advisering, beoordeling of indicatie in opdracht van derden

2.1 Algemene uitgangspunten bij medische advisering, beoordeling of indicatie

Tijdens een medische beoordeling of indicatie mogen alleen die medische gegevens worden verzameld, die strikt noodzakelijk zijn voor het doel van dat geneeskundig oordeel. Het verzamelen van meer medische gegevens of andere gegevens vormt een inbreuk op de privacy van het individu.

Definitie

Onder medische advisering, beoordeling of indicatie wordt verstaan dat een arts - veelal in opdracht van een derde - informatie verzamelt over de gezondheidstoestand van een individu. Dat doet hij door vragen te stellen aan en/of onderzoek te verrichten bij dit individu, met als doel om een oordeel te geven over diens gezondheid. De eigen anamnese en/of het eigen onderzoek van de beoordelend arts kan eventueel worden aangevuld met het inwinnen van nadere informatie bij artsen uit de behandelende sector.

In dit hoofdstuk gebruiken we in plaats van 'medische advisering, beoordeling

of indicatie' voor het gemak de term 'medische beoordeling'. Degene die de medische beoordeling ondergaat, wordt aangeduid als 'betrokkene'. De medisch adviseur die de beoordeling uitvoert, moet in de ogen van de KNMG als arts in het BIG-register staan ingeschreven. De reden hiervoor ligt in de benodigde medische kennis en expertise.

Uitgangspunten

Voor gegevensuitwisseling in het kader van een medische beoordeling gelden verschillende uitgangspunten. Ten eerste moeten de aard en omvang van de informatie die in het kader van een medische beoordeling wordt verzameld, gerelateerd zijn aan het doel van de medische beoordeling. Bij elke beoordeling dient dit doel helder te zijn. Zo is bijvoorbeeld het doel van een medische beoordeling voor 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 beoordeling 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 beoordeling kan ook zijn om de geschiktheid voor het

verrichten van specifieke activiteiten te toetsen. Dit geldt bijvoorbeeld voor een rijbewijskeuring, een aanstellingskeuring of een sportkeuring (zie voor de aanstellingskeuring [paragraaf 2.9](#)). Het verzamelen van meer medische gegevens of andere gegevens dan strikt noodzakelijk voor het doel van de medische beoordeling, vormt een inbreuk op de privacy van het individu en is daarom niet toegestaan.

Uitgangspunt bij het verrichten van beoordelingen is dat de arts in een (persoonlijk) contact komt tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel en advies over een individu.

Een tweede uitgangspunt is dat de arts bij het verrichten van een medische beoordeling in beginsel in een (persoonlijk) contact komt tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel en advies over een individu. Tijdens dit contact kunnen vragen aan de cliënt gesteld worden en kan zo nodig een medisch onderzoek worden verricht. Op grond hiervan kan de arts een sociaal-medisch oordeel vormen van de cliënt. Als de arts meent voldoende (schriftelijke) gegevens te hebben om op basis daarvan een conclusie te trekken, dan kan een nader medisch

onderzoek achterwege blijven. De arts geeft dat duidelijk en gemotiveerd in zijn rapportage weer.

Ten derde moet een medische beoordeling door een onafhankelijk en deskundig arts gebeuren. Daarbij wordt een scheiding tussen behandeling en controle gewaarborgd. In letselschadezaken is het niet gebruikelijk dat de medisch adviseur zelf (persoonlijk) contact heeft met het slachtoffer. Het advies wordt dan gebaseerd op de verzamelde schriftelijke informatie.

Rapportage van bevindingen en conclusies

Het individu heeft het recht om als eerste van het advies van de medisch adviseur in kennis te worden gesteld. Hij dient hier schriftelijk om te verzoeken. Wat de taak van de beoordelend arts in deze is, hangt af van wie hem heeft ingeschakeld.

Als de beoordelend arts is ingeschakeld door de medisch adviseur van de opdrachtgever, dan rapporteert de arts de bevindingen uit zijn onderzoek aan die medisch adviseur. Het is de taak van de medisch adviseur om op grond van die bevindingen een advies aan de opdrachtgever te verstrekken. Voorbeelden van dit advies zijn: al dan niet acceptatie op normale voorwaar-

Omgaan met medische gegevens

2. Medische advisering, beoordeling of indicatie in opdracht van derden

den, al dan niet in aanmerking komen voor een uitkering/voorziening of al dan niet geschikt zijn voor de uitvoering van bepaalde activiteiten. Maakt de opdrachtgever geen gebruik van een medisch adviseur, dan verstrekt de beoordelend arts aan de opdrachtgever slechts een conclusie op grond van zijn bevindingen uit het onderzoek.

Met het oog op het hiervoor beschreven onderscheid tussen een rapportage aan een medisch adviseur en een rapportage die direct aan de opdrachtgever wordt verstuurd, dient de beoordelend arts zich ervan te vergewissen of, en zo ja welke medisch adviseur door de opdrachtgever is ingeschakeld.

De rapportage van de beoordelend arts moet volgens vaste tuchtspraak voldoen aan de volgende eisen:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.
3. In het rapport wordt op inzichtelijke

en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.

4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, inclusief de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen.
5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Als het tuchtcollege over een rapportage moet oordelen, toetst het ten volle of de gebruikte onderzoeksmethode voldoet aan de professionele standaard. Ten aanzien van de conclusie toetst het college of de arts in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen. Met betrekking tot het handelen van artsen die in een juridische context als deskundige optreden, verwijzen we naar de [KNMG-Richtlijn medisch-specialistische rapportage in bestuurs- of civielrechtelijk verband](#).

Gegevensverstrekking door de behandelend arts

Met toestemming van de betrokkene mag tijdens een (sociaal-)medische beoordeling door de medisch adviseur nadere informatie worden opgevraagd bij de behandelend arts van de keurling. Deze toestemming wordt gegeven door middel van een medische machtiging.

In de praktijk blijkt dat patiënten soms een kopie van het hele dossier opvragen om het aan een instantie te kunnen overhandigen, bijvoorbeeld met het oog op de aanvraag van een voorziening. Het recht van de patiënt op een afschrift van het dossier is daar niet voor bedoeld. Bovendien is het overdragen van een heel dossier aan een instantie doorgaans niet proportioneel. De KNMG vindt deze handelwijze dan ook onjuist.

Zie voor de vereisten voor het opvragen van medische informatie [paragraaf 1.1](#).

Recht op kennisneming en blokkeringsrecht van de keurling

De arts stelt iedere betrokkene in de gelegenheid om aan te geven of hij de uitslag van de medische advisering wil vernemen. Bij sommige medische beoordelingen geeft de wet de betrokkene ook een zogenoemd 'blokkeringsrecht'. Dit houdt in dat de betrokkene het recht heeft om als eerste kennis te nemen van de uitslag van het onderzoek, zoals vastgelegd in het (concept)rapport. De betrokkene heeft vervolgens het recht om op basis van die inzage te verhinderen dat het rapport ter kennis van de opdrachtgever wordt gebracht (blokkering). Het blokkeringsrecht houdt niet in dat

de conceptrapportage mag worden aangepast.

Het blokkeringsrecht geldt volgens de Wgbo voor alle medische beoordelingen, tenzij bij wet is geregeld dat het blokkeringsrecht voor een bepaald soort keuring niet geldt. Medische beoordelingen waarbij de betrokkene volgens de Wgbo geen blokkeringsrecht heeft, zijn:

- medische beoordelingen in het kader van lopende arbeidsovereenkomsten (bijvoorbeeld bij arbeidsgeschiktheid);
- medische beoordelingen in het kader van lopende private verzekeringen (bijvoorbeeld een private schadeverzekering);
- medische beoordelingen in het kader van opleidingen die de keurling reeds volgt.
- Daarnaast is voor een aantal keuringen de toepassing van het blokkeringsrecht in een specifieke wet uitgesloten. Zo heeft de betrokkene geen blokkeringsrecht bij:
- medische beoordelingen in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet;

- medische beoordelingen in het kader van de Wet SUWI.

In de praktijk wordt algemeen aangenomen dat het blokkeringsrecht ook niet geldt voor medische beoordelingen van verdachten en veroordeelden in een strafrechtelijke context. Een formele wettelijke basis hiervoor ontbreekt echter. Over de exacte interpretatie van de wettelijke regeling van het blokkeringsrecht is onder juristen nog altijd veel discussie. Zo bepaalde de Raad van State dat de betrokkenen bij een medische beoordeling in opdracht van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) ook een blokkeringsrecht hebben ([RvS 25 november 2011, ECLI:NL:RVS:2009:BH4006](#)).

Volgens het wettelijk systeem is het blokkeringsrecht op alle andere medische beoordelingen dan die hierboven zijn opgesomd, wel van toepassing. Is dat het geval, dan stuurt de beoordelend arts zijn conceptrapportage naar de betrokkene en stelt hem een redelijke termijn om aan te geven of hij van zijn blokkeringsrecht gebruik wil maken. In de praktijk bepaalt de beoordelend arts zelf wat die redelijke termijn is. Dit deelt hij in de begeleidende brief bij de rapportage aan de betrokkene mee. Deze heeft tevens het recht om feitelijke onjuistheden

te corrigeren. Maakt de betrokkene gebruik van zijn blokkeringsrecht, dan informeert de beoordelend arts de opdrachtgever daarover. De opdrachtgever kan aan het invoeren van het blokkeringsrecht de conclusies verbinden die hij geraden acht.

Ook bij rapportages over medische beoordelingen waarin de betrokkene geen blokkeringsrecht toekomt, is het een goed gebruik om de betrokkene eerst een conceptrapport toe te sturen en hem de gelegenheid te geven om feitelijke onjuistheden te corrigeren. Dit moet dan gebeuren binnen een redelijke termijn, die door de beoordelend arts wordt vastgesteld.

Bewaren van gegevens

Gegevens die zijn verkregen in het kader van een medische beoordeling, worden bewaard zolang dat redelijkerwijs nodig is gezien het doel van de beoordeling. Hoe lang precies, hangt af van de omstandigheden. Als de medische beoordeling bijvoorbeeld is verricht in verband met het aangaan van een arbeidsrelatie, dan kunnen de gegevens worden vernietigd als de overeenkomst is gesloten of als de kandidaat is afgewezen.

Rijbewijskeuring

Voor personen van 75 jaar en ouder is voor de verlenging van hun rijbewijs iedere vijf jaar een medische beoordeling verplicht. De behandelend arts – bijvoorbeeld de eigen huisarts of medisch specialist – mag geen rijbewijskeuring uitvoeren. Dat zou in strijd zijn met het uitgangspunt dat behandelend artsen geen geneeskundige verklaring afgeven (zie ook [paragraaf 1.2](#)), waarop de (tucht)rechter toeziet. Voor een rijbewijskeuring moet een ander dan de behandelend arts worden benaderd, zodat de vertrouwensrelatie niet onder druk komt te staan. Het is wel mogelijk dat de medisch adviseur van het CBR informatie opvraagt met toestemming van de patiënt.

2.2 Gegevensverwerking in het kader van arbeid, arbeidsverzuim en re-integratie

Bedrijfsartsen zijn specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. De bedrijfsarts is vanwege zijn specifieke taken zowel adviseur van de werknemer als van de werkgever. Hij houdt op zorgvuldige wijze een medisch dossier van de werknemer bij en richt zich op de bewaking en begeleiding van zijn gezondheid en werk. Bij de uitvoering van zijn taken is het voor de bedrijfsarts van

belang om de privacy van de individuele werknemers goed te bewaken. Het toestemmings- en noodzakelijkheidsvereiste vormen een belangrijk kader bij de verstrekking van medische gegevens van werknemers.

Onderscheid vrijwillige contacten en contacten in opdracht

In de bedrijfsgezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen 'vrijwillige contacten' en 'contacten in opdracht'.

Vrijwillige contacten tussen bedrijfsarts en werknemer vinden plaats op initiatief van de werknemer. Het gaat hier bijvoorbeeld om een arbeidsomstandigheden-spreekuur, een niet-verplicht Preventief Medisch Onderzoek (PMO) of een vrijwillige health check. Op de informatie uit deze vrijwillige contacten is het beroepsgeheim volledig van toepassing: alleen met gerichte schriftelijke of mondelinge toestemming van de werknemer mag de bedrijfsarts gegevens afkomstig uit deze contacten, aan derden verstrekken.

Verplichte spreekuurcontacten vinden in de regel plaats in opdracht van de werkgever. Het gaat hier om de (sociaal-) medische begeleiding en re-integratie van werknemers die wegens ziekte verzuimen, om verplichte medische beoordelingen en om overige verplichte onderzoeken. Voor informatie op

grond van deze contacten geldt het beroepsgeheim, maar specifieke wetten verplichten de bedrijfsarts om bepaalde informatie uit deze contacten aan derden te verstrekken. Het gaat dan meestal om verstrekking aan de werkgever of aan re-integratiebedrijven, maar ook bijvoorbeeld aan het UWV.

De bedrijfsarts informeert de werknemer over die informatieverstrekking. Het onderscheid tussen vrijwillige contacten en contacten in opdracht is ook van belang voor de inrichting van het dossier van de bedrijfsarts.

Zie daarover het 'KNMG-advies inzake inrichting en overdracht van het bedrijfs-geneeskundig dossier'.

Zie ook: [NVAB en BoaBorea, Leidraad Bedrijfsarts en privacy, 2011, hoofdstuk 2](#)

Gegevensverstrekking tussen bedrijfsarts en werkgever in het kader van ziekteverzuimbegeleiding

De bedrijfsarts verricht in opdracht van de werkgever de (sociaal-)medische begeleiding van werknemers die verzuimen wegens ziekte. In het kader van deze taak mag de bedrijfsarts bepaalde informatie over de werknemer aan de werkgever verstrekken. Daarbij gaat het om noodzakelijke gegevens, zoals beperkingen, mogelijkheden, mogelijke aanpassingen of werkvoorzieningen die in het kader van de werkhervatting en re-integratie kunnen worden getroffen, en de verwachte duur van het verzuim en/of de beperkingen. De bedrijfsarts mag deze gegevens – desnoods – ook zonder toestemming van de werknemer aan de werkgever doorgeven. Wel moet hij de werknemer informeren dat informatie aan de werkgever wordt verstrekt en welke informatie het betreft.

Alleen met toestemming van de werknemer mag een bedrijfsarts de volgende informatie aan diens werkgever verstrekken:

- een nadere onderbouwing van zijn advies. Toestemming is in dit geval alleen nodig als het gaat om privacy-gevoelige informatie;
- advies over interventies die al dan niet door de werkgever worden betaald.

In dit geval is toestemming nodig als uit de aard van de interventie de aard van de achterliggende problematiek te herleiden is;

- vangnetsituaties of regresmogelijkheden.

De bedrijfsarts dient terughoudend om te gaan met de toestemming van de werknemer als grondslag om gegevens te verstrekken aan de werkgever. Door de gezagsverhouding valt namelijk niet uit te sluiten dat de werknemer zich gedwongen voelt om toestemming te geven. In dat geval is er geen sprake van een vrije wilsuiting en is de toestemming niet geldig.

De 'Code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie', 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 verwijzen we naar deze Code.

Verwijzen door de bedrijfsarts

Bedrijfsartsen hebben de bevoegdheid om te verwijzen naar 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. Daartoe ondertekent de werknemer de verwijsbrief. Om te kunnen verwijzen moet een bedrijfsarts een contract hebben met een zorgverzekeraar. 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 zorgaanbieder naar wie wordt verwezen en informatie over 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, opgesteld. Daarin worden de procedures nader omschreven en toegelicht. Zie: www.nvab-online.nl.

Gegevensverstrekking door behandelende artsen aan de bedrijfsarts

De bedrijfsarts kan, na eigen onderzoek, behoefte hebben aan gegevensuitwisseling met de behandelend huisarts of medisch specialist van een werknemer. Het gaat hier om feitelijke gegevensuitwisseling en om afstemming en overleg. De gegevensuitwisseling en afstemming kunnen dubbel onderzoek, tijdverlies en onduidelijkheid over onderling afwijkende adviezen voorkomen. Bij deze informatie-uitwisseling gelden in principe de algemene eisen voor gegevensuitwisseling zoals beschreven in [paragraaf 1.1](#):

- Vooraf is gerichte toestemming van de patiënt/werknemer vereist, die in vrijheid moet zijn gegeven en waarvan de werknemer de reikwijdte kan overzien.
- De bedrijfsarts geeft zo veel mogelijk de eigen bevindingen weer en geeft daarbij aan welke aanvullende informatie hij van de verstreckende 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. De arts

onthoudt zich dus van meningen en oordelen.

- De communicatie verloopt in beginsel schriftelijk, tenzij de werknemer specifiek toestemming heeft gegeven voor mondeling overleg.

Voor meer informatie over gegevensverstrekking door behandelende artsen aan de bedrijfsarts en de verzekeringsarts, zie de 'Code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie', KNMG Utrecht 2006. Specifiek staat de informatie over dit onderwerp in 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.

In het kader van de uitvoering van werknemersverzekeringen zijn ook verzekeringsartsen betrokken bij cliënten van de bedrijfsarts. Zij beoordelen bijvoorbeeld bij voortdurende arbeidsongeschiktheid 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. In [paragraaf 2.3](#) wordt nader ingegaan op de rol van verzekeringsartsen en op de gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts in het kader van de uitvoering van werknemersverzekeringen.

2.3 Gegevensuitwisseling bij werknemersverzekeringen (Ziektewet, WIA, WAO, WAZ, WW)

In deze paragraaf worden onder werknemersverzekeringen verstaan: de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI), de Werkloosheidswet (WW), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong), de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet arbeidsongeschiktheid zelfstandigen (WAZ), de Ziektewet (ZW), de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ), de Wet verbetering poortwachter (WVP) en de Participatiewet.

Bij de uitvoering van de verschillende werknemersverzekeringen zijn verzekeringsartsen betrokken. Verzekeringsartsen hebben daarbij onder meer tot taak om individuen te beoordelen. Daarnaast hebben zij nog verschillende andere taken. Zo kunnen zij werk-

zaamheden verrichten op het gebied van beoordeling en begeleiding van verzuim en arbeidsgeschiktheid en zijn zij betrokken bij het geven van een deskundigenoordeel over een geschil tussen een werkgever en een werknemer. Zo'n geschil kan gaan over het recht op loon bij ziekte, over re-integratie-inspanningen van de werkgever en de werknemer of over de aanwezigheid van passende arbeid. Verder hebben de verzekeringsartsen taken op het gebied van preventie en signalering van gezondheidsschade. De taken in het kader van de werknemersverzekeringen worden in het algemeen verricht door verzekeringsartsen die in dienst zijn van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

Alle gegevens die de verzekeringsarts bij de uitvoering van deze werkzaamheden over zijn cliënt te weten komt, vallen - net als zijn conclusies - 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 verplicht of de mogelijkheid biedt.

Omgaan met medische gegevens

2. Medische advisering, beoordeling of indicatie in opdracht van derden

Aanvullende gegevens opvragen

Voor een beoordeling door een verzekeringsarts in het kader van de werknemersverzekeringen geldt als uitgangspunt dat de arts in een (persoonlijk) contact komt tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel en advies over een individu.

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

Als een verzekeringsarts werkzaamheden uitvoert in het kader van de werknemersverzekeringen, geldt daarvoor het uitgangspunt dat hij in een (persoonlijk) contact komt tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel en advies over een individu. Zo nodig vraagt hij aanvullende gegevens op bij de behandelend arts(en) van de cliënt. De behandelend arts mag deze gegevens alleen verstrekken met toestemming van de cliënt. In [paragraaf 1.1](#) en in de laatste alinea van [paragraaf 1.3](#) staan de voorwaarden die daarvoor gelden.

De bedrijfsarts is verplicht om aan het UWV ook zonder toestemming van de werknemer die gegevens en inlichtingen te verstrekken die nodig zijn voor de taakuitoefening van de Wet SUWI (artikel 54 lid 1 en 3 onder c). Met het oog op de privacybescherming van de werknemer en de geheimhoudingsplicht van de bedrijfsarts verstrekt de bedrijfsarts alleen noodzakelijke informatie. Dit volgt ook uit de '[Code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie](#)'

Het UWV verstrekt op verzoek of uit eigen beweging aan een 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, Arbeidsomstandighedenwet, dit volgt uit artikel 73, derde lid, Wet SUWI).

Voor meer informatie over gegevensverstrekking tussen hulpverleners in dit verband, zie de '[Code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie](#)' op www.knmg.nl.

Gegevens verstrekken door verzekeringsarts

Op grond van de verschillende verzekeringswetten mag een verzekeringsarts zonder toestemming van de cliënt gegevens verstrekken aan professionals 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.

Participatiewet

De Participatiewet heeft per 1 januari 2015 de Wet werk en bijstand (Wwb), de Wet sociale werkvoorziening (WSW) en een groot deel van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong) vervangen. Als gevolg van de invoering van de Participatiewet worden Wajongers die vóór 2010 een uitkering kregen, herkeurd door het UWV. In een aantal gevallen zal het UWV voor de herbeoordeling een verzekeringsarts of arbeidsdeskundige inschakelen. Alleen de verzekeringsarts heeft inzage in de gezondheidsgegevens van de Wajonger. Zo nodig vraagt hij informatie op bij de behandelend arts. Hiervoor vraagt hij vooraf toestemming aan de cliënt en worden de algemene

uitgangspunten zoals beschreven in [paragraaf 1.1](#) in acht genomen.

2.4 Indicatiestelling in het kader van maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)

Hoofregel: gemeenten hebben geen recht op inzage in of een afschrift van het volledig medisch dossier van een Wmo-aanvrager.

Alleen met toestemming van de betrokkene verstrekt de behandelende sector feitelijke, relevante medische informatie aan de gemeente. De medische informatie wordt door de gemeente verwerkt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur (arts).

Wmo 2015

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet zelfredzaam zijn en hulp nodig hebben. De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) voorziet in een regeling voor onder andere begeleiding en dagbesteding, tijdelijke ondersteuning van een mantelzorgger, beschermde woonvormen voor mensen met een psychische stoornis,

en opvang bij huiselijk geweld. Om te bepalen of iemand aanspraak kan maken op een dergelijke voorziening beoordeelt de gemeente de situatie vaak op medische gegevens.

Gegevensuitwisseling

Met betrekking tot medische gegevens hanteren gemeenten verschillende regels. Veel gemeenten maken gebruik van een aanvraagformulier waarop de aanvrager moet aangeven of hij er al dan niet toestemming voor geeft dat zijn behandelend arts de gemeente, of een adviseur van de gemeente, medische gegevens verstrekt en vice versa. Andere gemeenten hebben een sociaal wijkteam, zorgloket of Wmo-loket waar de aanvrager zich eerst toe moet wenden.

De hoofdregel is dat de gemeente geen recht heeft op inzage in of een afschrift van het volledig medisch dossier van een Wmo-aanvrager. Als de aanvrager voorheen AWBZ-zorg kreeg, beschikt de gemeente over informatie over hem. Die informatie betreft alleen de naam van de zorgaanbieder die de zorg aan de betrokkene verleende. De informatie geeft niet aan welke diagnose er is gesteld, door wie en waarom. (Dit blijkt uit informatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zie hiervoor: [Hoe verandert mijn zorg?](#))

Patiënt vraagt zelf medische gegevens op

Als de gemeente, of de adviseur die door de gemeente is ingeschakeld, medische gegevens nodig heeft om te bepalen welke ondersteuning een Wmo-aanvrager nodig heeft, vraagt de gemeente aan de betrokkene om deze medische gegevens aan te leveren. De betrokkene zal zich dan bij zijn huisarts of behandelend arts melden met de vraag om die gegevens te verstrekken. De arts mag aan dat verzoek voldoen. Van belang is dat hij alleen die medische informatie verstrekt die voor de gemeente noodzakelijk is om te bepalen of de aanvrager de gewenste Wmo-voorziening krijgt. Het heeft de voorkeur van de KNMG dat de gemeente gerichte vragen stelt aan de arts.

Gemeente vraagt medische gegevens op

Met ondubbelzinnige toestemming van de betrokkene mag de gemeente medische gegevens ook rechtstreeks opvragen bij de behandelend arts. Dit mag alleen voor zover die gegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo 2015 (artikel 5.2.5 lid 1 Wmo 2015). Ook hiervoor geldt dat de arts alleen relevante medische informatie van feitelijke aard mag verstrek-

ken. De medische informatie wordt door de gemeente verwerkt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur (arts). Het heeft de voorkeur van de KNMG dat de gemeente gerichte vragen stelt aan de arts.

2.5 Indicatiestelling voor langdurige zorg (Wlz)

De patiënt is verplicht medische gegevens aan het CIZ te sturen om een Wlz-indicatie te krijgen. Over het algemeen heeft de patiënt zijn medisch dossier niet thuis. Daarom zou de patiënt ofwel zijn medische gegevens bij de huisarts moeten 'ophalen' en doorsturen naar het CIZ, ofwel toestemming moeten verlenen aan het CIZ om de (relevante) medische gegevens bij de huisarts op te vragen. Bij dementerende patiënten of anderszins wilsonbekwamen ligt die taak bij de gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger die de patiënt op dit punt vervangt.

Alleen met toestemming van de patiënt verstrekt de behandelend arts aanvullende relevante, feitelijke informatie aan het CIZ.

De Wet Langdurige Zorg (Wlz) is een volksverzekering op grond waarvan een patiënt in aanmerking kan komen voor bepaalde langdurige zorg. Het gaat om zorg voor mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht nodig hebben, bijvoorbeeld ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking. Om toegang te krijgen tot een voorziening uit de Wlz moet de patiënt een indicatie hebben van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De patiënt, of diens vertegenwoordiger, vraagt deze Wlz-indicatie zelf aan bij het CIZ.

Het CIZ heeft gegevens nodig om een indicatie voor Wlz-zorg te kunnen geven. Bij de aanvraag verstrekt de patiënt of diens vertegenwoordiger daartoe relevante gegevens. Dit is de verantwoordelijkheid van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. De patiënt kan aan zijn behandelend arts vragen om delen van die informatie uit het medisch dossier aan te leveren. De arts kijkt met de patiënt welke gegevens in het kader van de aanvraag relevant zijn. In het algemeen is het niet noodzakelijk om in dit kader een heel medisch dossier aan het CIZ te verstrekken.

Het CIZ zal, nadat de aanvraag van de patiënt of diens vertegenwoordiger is ontvangen, de patiënt in persoon onderzoeken. Om een juiste indica-

tie te stellen kan het CIZ vervolgens aanvullende informatie nodig hebben. De behandelend arts mag die informatie verstrekken als de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. De medisch adviseur van het CIZ is ervoor verantwoordelijk om die toestemming vooraf aan de patiënt te vragen. Het uitgangspunt is dat de behandelend arts alleen relevante informatie van feitelijke aard verstrekt. De arts verstrekt in het algemeen geen volledig medisch dossier. De indicerende arts (het CIZ) dient aan te geven welke medische gegevens relevant zijn voor de indicatie en dient uitsluitend die informatie/gegevens te vragen.

2.6 Gegevensuitwisseling in het kader van de zorgverzekering (Zvw)

Zorgverzekeraars mogen persoonsgegevens over iemands gezondheid verwerken als dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of voor de uitvoering van een andere (private) zorgverzekering (artikel 21 lid 1 sub b Wbp en artikel 86-93 Zvw). In dit verband zijn twee situaties van belang:

- het aangaan van een aanvullende zorgverzekering (acceptatieonderzoek);

- de beoordeling van aanspraak op zorg (machtiging, declaratie of restitutie).

Deze situaties bespreken we hieronder. In [paragraaf 4.2](#) wordt ingegaan op de materiële controle door zorgverzekeraars.

Zie ook de '[Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens' van Zorgverzekeraars Nederland \(ZN\)](#)

Het aangaan van een basisverzekering of aanvullende verzekering

Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht. 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 van een dergelijke verzekering moet de aspirant-verzekerde vaak een vragenlijst invullen 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 me-

dische gegevens worden opgevraagd bij de zorgaanbieder. Dit kan alleen met uitdrukkelijke toestemming van de betreffende persoon. Komt een verzekeringsovereenkomst niet tot stand, dan worden de gezondheidsgegevens tot maximaal twaalf maanden bewaard (zie College bescherming persoonsgegevens, 'Zorgverzekeraars, Gezondheidsgegevens en Privacy. Verkennend onderzoek bij drie zorgverzekeraars in relatie tot het Addendum en het Protocol materiële controle', 2006, p. 19). 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 of farmaceutische zorg. 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 1.1](#) in acht te worden genomen. 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. Het opvragen van aanvullende medische informatie kan zonder nieuwe toestemming, als deze informatie noodzakelijk is voor het beoordelen van een machtiging waarvoor de verzekerde al toestemming heeft gegeven.

Declaratie

Gegevens die noodzakelijk zijn om de geleverde zorg (financieel) te kunnen verwerken, mogen worden verwerkt. Deze informatie wordt niet gebruikt voor het beoordelen van de medische toestand van een patiënt, maar alleen voor het administratieve proces rondom de rechtmatigheid van de financiering van de geleverde zorg. Deze informatie valt daarmee niet onder de reikwijdte van het opvragen van medische informatie. De gegevens dienen wel als medische gegevens te worden beheerd.

2.7 Gegevensuitwisseling in de jeugdhulp (Wgbo, Jeugdwet)

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp. Dit houdt in dat gemeenten de verantwoordelijkheid dragen voor advies over jeugdhulp, het bepalen van de vorm van jeugdhulp, deskundige toeleiding naar de jeugdhulp en het inzetten van de juiste hulp. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om ambulante jeugdhulp, pleegzorg, verblijf in een jeugdzorginstelling, jeugdzorg voor jongeren met een ernstige beperking, jeugdreclassering, ondertoezichtstelling en voogdij. De gemeente kan naast zorg in natura een persoonsgebonden budget (pgb) verstrekken. Onder jeugdhulp valt:

- ondersteuning, hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen, een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptie-gerelateerde problemen;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van

jeugdigen die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt en die kampen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem;

- het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt en die kampen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking,

Toestemming

Voor het verlenen van jeugdhulp is toestemming van de betrokkene vereist, tenzij er sprake is van een (spoed) machtiging gesloten jeugdhulp, een kinderbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering. Als de jeugdige tussen de twaalf en de zestien jaar is, is de hoofdregel dat de ouders of voogd ook toestemming moeten geven voor het verlenen van de jeugdhulp. Onder ouder wordt in dit kader verstaan de gezaghebbende ouder, adoptiefouder, stiefouder of een ander die een jeugdige als behorend tot zijn gezin

verzorgt en opvoedt, niet zijnde een pleegouder. De jeugdhulp kan zonder toestemming van de ouders alleen plaatsvinden als daarmee ernstig nadeel voor de jeugdige voorkomen kan worden of als de jeugdige weloverwogen blijft wensen dat hij jeugdhulp ontvangt. Als de jeugdige ouder is dan zestien jaar is diens toestemming voldoende.

Toegang tot de jeugdhulp

De organisatie van de jeugdhulp is vastgelegd in de Jeugdwet. De gemeente organiseert op grond van die wet de toegang tot de jeugdhulp. Hoe de toegang tot de jeugdhulp is geregeld, verschilt per gemeente. Zo kan een gemeente werken met een sociaal wijkteam of met het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Gemeenten kunnen vrij toegankelijke voorzieningen op het gebied van jeugdhulp aanbieden. Daarvoor is geen verwijzing of besluit van de gemeente nodig. De jeugdige en zijn ouders kunnen zich dan rechtstreeks tot de jeugdhulpaanbieder wenden.

Een jeugdige en/of zijn ouders kunnen rechtstreeks een hulpvraag indienen bij de gemeente. De gemeente schakelt een deskundige in, die een gesprek aangaat met de jeugdige en zijn ouders om te bezien welke hulp

eventueel nodig is. Die deskundige is bijvoorbeeld een zorgprofessional van het wijkteam. Als er een voorziening nodig is die niet vrij toegankelijk is, neemt de deskundige namens de gemeente (het college) een besluit en wordt de jeugdige doorverwezen naar een jeugdhulpaanbieder.

In de Jeugdwet is geregeld dat jeugdhulp ook toegankelijk is na verwijzing door een huisarts, jeugdarts of medisch specialist. De jeugdige kan dan terecht bij een jeugdhulpaanbieder die een contract met de gemeente heeft. De jeugdhulpaanbieder bepaalt vervolgens de behandelvorm, de omvang en de duur daarvan. De jeugdhulpaanbieder is wel gebonden aan de afspraken die hij heeft gemaakt met de gemeente.

Gegevensuitwisseling met de gemeente

De gemeente kan voor het uitvoeren van haar taak artsen om (medische) gegevens vragen. Welke (medische) informatie verstrekt mag worden, door wie en aan wie, is vastgelegd in de wet. Voor gegevensuitwisseling geldt in het algemeen dat de persoonlijke levenssfeer van een ander niet geschaad mag worden door het verstrekken van de gegevens. Daarnaast moet de gegevensverstrekking noodzakelijk zijn voor het verrichten van de werkzaamheden in

Omgaan met medische gegevens

2. Medische advisering, beoordeling of indicatie in opdracht van derden

het kader van de jeugdhulp. Van belang is, dat er niet meer informatie wordt verstrekt dan nodig is. Verder gelden er voor jeughulpaanbieders, jeugdhulpverleners en de behandelende sector enkele specifieke regels die we hieronder beschrijven.

Jeugdhulpaanbieder

Een jeugdhulpaanbieder is een jeugdhulpverlener die onder verantwoordelijkheid van het college (de gemeente) werkt. Een jeugdhulpaanbieder kan een solistisch werkende jeugdhulpverlener zijn, maar ook een instelling die bedrijfsmatig jeugdhulp verleent onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

Jeugdhulpaanbieders verstrekken het college gegevens in het kader van de toegang tot de jeugdhulp. Het gaat dan om de volgende gegevens: NAW-gegevens van de jeugdige en diens ouders, de geboortedatum en het burgerservicenummer van de jeugdige, gegevens over de jeugdhulpaanbieder, de aanvangsdatum van de uitvoering van de jeugdhulp, een aanduiding van de verwijzer naar jeugdhulp en de reden van de beëindiging van de jeugdhulp.

Als het gaat om medische gegevens geldt dat de verstrekking daarvan aan het college zo beperkt mogelijk moet zijn en dat deze gegevens alleen verstrekt mogen worden als dat noodzakelijk is voor goede hulp. Daarnaast mogen de medische gegevens bij de gemeente alleen verwerkt worden door personen met een geheimhoudingsplicht.

Jeugdhulpverlener

Een jeugdhulpverlener is een natuurlijk persoon die beroepsmatig jeugdhulp verleent.

Een jeugdhulpverlener mag – indien noodzakelijk – gegevens verstrekken aan de jeugdhulpaanbieder die betrokken is bij de uitvoering van de jeugdhulp.

Een jeugdhulpverlener verstrekt, indien noodzakelijk, gegevens aan andere jeugdhulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij die jeugdhulp. Daarbij gaat het om NAW-gegevens van de jeugdige, basisgegevens van de jeugdhulp (de hulpvraag, het hulpverleningsplan en gegevens over de afsluiting van de jeugdhulp) en medische gegevens. Hiervoor hoeft (op grond van artikel 7.3.11, lid 2 onder a

Jeugdwet) de jeugdhulpverlener geen toestemming aan de patiënt te vragen. De jeugdhulpverlener mag deze gegevens dus ook (zonder toestemming) verstrekken aan de jeugdhulpaanbieder die betrokken is bij de uitvoering van de jeugdhulp. De jeugdhulpverlener doet er wel goed aan om met de jeugdige en/of diens ouders te bespreken dat hij de gegevens heeft verstrekt.

Verder kan de jeugdhulpverlener inlichtingen verstrekken aan de gezinsvoogd, als die dat verzoekt of uit eigen beweging. Dat kan hij doen zonder toestemming van de patiënt en, indien nodig, met doorbreking van het beroepsgeheim op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep.

Gegevensverstrekking aan ouders en anderen

De jeugdhulpverlener mag het medisch dossier van een jeugdige aan de ouders verstrekken, als de jeugdige jonger is dan twaalf jaar. Als de jeugdige tussen de twaalf en zestien jaar oud is, mogen de ouders het dossier krijgen als dat nodig is om toestemming te kunnen geven voor een behandeling, tenzij die informatieverstrekking ernstig nadeel voor de jeugdige oplevert. Is de jeugdige ouder dan

zestien jaar, dan mag de jeugdhulpverlener alleen gegevens aan de ouders verstrekken met toestemming van de jeugdige.

Ook aan anderen mag de jeugdhulpverlener alleen gegevens verstrekken met toestemming van de jeugdige.

Als de jeugdhulpverlener, door inlichtingen over de betrokkene te verstrekken, niet geacht kan worden de zorg van een goed jeugdhulpverlener in acht te nemen, laat hij dat achterwege. Dat geldt ook voor het geven van inzage in het medisch dossier of het verstrekken van een afschrift daarvan.

Zie voor uitgebreide informatie over gegevensuitwisseling en beroepsgeheim bij samenwerkingsverbanden de Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden.

Een arts mag gegevens over een jeugdige verstrekken aan een persoon die rechtstreeks is betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst of aan diens vervanger. Het gaat hier om NAW-gegevens, basisgegevens van de jeugdhulp en medische gegevens. De arts mag dit alleen doen als dat nodig is voor de goede uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Hiervoor is op

grond van de Wgbo geen toestemming van de patiënt vereist.

Een gezinsvoogd heeft recht op informatie die noodzakelijk is voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling. Als een arts een verzoek om informatie krijgt van de gezinsvoogd, is de arts verplicht om hieraan medewerking te verlenen, ook zonder toestemming van de patiënt. De arts heeft ook het recht om uit eigen beweging de gezinsvoogd te informeren over het gezin, zo nodig zonder toestemming van de patiënt. Het is wel wenselijk dat de arts vooraf of zo snel mogelijk achteraf de patiënt vertelt welke informatie hij aan de gezinsvoogd heeft verstrekt. De arts moet steeds een individuele afweging maken welke feitelijke informatie van belang is. Het is niet de bedoeling dat hij een compleet medisch dossier aan de gezinsvoogd verstrekt.

Gegevensverstrekking aan ouders

Ten aanzien van de gegevensverstrekking aan ouders van een minderjarige patiënt is de leeftijd van de patiënt van belang. Als de patiënt onder de twaalf jaar is, hebben ouders inzagerecht. Voor patiënten tussen de twaalf en zestien jaar geldt de toestemming van de patiënt, tenzij de informatie nodig is om toestemming voor de behandeling te geven. Er is geen recht op inzage

als dit niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. Bijvoorbeeld als de ouders niet weten van de behandeling.

Als de patiënt ouder is dan zestien jaar, is altijd toestemming van de patiënt nodig om ouders inzage te geven in het medisch dossier. Als een ouder geen gezag heeft, heeft hij geen inzagerecht, maar wel recht op algemene informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt. Een stiefouder die het gezag niet heeft, moet worden gezien als derde.

Gegevensverstrekking aan anderen

Aan anderen mogen – op grond van de Wgbo – alleen gegevens over een jeugdige worden verstrekt als deze daar toestemming voor heeft gegeven en voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de jeugdhulp. In zeer uitzonderlijke gevallen is geen toestemming vereist. Dat kan het geval zijn als er sprake is van een wettelijke plicht (bijvoorbeeld een melding in verband met de Infectieziektewet), een noodtoestand in de zin van een conflict van plichten, of een zwaarwegend belang.

2.8 Medische advisering door deskundigen in juridische procedures

Artsen kunnen worden gevraagd om in juridische procedures als deskundige een rapportage op te stellen. Een dergelijke rapportage kan in verschillende stadia van een procedure, en door verschillende partijen, worden gevraagd. Het kan bijvoorbeeld een rapportage zijn over medische aansprakelijkheid, waarbij het gaat om de vraag of een eventuele ziekte of letsel het gevolg is van onzorgvuldig handelen van een arts of een ziekenhuis. Aan het opstellen van dergelijke rapportages worden strikte eisen gesteld. In [paragraaf 2.1](#) kwamen deze al aan de orde.

In de '[Richtlijn medisch-specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband](#)' worden verschillende eisen beschreven, die aan de rapportage en aan de deskundige (arts) worden gesteld. Een van die eisen is dat de deskundige zelf de grenzen van zijn deskundigheid aangeeft. Dat betekent onder meer dat hij in sommige gevallen moet aangeven dat een bepaalde vraag niet door hem te beantwoorden is.

2.9 Medische advisering bij particuliere levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en aanstellingskeuringen

In de Wet op de medische keuringen (WMK) zijn nadere specificaties en beperkingen opgenomen voor het verzamelen van informatie tijdens een medische beoordeling. Die wet is van toepassing op aanstellingskeuringen en op medische beoordelingen bij het aangaan van een 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 van de keuring.

Een arts die een opdracht voor een medische beoordeling aanneemt, dient zich zorgvuldig te oriënteren op het doel van de gevraagde beoordeling en de daarmee samenhangende aard en omvang van de informatie die over de gezondheidstoestand van de betrokkene moet worden verzameld. De opdrachtgever dient de beoordelend arts daartoe een voldoende gespecificeerde opdracht te verstrekken. De beoordelend arts heeft een eigen verantwoordelijkheid om bij de uitvoering van de verkregen opdracht

Omgaan met medische gegevens



binnen de grenzen te blijven die op grond van professionele en maatschappelijke eisen aan (de aard en omvang van) medische beoordelingen worden gesteld.

3. Gegevens- verstrekking in juridische procedures

3.1 De arts als verweerder in klachtzaken, tuchtzaken en civiele zaken

In het kader van zijn verdediging kan een arts in (gerechtelijke) procedures medische gegevens nodig hebben. Dit kan gaan om klachtzaken, tuchtzaken of civiele zaken.

Gebruik van gegevens in klachtzaken

Zolang een klacht door een klachtenfunctionaris wordt behandeld, worden de medische gegevens van een patiënt op grond van diens veronderstelde toestemming door de klachtenfunctionaris gebruikt. Wordt de klacht aan een klachtencommissie voorgelegd, dan is expliciete toestemming van de patiënt nodig voor het gebruik van zijn gegevens. Dat geldt ook voor de gegevens die door de arts worden gebruikt in het kader van zijn verweer. Geeft de patiënt geen toestemming voor het gebruik van zijn gegevens, dan dient dat te leiden tot ongegrondheid van de klacht.

Verweer in tuchtzaken

Als een patiënt een klacht indient tegen een arts, dan mag de arts op grond van veronderstelde toestemming relevante medische gegevens van de patiënt gebruiken voor zijn ver-

weer. In de praktijk vragen tuchtcolleges altijd toestemming aan de patiënt. De KNMG vindt dat een zorgvuldige werkwijze.

Verweer in civiele zaken

In civiele zaken moet een arts voor het gebruik van medische gegevens toestemming aan de patiënt vragen. Als de patiënt die toestemming weigert, kan de arts in bewijsnood komen. De gevolgen daarvan zouden voor de patiënt moeten zijn.

Gegevensverstrekking aan raadsman en collega-arts

Een arts mag zonder toestemming van de patiënt gegevens van die patiënt aan zijn raadsman voorleggen, voor zover die voor zijn verweer relevant zijn. Daarnaast mag de aangeklaagde arts zonder toestemming van de patiënt diens gegevens aan een collega-arts voorleggen, om een oordeel over zijn handelen te krijgen. Zo mogelijk geschiedt dit met niet-herleidbare gegevens.

Privacybelang van derden in tuchtprocedures

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 het geval dat deze persoon geen toestemming geeft - of geen toestemming meer kan geven - is in het tuchtrecht een speciale voorziening opgenomen. Deze voorziening houdt in dat de tuchtrechter, ingevolge artikel 67 lid 3 Wet BIG, kan bepalen dat sommige processtukken, of gedeelten daaruit, niet door de klager mogen worden ingezien, maar slechts door diens gemachtigde. Deze gemachtigde moet dan wel arts, advocaat of procureur zijn of van de voorzitter bijzondere toestemming hebben gekregen. In klachtprocedures bestaat een dergelijke regeling niet. Voorstelbaar is dat de voorzitter van een klachtencommissie eenzelfde procedure als in het tuchtrecht hanteert.

Gebruik gegevens van patiënt in geschil tussen artsen

Als een arts gegevens van een patiënt nodig heeft voor verweer tegen een klacht die is ingediend door een andere arts, dan mogen deze gegevens alleen worden gebruikt 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 een 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 van die patiënt 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 medisch dossier gegeven kan worden.

Gegevensverstrekking aan de advocaat van een patiënt

Een advocaat die de belangen van een patiënt behartigt, kan medische gegevens nodig hebben om zijn cliënt zo goed mogelijk bij te staan. Als vertegenwoordiger van de patiënt heeft de advocaat het recht op inzage in en een afschrift van de dossierstukken. Tegelijkertijd gelden ten opzichte van een advocaat ook beperkingen. Zo krijgt de advocaat geen inzage in of een afschrift van de gevraagde gegevens als daardoor de privacy van een derde in het geding komt. Ook mag de advocaat alleen de gegevens van zijn eigen cliënt ontvangen. Gegevens

die een ander, bijvoorbeeld de partner van de patiënt, in diens persoonlijke levenssfeer kunnen raken, mogen niet verstrekt worden.

Als een arts twijfelt of iemand als advocaat van een patiënt optreedt, doet hij er verstandig aan dit bij de patiënt te verifiëren.

Het is niet wettelijk verplicht dat een advocaat een medisch adviseur als tussenpersoon aanwijst. De interpretatie van medische gegevens voor juridische doeleinden vereist echter wel specifieke deskundigheid. Daarom heeft het uitdrukkelijk de voorkeur van de KNMG dat medische stukken worden beoordeeld door een medisch adviseur die arts is.

Als een advocaat verzoekt om een oordeel of een prognose, is het niet de taak van de behandelend arts om hierop te reageren ([zie paragraaf 1.2](#)). Voor de beantwoording van deze vragen zal de advocaat een eigen medisch adviseur moeten inschakelen.

3.2 De arts als verdachte in strafzaken

Een arts die wordt verdacht van een strafbaar feit heeft – net als iedere andere verdachte – recht op een eerlijk proces. Een verdachte mag niet worden gedwongen om actief aan zijn eigen veroordeling mee te werken. Dit heet ook wel het ‘nemo tenetur beginsel’. Het zwijgrecht van de verdachte en de verplichting voor verhorende ambtenaren om de verdachte op dit recht te wijzen, is hiervan een uitwerking (artikel 29 Sv). Wanneer een arts wordt verdacht van het plegen van een ernstig strafbaar feit tegen een patiënt, heeft het Openbaar Ministerie (OM) mogelijkheden om gegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen, te vorderen en in te zien. Het vorderen van het patiëntendossier is dan mogelijk met een beroep op de veronderstelde toestemming van de patiënt (het slachtoffer).

Het OM heeft in beginsel geen recht om patiëntendossiers in beslag te nemen en in te zien. Dat is bepaald in artikel 98 van het Wetboek van Strafvordering. Aan dit verschoningsrecht ligt de opvatting van de wetgever ten grondslag dat het maatschappelijk belang dat eenieder zich vrijelijk om bijstand en advies tot een arts moet kunnen wenden, zwaarder weegt dan het maat-

schappelijk 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. Wanneer zich zulke omstandigheden voordoen, is niet in algemene zin vast te stellen. Die vraag zal door de rechter moeten worden beantwoord, waarbij hij moet letten op:

- de aard en de ernst van het strafbare feit waarvan de arts wordt verdacht;
- de aard en de inhoud van het materiaal dat onder het verschoningsrecht valt, in relatie tot het belang dat met het beroep op het verschoningsrecht wordt gediend;
- de mate waarin de betrokken belangen van de patiënt(en) worden geschaad als het verschoningsrecht wordt doorbroken.

Het enkele feit dat de arts verdacht wordt, is niet toereikend om zijn verschoningsrecht te mogen doorbreken.

Voor meer informatie over het beroepsgeheim in relatie tot politie en justitie, zie de KNMG-handreiking '[Beroepsgeheim en politie/justitie](#)'

3.3 De arts als getuige

Als een arts in een civiele procedure of in een straf- of tuchtprocedure 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. 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

Als een arts door een regionaal tuchtcollege of door het centraal tuchtcollege als getuige wordt opgeroepen in een tuchtprocedure, is hij verplicht daaraan gehoor te geven. Datzelfde geldt voor een 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 (OvJ) worden gedagvaard.

Artsen kunnen ook in strafprocedures als getuige worden opgeroepen. Afhankelijk van de fase waarin een strafrechtelijk onderzoek zich bevindt, gebeurt dat door de OvJ of de rechter-commissaris (RC). Als een 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 om 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. Zie hierover verder [paragraaf 7.4](#).

Een arts die wordt opgeroepen als getuige en voornemens is zich op zijn verschoningsrecht te beroepen, wordt geadviseerd van tevoren 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.

4. Gegevens- uitwisseling in het kader van toezicht en handhaving

4.1 Gegevensverstrekking aan politie en justitie

Het beroepsgeheim geldt ook jegens politie en justitie.

De politie benadert regelmatig artsen met het verzoek om (medische) gegevens te verstrekken. Alle gegevens die een arts in de uitoefening van zijn beroep over de patiënt te weten komt, vallen onder het beroepsgeheim. Deze gegevens mogen alleen worden verstrekt met toestemming van de patiënt of als er sprake is van een 'conflict van plichten'.

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 in het ziekenhuis of in de praktijk van de arts aanwezig is, mag niet zonder meer worden beantwoord. Identiteitsgegevens van een persoon die zich voor enige vorm van medische hulp of informatie bij een ziekenhuis heeft gemeld, bevatten indirecte informatie over de gezondheid van die persoon. Deze gegevens worden daarom beschouwd als gegevens betreffende de gezondheid, die onder het beroepsgeheim vallen. Ook perso-

nen met een afgeleid beroepsgeheim, zoals een receptioniste en portier, mogen in beginsel geen informatie over patiënten aan de politie verstrekken en dienen zich te beroepen op hun (afgeleid) beroepsgeheim.

Als de persoon van wie de politie of justitie informatie wenst wordt verdacht van een strafbaar feit, dient de arts het beroepsgeheim strikt uit te leggen. Een van de weinige uitzonderingen vormt dan de concrete dreiging van gevaar die van deze persoon uitgaat. Deze dreiging mag niet lichtvoetig worden aangenomen.

Als de politie evenwel als hulpverlener contact opneemt met een arts, kan er aanleiding zijn het beroepsgeheim minder strikt uit te leggen. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de vermissing van een kind, waarbij de politie aan de arts vraagt of deze het kind heeft gezien. Of aan een ramp met een vliegtuig, waarbij de politie graag wil weten in welk ziekenhuis de slachtoffers zijn opgenomen, zodat de familie geïnformeerd kan worden. In dergelijke situaties is het eerder mogelijk, uitgaande van veronderstelde toestemming van de betrokkenen, om het beroepsgeheim te doorbreken. Hieronder wordt nader op dergelijke situaties ingegaan.

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 letsel van een persoon (bijvoorbeeld een slachtoffer). In situaties waarin het niet mogelijk is om het letsel achteraf door een onafhankelijk (forensisch) arts te laten beschrijven, kan de politie de behandelend arts vragen om deze informatie te verstrekken. Voor deze situaties is in samenwerking met het Openbaar Ministerie en het ministerie van Justitie een formulier ontwikkeld. Dit formulier – dat ook het [‘poppetjesformulier’](#) wordt genoemd.

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 om toestemming te geven (bijvoorbeeld omdat hij bewusteloos of overleden 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 om 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 worden ingeschakeld.

Gegevens over slachtoffers bij rampen en crises

Bij grote incidenten, zoals rampen en crises, is het soms wenselijk dat informatie over slachtoffers wordt uitgewisseld tussen hulpverleners en bijvoorbeeld de gemeente, politie of naasten.

Als een slachtoffer niet aanspreekbaar is en snelheid is geboden, dan mag de arts de naasten informeren over de verblijfplaats van het slachtoffer. Dit mag hij doen in de veronderstelling dat de patiënt hierin zou toestemmen. Als het mogelijk is (het slachtoffer is aanspreekbaar), dan dient de hulpverlener wel expliciete toestemming te vragen. Artsen zijn niet verplicht gegevens te verstrekken. Het is ook

Omgaan met medische gegevens

4. Gegevensuitwisseling in het kader van toezicht en handhaving

niet altijd helder of er sprake is van een dader of een slachtoffer.

Op grond van veronderstelde toestemming mogen artsen (en ziekenhuizen) in sommige gevallen ook informatie verstrekken aan instanties. Dit geldt met name voor informatie die kan bijdragen aan bijvoorbeeld de identificatie van slachtoffers.

Het verstrekken van uitgebreide medische informatie over een slachtoffer mag alleen met toestemming. Ook voor het verstrekken van gegevens met een ander doel dan het inlichten van verwanten of identificatie is doorgaans expliciete toestemming nodig van de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger.

In de handreiking van de KNMG en andere organisaties '[Afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises](#)' is uitgewerkt aan welke voorwaarden moet worden voldaan bij de uitwisseling van patiëntgegevens tussen ziekenhuizen en het openbaar bestuur.

[Patiënt pleegt strafbaar feit jegens zorgaanbieder](#)

Ook wanneer een patiënt wordt verdacht van een strafbaar feit, geldt als uitgangspunt het beroepsgeheim jegens politie/ justitie.

Een arts mag bij de politie aangifte doen van strafbare feiten die een patiënt jegens hem, zijn medewerkers of praktijk pleegt. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om diefstal of bedreiging. De arts geeft bij de aangifte de naam- en adresgegevens van de dader vrij, maar geen medische gegevens. Hij mag niet meer gegevens verstrekken 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 ingelicht, of de politie in de plaats waar de aangifte is gedaan. Een arts dient terughoudend te zijn met het doen van aangifte, als het agressieve gedrag van de patiënt een symptoom is van een ziekte, waarvoor de patiënt bij de arts onder behandeling is.

Crimineel gedrag van een patiënt jegens een arts en het doen van aangifte daarvan, kunnen de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt schaden. 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](#).

Patiënt pleegt strafbaar feit jegens ander dan zorgaanbieder

Komt een arts tijdens een 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 als de patiënt daar toestemming voor geeft, als de wet de arts verplicht te spreken of als er een 'conflict van plichten' is. 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 geheimhouding. De arts moet in dat geval een afweging maken tussen zijn beroepsgeheim en dat andere, zwaarwegende belang. Bij het maken van deze keuze spelen de volgende cumulatieve criteria een rol:

- Het is niet mogelijk toestemming van de patiënt te vragen of 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 medisch 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 ernstig gevaar dreigt voor anderen, en de arts dit gevaar kan afwentelen door te spreken. Is het misdrijf reeds gepleegd en kan de situatie door ingrijpen van de arts niet meer veranderd of beïnvloed worden, dan is een beroep op het 'conflict van plichten' in beginsel geen aannemelijke basis om het beroepsgeheim te doorbreken.

Ongeschiktheid om auto te rijden

Constateert een arts dat een patiënt vanwege zijn medische toestand niet (meer) in staat is om aan het verkeer deel te nemen en is de patiënt dat toch van plan, dan kan de arts 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? Dan kan – als de patiënt toch van plan is om te gaan rijden – 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 hiervoor genoemd zijn als leidraad.

Verkeert de arts in een 'conflict van plichten', dan kan hij besluiten om de politie te waarschuwen of om er bij de medisch adviseur van het CBR op aan te dringen dat de patiënt een herbeoordeling krijgt (afhankelijk van de spoedeisendheid). Alvorens dit te doen meldt hij dit aan de patiënt. In het contact met de politie of het CBR probeert de arts zijn beroepsgeheim zo min mogelijk te doorbreken. Dit betekent dat hij niet meer gegevens verstrekt dan strikt noodzakelijk voor het doel.

Deze situaties moeten worden onderscheiden van de gevallen waarin de behandeling van de arts en de bijbehorende medicatieverstrekking de rijvaardigheid van de patiënt negatief beïnvloeden. Het behoort tot

de professionele standaard van de arts om de patiënt te wijzen op de gevaren voor de rijvaardigheid en er zo nodig op aan te dringen geen auto meer te rijden.

Bevel tot uitlevering en inbeslagname van dossiers

Opsporingsambtenaren mogen geen brieven, andere geschriften en tekstdragers, waaronder het medisch dossier van een arts, in beslag nemen, tenzij de arts daarvoor toestemming geeft (artikel 98 Wetboek van Strafvordering). De arts mag toestemming verlenen als de patiënt ermee instemt of als er sprake is van een 'conflict van plichten'. De (marginaal toetsende) rechter kan een beroep van een arts op het verschoningsrecht alleen terzijde schuiven als hij van oordeel is dat het een kennelijk onredelijke afweging is. Om te voorkomen dat het volledige medisch dossier in het juridisch dossier wordt opgenomen, 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.

Verder mogen - met toestemming van de verschoningsgerechtigde - brieven of andere geschriften wel in beslag worden genomen. Deze toestemming kan de arts slechts geven als hij veronderstelt dat de patiënt ermee instemt, als er sprake is van een noodtoestand of als er een 'conflict van plichten' is. 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 7.4](#)).

Zeer uitzonderlijke situaties/vorderen van gegevens door officier van justitie Het Openbaar Ministerie heeft als regel geen recht om medische dossiers bij artsen in beslag te nemen of in te zien. Dat is bepaald in artikel 98 van het Wetboek van Strafvordering. Aan dit verschoningsrecht ligt de opvatting van de wetgever ten grondslag dat het maatschappelijk belang dat eenieder 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 voor gaat op het verschoningsrecht.

In de rechtspraak zijn 'zeer uitzonderlijke omstandigheden' aangenomen

in gevallen waarin de verschoningsgerechtigde (de arts) zelf verdachte was van een ernstig strafbaar feit of waarin de bescherming van minderjarigen aan de orde was ([HR 6 mei 2009](#)). Het enkele feit dat de arts verdacht wordt van een strafbaar feit, is niet toereikend om zijn verschoningsrecht te mogen doorbreken. Tegelijkertijd kan een arts zich niet op zijn verschoningsrecht beroepen om daarmee strafbare feiten toe te dekken ([HR 27 mei 2008](#)).

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 dat onder het verschoningsrecht valt, in relatie tot het belang dat door het verschoningsrecht wordt gediend;
- de mate waarin de betrokken belangen van de patiënt(en) worden geschaad als het verschoningsrecht wordt doorbroken ([HR 21 oktober 2008](#)).

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.

4.2 Gegevensverstrekking aan zorgverzekeraars (materiële controle of fraudeonderzoek)

Het is zorgaanbieders op grond van artikel 35 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verboden om een tarief voor een prestatie in rekening te brengen dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie is vastgesteld of dat anderszins niet voldoet aan de wettelijke eisen die gelden voor tarieven die in rekening mogen worden gebracht (zie ook [paragraaf 4.3](#)). In het verlangde hiervan is het een zorgverzekeraar niet toegestaan een prestatie te vergoeden die onjuist in rekening is gebracht. Zorgverzekeraars beschikken over diverse bevoegdheden om de juistheid van in rekening gebrachte prestaties te controleren.

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', dat als bijlage is gevoegd bij de '[Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars](#)' (Zorgverzekeraars Nederland) en in de '[Regeling zorgverzekering](#)'.

Het uitgangspunt bij materiële controle is dat hier geen zwaardere instrumenten voor worden ingezet dan nodig is om voldoende zekerheid te verkrijgen dat de zorg die wordt gedeclareerd rechtmatig en doelmatig is. Voor dergelijke controles gelden dus de principes van proportionaliteit en subsidiariteit. De instrumenten die de zorgverzekeraar voor de materiële controle ten dienste staan zijn:

1. statistische analyse en risicoanalyse (voorbeeld: een cataractoperatie bij staar met opname is een indicatie van niet-doelmatige zorg omdat 90% poliklinisch kan);
2. administratieve organisatie/interne controleverklaring en bestuursverklaring (een verklaring van een accountant of ziekenhuis dat de administratieve organisatie en de interne controle op orde zijn);
3. verbandscontrole (bijvoorbeeld door naar administratie te kijken en

- te onderzoeken of er bijvoorbeeld niet bij een patiënt twee keer een blindedarm is verwijderd);
4. detailcontrole (bijvoorbeeld door bij een zorgverlener medische dossiers in te zien).

Een ander uitgangspunt bij materiele controle is dat er geen gegevens worden gebruikt die tot de persoon van de verzekerde herleidbaar zijn. Dit is het geval bij de instrumenten die onder 1, 2 en 3 genoemd zijn. Als blijkt dat sprake is van een redelijk vermoeden van onrechtmatig of ondoelmatig handelen, mag een detailcontrole (gerichte controle) worden ingezet. Op grond van de 'Regeling zorgverzekering' is de zorgverzekeraar verplicht om de arts bij wie de detailcontrole wordt uitgevoerd te informeren over de specifieke controle. Dit kan de verzekeraar mondeling doen of, op verzoek van de arts, schriftelijk. Een zorgverzekeraar die de procedurevoorschriften volgt, mag een detailcontrole uitvoeren zonder dat de verzekerden aan de arts toestemming hoeven te geven om patiëntgegevens aan de zorgverzekeraar te verstrekken.

Volgens de 'Regeling zorgverzekering' mag een detailcontrole alleen worden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur (een BIG-geregistreerd arts, bij voorkeur

een arts Maatschappij & Gezondheid), die in opdracht van de zorgverzekeraar werkt. Wettelijk is nu geregeld dat de medisch adviseur bij de detailcontrole aanwezig moet zijn, als de behandelend arts daar vóór het onderzoek om verzoekt. De KNMG adviseert om voor de inzage van patiëntgegevens de medisch adviseur bij de arts uit te nodigen, zodat deze de controle ter plaatse kan uitvoeren, en geen gegevens uit patiëntendossiers naar de verzekeraar op te sturen.

Een zorgverzekeraar mag met betrekking tot een individuele verzekerde ook een detailcontrole uitvoeren zonder dat bovengenoemde voorwaarden van toepassing zijn. Dat mag als de verzekerde ten behoeve van de materiële controle (of fraudeonderzoek) schriftelijk toestemming aan zijn arts heeft gegeven om persoonsgegevens over zijn gezondheid aan de zorgverzekeraar te verstrekken. Deze methode van controle is vooral van betekenis voor controle in individuele gevallen, en uiteraard niet als 'alternatief' voor algemene en specifieke controleplannen.

Bij een daadwerkelijk verzoek van een zorgverzekeraar aan een arts om inzage te geven in een patiëntendossier in verband met de controle van gedeclareerde zorg, bevelen wij

aan dat de arts het KNMG-stappenplan volgt om te beslissen of hij deze inzage al dan niet geeft. Zie hiervoor het [KNMG-praktijkdilemma Medewerkingplicht inzage in patiëntendossiers door zorgverzekeraars bij materiële controle.](#)

4.3 Gegevensverstrekking aan de IGZ en NZa

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Er zijn meer dan twintig wetten op het gebied van de volksgezondheid waarvoor de IGZ de toezichthouder is. Per wet is aangegeven wat de bevoegdheden van de IGZ zijn. Bij de uitvoering van deze toezichthoudende taak baseert de IGZ zich onder andere op meldingen die kunnen wijzen op mogelijke misstanden en andere gevaren voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De IGZ maakt daarbij onderscheid tussen meldingen die op grond van de wet verplicht bij de IGZ moeten worden gedaan, en andere meldingen, bijvoorbeeld klachten die het Landelijk Meldpunt Zorg van burgers ontvangt en die vervolgens worden doorgeleid naar de IGZ.

Tot de verplichte meldingen behoort allereerst de informatie die de IGZ ont-

vangt op grond van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz, met als voorloper, tot 1 januari 2016, de Kwaliteitswet zorginstellingen). Op grond van de Wkkgz moet een zorgaanbieder bij de IGZ melding maken van eventuele calamiteiten die bij de zorgverlening hebben plaatsgevonden. Ook moet een zorgaanbieder het bij de IGZ melden als er geweld bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden of als de arbeidsrelatie met een individuele zorgverlener is beëindigd vanwege ernstige functioneringsproblemen.

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 een cliënt of tot een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

Onder geweld in de zorgrelatie wordt verstaan:

seksueel binnendringen van het lichaam van een cliënt, ontucht met een cliënt of geweld jegens een cliënt, gepleegd door iemand die in dienst of in opdracht van een instelling of van een opdrachtn-

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

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 bij het houden van toezicht op specifieke volksgezondheidswetten:

- De inspecteur is bevoegd om elke plaats te betreden, desnoods met behulp van de politie. Woonhuizen mogen echter niet zonder toestemming betreden worden, tenzij de woning deel uitmaakt van een instelling.
- De inspecteurs mogen inzage vragen in een identiteitsbewijs (artikel 5:16a Awb) en binnen redelijke termijn medewerking eisen van eenieder, als dit redelijk is voor het uitoefenen 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 een afschrift van zakelijke gegevens verlangen (ar-

tikelen 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. Patiëntendossiers of gegevens die op andere wijze informatie van patiënten bevatten, vallen niet onder dit begrip.

Dossierinzage door de IGZ

Bij onderzoek dat specifiek is gericht op individuele casuïstiek, heeft de IGZ recht op inzage in medische dossiers voor zover deze inzage nodig is voor de uitvoering van haar taken. Dit vloeit voort uit de Wkkgz, de Gezondheidswet en de Wet Bopz. Het niet verlenen van inzage is een strafbaar feit, dat kan leiden tot het opleggen van een boete of dwangsom door de IGZ.

De IGZ is aan dezelfde geheimhouding gebonden als de arts bij wie het medisch dossier wordt ingezien en heeft ter zake een afgeleid beroepsgeheim. Het maakt daarbij niet uit of de IGZ het medisch dossier inzielt met of zonder toestemming van de patiënt. De IGZ mag informatie die zij uit de medische dossiers verkrijgt, niet zonder toestemming van de betreffende patiënt aan derden verstrekken, ook niet aan het Openbaar Ministerie. Als de IGZ bij de inzage in medische

4. Gegevensuitwisseling in het kader van toezicht en handhaving

dossiers zonder toestemming van de patiënt, op andere overtredingen stuit dan die waarop het toezicht is gericht, blijft de IGZ verplicht tot geheimhouding daarvan.

Opvragen van gegevens door de NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onder meer belast met markttoezicht, marktontwikkelingen, tarief- en prestatieregulering en met toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz). De NZa kan in het kader van die taken toezicht houden op zorgaanbieders. In sommige gevallen is de zorgaanbieder daarbij verplicht om op verzoek bepaalde gegevens aan de NZa en de FIOD-ECD te verstrekken. Het kan hier gaan om identificerende gegevens die hemzelf betreffen, om andere identificerende persoonsgegevens en om medische persoonsgegevens van patiënten. In de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is daarvoor een wettelijke uitzondering op het beroepsgeheim opgenomen (artikel 66 Wmg).

De NZa en de FIOD kunnen om deze gegevens vragen in het kader van toezicht op het verbod om andere dan rechtsgeldige tarieven in rekening te brengen (artikel 35 Wmg) en op het voeren van een correcte administra-

tie (artikel 36 Wmg). Ook kunnen ze hierom vragen bij de controle op de verplichting van de zorgaanbieder om patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de kosten die voor een bepaalde prestatie in rekening worden gebracht (artikel 38 Wmg). De gegevens kunnen ook worden gevraagd in het kader van de uitvoering van de Wet op de economische delicten. De NZa moet bij het vorderen van gegevens de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit in acht 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.

5. Enkele specifieke situaties

5.1 Informatie aan ouders na echtscheiding

In [paragraaf 7.5](#) zijn de juridische hoofdregels beschreven voor het uitvoeren van patiëntenrechten door ouders (en vertegenwoordigers) van minderjarigen. Voor de vraag of de ouders de patiëntenrechten mogen uitvoeren, is de leeftijd van de minderjarige relevant. Daarbij worden drie categorieën onderscheiden: 0-12-jarigen, 12-16-jarigen en jongeren van 16 jaar en ouder. In deze paragraaf wordt specifiek ingegaan op de situatie dat de ouders van een minderjarige gescheiden zijn. In de praktijk levert die situatie veel vragen op.

Na een echtscheiding houden meestal beide ouders het ouderlijk gezag. Beiden blijven dan wettelijk vertegenwoordiger. Dat betekent dat als er op grond van de wet toestemming van de ouders nodig is voor de behandeling van een kind (dat is het geval bij kinderen tot 16 jaar, zie [paragraaf 7.5](#)), beide ouders die toestemming moeten geven. Ouders die gezamenlijk gezag hebben, moeten over die toestemming met elkaar overleggen, ook na een scheiding. Als ouders onderling in conflict zijn, moeten ze dat zelf aan de arts kenbaar maken. Als één ouder aanwezig is, mag de arts - tenzij hij aanwijzingen heeft voor het tegen-

deel - ervan uitgaan dat deze mede namens de andere ouder spreekt, ook als de ouders gescheiden zijn.

Expliciete toestemming van de afwezige ouder is niet noodzakelijk voor niet-ingrijpende handelingen (dan mag de toestemming van de afwezige ouder verondersteld worden) en voor noodzakelijke en gebruikelijke handelingen (CTG 24 mei 2011, Stcrt 2011, 9437). Of een behandeling in een concreet geval van niet-ingrijpende aard is, hangt af van diverse factoren en zal per geval apart beoordeeld moeten worden.

Het belang van het kind staat voorop bij de vraag of de toestemming van beide ouders moet worden gevraagd. Als de arts aanwijzingen heeft dat de afwezige ouder bezwaar heeft, moet hij wel expliciet aan deze ouder om toestemming vragen. Dan kan de toestemming immers niet meer verondersteld worden. Uit jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege volgt dat een hulpverlener in een nieuwe behandelrelatie dient te informeren naar de gezagsverhoudingen. Zie bijvoorbeeld CTG 4 april 2013, c2012.231 en CTG 19 april 2011, c.2010.135. [Raadpleeg ook de KNMG wegwijzer dubbele toestemming.](#)

Eenoudergezag

De rechter kan bij een echtscheiding het gezag aan één ouder toewijzen. De gezagdragende ouder is dan de vertegenwoordiger. De ouder die niet (meer) met het gezag is belast, treedt niet (meer) op als vertegenwoordiger, beslist niet mee over de behandeling van het kind en heeft geen rechten die aan dat beslissingsrecht zijn gekoppeld (zoals het inzage-recht). Deze ouder heeft desgevraagd wel recht op informatie over belangrijke feiten en omstandigheden die het kind of diens verzorging en opvoeding betreffen. 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-gezagdragende ouder, onafhankelijk van de andere ouder, een beeld vormen van de verzorging en opvoeding van het kind. De arts verstrekt aan deze ouder geen informatie als hij die ook niet aan de gezagdragende ouder zou verstrekken of als het belang van het kind zich tegen de verschaffing van deze informatie verzet.

Het recht op informatie van de niet-gezagdragende ouder omvat geen inzage-recht in het medisch dossier van het kind. De arts mag zich beperken tot het geven van globale, feitelijke en

belangrijke informatie (doelgericht). De arts mag desgevraagd de gezagdragende ouder informeren over het feit dat hij informatie aan de andere ouder heeft verstrekt, maar is daartoe niet verplicht.

De gezagsverhouding kan eventueel in het Centraal Gezagsregister worden nagegaan. In dat register wordt bijgehouden wie het ouderlijk gezag heeft over minderjarigen. Een verzoek tot inzage kan bij elke rechtbank worden gedaan.

Informatie aan ouders-procespartijen

Ouders kunnen een arts verzoeken om informatie over hun kind te verstrekken, met als doel om deze informatie te gebruiken in een juridische procedure over (een wijziging in) de gezags- en/of omgangsregeling met hun kind. De arts moet in beginsel aan dit verzoek voldoen, mits het verzoek afkomstig is van een ouder die met het gezag is belast, en mits voldaan wordt aan de leeftijdsspecifieke regels voor het recht van ouders op inzage in en een afschrift van het medisch dossier van hun kind (zie [paragraaf 7.5](#)). 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. Als de arts wel tot informatie-

verstrekking overgaat, dan verstrekt hij alleen feitelijke, relevante medische informatie, zonder een oordeel te geven (zie ook [paragraaf 1.2](#)).

5.2 Kindermishandeling en huiselijk geweld

Professionals in de zorg zijn verplicht een meldcode te hebben waardoor zij in actie kunnen komen tegen kindermishandeling en huiselijk geweld. [De KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#) ziet toe op beide situaties. In een situatie waarin sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling of huiselijk geweld, adviseert de KNMG de meldcode te raadplegen. Het volgen van de meldcode kan resulteren in een melding bij Veilig Thuis, het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. In deze paragraaf worden alleen de hoofdregels toegelicht.

Kindermishandeling

Het uitgangspunt bij een vermoeden van kindermishandeling is 'spreken, tenzij'. Artsen hebben een zorgplicht voor kinderen met wie zij beroepsmatig worden geconfronteerd en die mogelijk schade kunnen oplopen door kindermishandeling. Van iedere arts wordt daarom verwacht dat hij bij

vermoedens van kindermishandeling spreekt voor het kind.

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, en zo ja, wat daarvan de oorzaak is en hoe deze kan worden gestopt. Als de arts de stappen van de meldcode heeft doorlopen en derhalve advies gevraagd heeft aan (de vertrouwensarts van) Veilig Thuis, beslist hij of hij de risico's voor het kind met hulp kan afwenden, of dat een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk is. Als een melding niet op basis van toestemming van de betrokkenen kan plaatsvinden, kan de arts, gebruikmakend van zijn meldrecht, een melding doen bij Veilig Thuis. Het beroepsgeheim staat daarvoor niet in de weg. De vertrouwensarts van Veilig thuis kan advies geven welke informatie voor een melding relevant is, zodat het beroepsgeheim zo min mogelijk wordt doorbroken.

De Meldcode bevat een aantal bepalingen over het omgaan met gegevens over vermoedens van kindermishandeling. De arts moet in het medisch dossier zorgvuldig en objectief aante-

keningen maken van:

- (aanwijzingen voor) kindermishandeling;
- onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan;
- uitkomsten van die onderzoeken;
- de inhoud van het overleg met collega's, beroepskrachten en/of instanties zoals Veilig Thuis;
- of voor het verstrekken van gegevens aan derden toestemming is gevraagd en/of verkregen;
- alle andere stappen die de arts in het kader van (het vermoeden van) kindermishandeling heeft ondernomen.

Blijkt een vermoeden van kindermishandeling uiteindelijk onterecht, dan vermeldt de arts ook dat uitdrukkelijk in het medisch dossier. De arts bewaart dossiers die gegevens bevatten over (vermoedens van) kindermishandeling, totdat het betreffende kind 34 jaar is geworden of zoveel langer als in verband met goed hulpverlenerschap noodzakelijk is.

In bijzondere gevallen kan een arts gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit het medisch

dossier van een kind vernietigen. Dat kan alleen op verzoek van het kind zelf en uitsluitend als dat kind de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt en in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen op dit gebied. Als een ouder verzoekt om gegevens over (vermoedens van) kindermishandeling uit diens eigen medisch dossier te vernietigen, mag de arts dat weigeren vanwege het gerechtvaardigd belang van de betrokken kinderen bij bewaring van die gegevens.

Goed hulpverlenerschap kan meebrengen dat de arts weigert om ouders inzage in of een afschrift van gegevens over kindermishandeling te geven.

Bij het doorlopen van de stappen van de meldcode, kan de arts ook overwegen om naast een adviesvraag aan de vertrouwensarts of een melding bij Veilig Thuis een melding te doen in de verwijzindex risicojongeren (VIR). De VIR is een landelijk elektronisch systeem waarin risicomeldingen over jongeren tot 23 jaar zijn opgenomen. Het doel ervan is om vroegtijdige en onderlinge afstemming tussen meldingsbevoegden (waaronder artsen) te bewerkstelligen. Op die manier kan aan jongeren tijdig passende hulp, zorg en bijsturing geboden worden, zodat bedreigingen in hun ontwikke-

ling naar volwassenheid worden voorkomen, beperkt of weggenomen.

Bij een melding aan de VIR moet altijd sprake zijn van een redelijk vermoeden van een daadwerkelijke bedreiging van een 'gezonde en veilige ontwikkeling naar volwassenheid'. De hoofdregel daarbij is evenwel, dat de jeugdige of diens ouders toestemming voor de melding moet/moeten geven. De KNMG adviseert artsen om alleen een melding zonder toestemming te doen in situaties, waarin volgens de KNMG-Meldcode sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling en de arts buiten de melding aan de VIR geen andere mogelijkheid ziet om tot voldoende afstemming van hulp en/of verificatie van zijn vermoeden te komen. Hiertoe zal hij over het algemeen pas besluiten als hij alle stappen van de meldcode heeft doorlopen en overlegd heeft met de vertrouwensarts van Veilig Thuis.

Als Veilig Thuis naar aanleiding van een melding een onderzoek naar kindermishandeling doet, kan een arts om informatie worden gevraagd. In beginsel verstrekt de arts dan - bij voorkeur met toestemming van de betrokkenen - alle tot zijn beschikking staande informatie die noodzakelijk is om de kindermishandeling te stoppen of om een redelijk vermoeden daarvan

te onderzoeken. Als de arts geen toestemming van de betrokkenen kan krijgen, terwijl de noodzaak er wel is om informatie te verstrekken, biedt het meldrecht de arts de mogelijkheid om zonder toestemming informatie aan Veilig Thuis te verstrekken.

Huiselijk geweld

Professionals met een beroepsgeheim hebben ook een meldrecht- vergelijkbaar met het meldrecht bij kindermishandeling - bij situaties van huiselijk geweld waarbij alleen volwassen personen betrokken zijn. Ook in dat geval mogen zij zonder toestemming gegevens verstrekken aan Veilig Thuis. Het meldrecht staat echter op gespannen voet met het zelfbeschikkingsrecht van de meerderjarige patiënt. Hierdoor is toestemming in beginsel noodzakelijk. Het zelfbeschikkingsrecht brengt mee dat een arts alleen tegen een weloverwogen weigering van een volwassen slachtoffer kan ingaan als sprake is van ernstig gevaar voor zwaar lichamelijk of psychisch letsel of voor het leven van een slachtoffer en als dit gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend dan door het doen van een melding. De arts moet daarbij het beroepsgeheim zo min mogelijk schenden. De arts overlegt hierover vooraf met (de vertrouwensarts van) Veilig Thuis.

In de [KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#) wordt uitgebreid ingegaan op wat onder huiselijk geweld verstaan wordt. In het stappenplan wordt beschreven hoe een arts met (vermoedens van) geweld tussen volwassenen om dient te gaan.

5.3 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. Op deze hoofdregel bestaan uitzonderingen.

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 7.4](#) voor de algemene uitzonderingen):

- De patiënt heeft bij leven toestemming gegeven.

- De toestemming van de patiënt kan worden verondersteld.
- Een wet verplicht de arts om gegevens te verstrekken.
- De arts ziet zich geconfronteerd met een conflict van plichten.
- Er is een zwaarwegend belang.

Toestemming van de patiënt

Als de patiënt vóór zijn overlijden toestemming heeft gegeven om gegevens over hem aan derden te verstrekken, mag de arts dat op grond daarvan doen. De toestemming van de patiënt is vaak in de vorm van een schriftelijke wilsverklaring opgesteld. De arts moet erop 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 al dan niet verstrekt. Daarbij kan relevant zijn of er, nadat de schriftelijke toestemming is gegeven, nog nieuwe gegevens in het medisch dossier zijn opgenomen en welke gegevens dit zijn. Ook is relevant aan wie de gegevens worden verstrekt.

Veronderstelde toestemming

Soms mag de toestemming voor gegevensverstrekking na overlijden worden verondersteld. De arts moet dan 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 ze)?
- 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 betrokken was bij de behandeling en de gesprekken met de hulpverlener. Vaak zal de echtgenoot, die een zwaarwegend persoonlijk belang heeft bij het inzien van het medisch dossier en die voorheen volledig en in alle openheid bij de behandeling

betrokken was, ook na het overlijden inzage in het medisch dossier kunnen krijgen. Ook mogen gegevens uit het medisch dossier van de patiënt worden verstrekt, als belanghebbenden een klacht tegen een arts hebben ingediend wegens een vermeende medische fout met het overlijden van de patiënt als gevolg. 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. Nabestaanden moeten daar toestemming voor geven. Bij medische obductie is het doel voornamelijk het vaststellen van de doodsoorzaak. Bij een medische obductie bestaat 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. Daarbij moet extra voorzichtigheid

worden betracht ten aanzien van zeer privacygevoelige gegevens van de patiënt. Een dergelijke informatieverstrekking zal veelal kunnen worden gerechtvaardigd met een verwijzing naar de veronderstelde toestemming van de overledene. Voor het verlenen van inzage in of een afschrift van het obductierapport moet terughoudendheid worden betracht. Dit 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 een arts medische gegevens van een overleden patiënt aan derde verstrekken. De Wet op de lijkbezorging (Wlb) bepaalt dat de behandelend arts bij natuurlijk overlijden van een patiënt een verklaring van overlijden afgeeft. Die verklaring bevat geen medische gegevens. De arts verstrekt via een apart formulier wel medische informatie over de overledene ten behoeve van de statistiek.

Gaat het om een niet-natuurlijke dood, dan schakelt de arts de gemeentelijk lijkschouwer in. De Wlb kent geen verplichting voor de behandelend arts

om gegevens aan de gemeentelijk lijkschouwer te verstrekken. Uit de aard van de wettelijke regeling vloeit voort dat de behandelend arts de alleen medische gegevens verstrekt die voor de schouw door de gemeentelijk lijkschouwer relevant zijn. De gemeentelijk lijkschouwer verricht zijn onderzoek naar de doodsoorzaak ten behoeve van justitie. Deze lijkschouwer geeft de officier van justitie (OvJ) 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.

Is het overlijden het gevolg van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding, dan dient de arts dit aan de gemeentelijk lijkschouwer te melden 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.

Mededeling van incident aan nabestaande

Een andere wettelijke verplichting om informatie na overlijden van een patiënt te melden, is opgenomen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Daarin is bepaald dat als er een incident in de zorgverlening heeft plaatsgevonden en de patiënt is overleden, de zorgaanbieder aan de nabestaande meldt wat de aard en de toedracht van het incident is geweest.

Conflict van plichten

De arts mag gegevens van een overledene verstrekken als sprake is van een 'conflict van plichten' (zie daarvoor [paragraaf 7.4.2](#)) In een dergelijk geval besluit de arts op grond van een afweging van belangen om tot gegevensverstrekking over te gaan. 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 kan worden opgelost dan door het doorbreken van het beroepsgeheim. 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. Vanwege ontwikkelingen in de jurisprudentie wordt hierop echter enige nuancering aangebracht. Daarover leest u meer onder het kopje 'zwaarwegend belang'.

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

Zwaarwegend belang

Een 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 doorbreken van de geheimhoudingsplicht gerechtvaardigd is. De nabestaande zal de arts van de zwaarwegendheid van dat belang moeten overtuigen.

Als voldoende aannemelijk is dat de overledene, als die nog in leven zou zijn geweest, toestemming tot dos-

sierinzage zou hebben gegeven, mag relevante informatie worden verstrekt. Kan geen toestemming worden verondersteld, dan mag volgens jurisprudentie ([Hof Arnhem 10 januari 2013](#)) de geheimhoudingsplicht in sommige gevallen worden doorbroken. Daarbij gaat het om gevallen waarin de nabestaanden een testament aanvechten. De arts mag dan alleen gegevens verstrekken als:

- a. er voldoende concrete aanwijzingen bestaan dat een ander zwaarwegend belang geschaad zou (kunnen) worden als de geheimhouding onverkort zou worden gehandhaafd;
- b. het aannemelijk is dat de gewenste informatie niet langs andere weg is te verkrijgen dan door dossierinzage.

De arts zal in deze gevallen moeten bezien of het medisch dossier informatie bevat die de gewenste opheldering kan geven. Als dat niet het geval is, bijvoorbeeld omdat het dossier in het geheel geen informatie bevat over de bekwaamheid van de erflater rond het tijdstip van het opmaken van het testament, dan kan de arts met deze mededeling volstaan en blijft het medisch dossier verder gesloten. De mogelijkheid blijft dan bestaan dat de nabestaanden de weigerende huisarts voor de civiele rechter dagen, om de gegevens alsnog boven tafel

te krijgen. De arts moet dan aan de rechter uitleggen welke afweging aan zijn weigering ten grondslag ligt.

Nader Onderzoek naar Doodsoorzaken bij minderjarigen (NODO)

Als een minderjarige (tot achttien jaar) overlijdt, mag een behandelend arts alleen een verklaring van overlijden afgeven na overleg met de gemeentelijk lijkschouwer.

5.4 Gegevensverstrekking aan een (levens)verzekeraar na overlijden

Als bij een verzekeraar het vermoeden bestaat dat een verzekerde bij het aangaan van een levensverzekering onjuiste of onvolledige gezondheidsgegevens heeft verstrekt, kan hij daartoe een onderzoek instellen. In dat kader kan de verzekeraar de onafhankelijke Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens inschakelen. Artsen mogen aan artsen die aan de toetsingscommissie zijn verbonden bepaalde medische informatie verstrekken.

Levensverzekeraars kunnen behoefte hebben aan medische gegevens van een overleden verzekerde, om te beoordelen of bij het aangaan of wijzigen van de verzekering onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt. Het vermoeden dat onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt, is onvoldoende reden voor de behandelend arts om het beroepsgeheim te doorbreken. Met de levensverzekeraars is reeds in 1910 in een convenant overeengekomen dat een arts alleen informatie over de doodsoorzaak van een verzekerde verstrekt als het verzoek daartoe:

- uitgaat van de medisch adviseur van de verzekeraar;
- 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.

Bij het aangaan of wijzigen van een levensverzekering moet de (aspirant-) verzekerde alle feiten aan de verzekeraar verstrekken die van invloed zijn op de beslissing van de verzekeraar om de verzekering aan te gaan of te wijzigen. Dit wordt de mededelingsplicht genoemd. De verzekeraar moet er alles aan doen om bij de aanvraag of wijziging relevante gezondheidsgegevens van de verzekerde te verkrijgen. Er wordt daarbij gebruikgemaakt van een gezondheidsverklaring.

Bestaat het vermoeden dat de (aspirant-)verzekerde bij het aangaan van de verzekering niet aan de mededelingsplicht heeft voldaan, dan mag de levensverzekeraar de onafhankelijke Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens inschakelen. Aan deze commissie worden alle gevallen ter toetsing voorgelegd, waarbij:

- de verzekerde binnen twee jaar na het afsluiten/wijzigen van zijn levensverzekering is overleden;
- het overlijden van de verzekerde niet een gevolg was van een ongeval; én
- de verzekeringsmaatschappij aan de hand van concrete aanwijzingen vermoedt dat er onvolledige of onjuiste gezondheidsgegevens zijn verstrekt.

Bij een gerechtvaardigd vermoeden dat inderdaad onvoldoende of onjuiste gegevens zijn verstrekt, kan de arts die aan de Toetsingscommissie verbonden is, overgaan tot het inwinnen van nadere medische informatie bij de behandelend arts. Op grond van het convenant met de levensverzekeraars mag de behandelend arts die gegevens verstrekken.

Onder medische informatie wordt in het convenant informatie verstaan die betrekking heeft op gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten of wijzigen van de verzekering. Het gaat hier om gezondheidsgegevens die in relatie staan tot de overlijdensoorzaak. De informatie moet relevant zijn voor de risico-inschatting door de levensverzekeraar. Onder de medische informatie in het convenant valt niet de 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 voldaan is aan de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering. De uitspraken van de commissie zijn bindend voor de levensverzekeraars.

De procedure aan de hand waarvan de Toetsingscommissie werkt, is weergegeven in het '[Gewijzigd Reglement Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens](#)'.

5.5 Gegevensverstrekking in het kader van letselschade en private schadeverzekeringen

Als een patiënt betrokken is bij een ongeval en daarbij gewond is geraakt, kan hij in sommige gevallen de geleden schade verhalen op een aansprakelijke voor 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 ongevallen- of arbeidsongeschiktheidsverzekering, kan de behandelend arts door de verzekeraar verzocht worden om voor de afwikkeling van de claim relevante medische informatie te verstrekken. [Zie paragraaf 2.9 voor het aangaan van een private verzekering.](#)

Bij de afhandeling van dergelijke verzoeken is het van belang om onderscheid te maken tussen verzoeken die afkomstig zijn van een belangenbehartiger van de patiënt en verzoeken

die afkomstig zijn van een (medisch adviseur van een) verzekeraar. Voor de algemene vereisten bij het verstrekken van medische gegevens op verzoek van derden wordt verwezen naar [paragraaf 1.1.](#)

Verzoeken om medische informatie van belangenbehartigers van de patiënt

De advocaat wordt gezien als het verlengstuk van de patiënt. De advocaat heeft recht op inzage in en afschrift van het medisch dossier, met dezelfde beperkingen als de patiënt.

Een advocaat of rechtsbijstandverlener die de belangen van een patiënt behartigt, zal soms een afschrift van (een relevant deel) van het medisch 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. Voor het inzagerecht en het recht op afschrift gelden dezelfde beperkingen die er zijn als de patiënt daar zelf om vraagt. 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 tussen-

persoon aanwijst. De interpretatie van medische gegevens voor juridische doeleinden vereist echter specifieke deskundigheid. Daarom heeft het uitdrukkelijk wel de voorkeur van de KNMG dat de medische gegevens worden geïnterpreteerd door een medisch adviseur die arts is. De medisch adviseur komt vervolgens op basis van de verstrekte medische informatie tot een zo objectief mogelijk advies. Medische informatie die door de medisch adviseur wordt opgevraagd of in diens bezit is, mag zonder voorafgaande toestemming van de patiënt niet door de medisch adviseur worden verspreid.

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 pre-existente klachten kan vaak niet volstaan worden met gerichte vraagstelling. Voor een goede beoordeling van een letselschadeclaim door een advocaat en medisch adviseur van de patiënt, kan inzage in het volledige medisch dossier over een bepaalde periode onvermijdelijk zijn. Het verstrekken van een afschrift van een heel medisch 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 medisch 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 de 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 medisch dossier. Hiermee kan de patiënt zelf bezien welke informatie wel of niet verstrekt gaat worden.

Verzoeken om medische informatie van de private verzekeraar van de patiënt

Verzoeken om medische informatie afkomstig van een ongevallenverzekeraar, particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar of andere private verzekeraar moeten ingediend worden door de medisch adviseur (arts) van die verzekeraar.

Het opvragen, verwerken en opslaan van medische gegevens bij een private verzekeraar geschiedt door, of in ieder geval onder verantwoordelijkheid van, de medisch adviseur van die verzekeraar. Dit volgt uit de [Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen](#) (Verbond van Verzekeraars en Nederlandse Vereniging van Banken, 2009). 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 een verzekeraar zich objectief en onafhankelijk dient op te stellen, juist ook waar het gaat om het opvragen van patiëntgegevens. De medisch adviseur zal doorgaans een medisch advies opstellen dat aan de claimbehandelaar van de verzekeraar wordt verstrekt. Het is van belang dat de patiënt kan verifiëren of, en welke medisch adviseur het advies heeft opgesteld. De claimbehandelaar zendt het advies vervolgens door aan (de belangenbehartiger van) de patiënt.

De onder [paragraaf 1.1](#) vermelde voorwaarden voor gegevensverstrekking aan derden gelden in dit verband

onverkort. Dit geldt ook voor de voorwaarde van gerichte en feitelijke vraagstelling. Een verzoek van een medisch adviseur van een private verzekeraar om verstrekking van een afschrift van een volledig medisch dossier zal een behandelend arts slechts zelden kunnen honoreren. Dat geldt te meer als de patiënt een belangenbehartiger heeft. Het opvragen van medische informatie komt in beginsel namelijk toe aan de belangenbehartiger en/of diens medisch adviseur.

Als een medisch adviseur van een verzekeraar toch een afschrift van het volledige medisch dossier wil ontvangen, dient hij zijn verzoek uitvoerig te motiveren. De behandelend arts verzekert zich er in dergelijke gevallen van dat de patiënt gerichte toestemming voor de gegevensverstrekking 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 medisch 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 alleen voor de verstrekking van me-

dische informatie over in leven zijnde patiënten. Voor gegevensverstrekking na de dood, zie [paragraaf 5.3](#).

5.6 Gegevensverstrekking in het kader van de Wet Bopz

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) kent verschillende procedures voor de opname van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Voor een opname is een machtiging nodig, die door de rechter kan worden verleend en die periodiek moet worden verlengd. Er worden verschillende machtigingen onderscheiden: de voorlopige machtiging, de voorwaardelijke machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf, de inbewaringstelling, de machtiging voortzetting inbewaringstelling en de zelfbindingsmachtiging.

Een rechter moet, alvorens hij een machtiging verleent, een recente geneeskundige verklaring hebben waaruit blijkt dat de patiënt gestoord is in zijn geestvermogens en als gevolg daarvan een gevaar vormt voor zichzelf of anderen. In de wet is aangegeven door wie die verklaring mag worden afgegeven. Afhankelijk van de procedure is dat een onafhankelijk psychiater, een geneesheer-directeur,

een arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde. Zij mogen op grond van de wet deze verklaring afgeven en zodoende medische gegevens verstrekken, ook zonder toestemming van de patiënt.

Bij een inbewaringstelling door de burgemeester is het mogelijk dat de geneeskundige verklaring wordt afgegeven door een (bij voorkeur) niet-behandelend arts die geen psychiater is. 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.

Een geneeskundige 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.

Overleg met de behandelend (huis)arts

In een aantal gevallen geeft de wet aan dat de arts die de medische verklaring afgeeft, vooraf overleg moet plegen 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 dat er sprake is van een 'conflict van plichten' (zie [paragraaf 7.4.2](#)). In de jurisprudentie is aangenomen dat de behandelend arts informatie mag verstrekken, omdat dit uit de aard van de wettelijke regeling voortvloeit en het besluit om iemand gedwongen op te nemen zo ingrijpend is, dat daarvoor voldoende medische gegevens beschikbaar moeten zijn.

Opstellen behandelplan

Als een patiënt op basis van de Wet Bopz wordt opgenomen, stelt de psychiater een behandelplan op. Voordat hij dat doet, pleegt hij overleg met de instelling of de psychiater die voortgaand aan de opname de patiënt

behandelde of begeleidde, alsmede met de huisarts van de patiënt (artikel 38 lid 2 Wet Bopz). Het uitgangspunt hierbij is dat de patiënt voor deze gegevensoverdracht toestemming moet geven. Geeft de patiënt hiervoor geen toestemming, dan mag de arts toch informatie verstrekken als er sprake is van een 'conflict van plichten'. In de psychogeriatric wordt het behandelplan doorgaans door de specialist ouderengeneeskunde opgesteld. Voor de psychogeriatric wordt de specialist ouderengeneeskunde op grond van de wet gelijkgesteld aan de psychiater.

Inzage dossiers door de Inspectie De Wet Bopz bepaalt dat de IGZ recht heeft op inzage in de medische dossiers van personen die in hun geestesvermogen zijn gestoord, zonder dat de betrokkenen daarvoor toestemming hoeven te geven. Het gaat dan om de medische dossiers van personen die zich bevinden in een ziekenhuis, al dan niet psychiatrisch, of bij een andere organisatie waar deze personen worden gehuisvest, onderzocht of behandeld. De inspecteurs van de IGZ hebben deze bevoegdheid alleen voor zover dat noodzakelijk is voor de vervulling van hun taak (artikel 63 lid 4 Wet Bopz).

5.7 Identificatie van patiënten met burgerservicenummer (BSN)

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

Patiënten moeten zich bij alle zorgverleners (kunnen) identificeren. Artsen dienen het burgerservicenummer (BSN) van de patiënt te controleren bij een betrouwbare bron. De identificatie heeft als doel om 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 op elk ander moment dat het redelijkerwijs nodig is om zich ervan te vergewissen dat het BSN betrek-

king 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 of een vreemdelingendocument. Dit laatste is een identiteitsbewijs waarmee vreemdelingen hun identiteit, nationaliteit en hun rechtmatig verblijf in Nederland kunnen aantonen. De arts mag geen scan of kopie van een identiteitsbewijs maken of bewaren. De legitimatieplicht geldt voor iedereen; er wordt geen leeftijdsgrens gehanteerd. De identificatieplicht geldt vanaf de geboorte. Ouders moeten daarom een geldig legitimatiebewijs van hun kind hebben als zij zich tot een hulpverlener wenden.

Moet een patiënt een spoedbehandeling ondergaan in het ziekenhuis en heeft hij geen legitimatie bij zich, dan wordt hij in staat gesteld om zich binnen twee weken alsnog te legitimeren.

Gebruik BSN bij gegevensuitwisseling

Bij het uitwisselen van persoonsgegevens in het kader van het verlenen van zorg, van de indicatiestelling voor zorg en van de verzekering voor zorg, vermeldt de arts het BSN van de patiënt.

Dit geldt alleen als de persoonsgegevens worden verstrekt aan een andere zorgverlener, een indicatieorgaan of een zorgverzekeraar, en slechts voor zover het verstrekken van die gegevens toegestaan is.

Van patiënten met wie 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 om de identiteit van een patiënt vast te stellen, bijvoorbeeld:

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

In die gevallen mag het BSN van de 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.

5.8 Beeld- en geluidsoptnamen

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

In de zorg worden op verschillende momenten en op verschillende plekken beeld- en geluidsoptnamen gemaakt. Soms worden die opgenomen beelden/geluiden opgeslagen. In die gevallen is sprake van een registratie en zijn de bepalingen van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) van toepassing. In andere gevallen worden de beelden niet opgeslagen. Er is dan sprake van monitoring (live meekijken) en dan is de Wbp niet van toepassing. Wel kunnen andere bepalingen van toepassing zijn, zoals de Wgbo en in het bijzonder artikel 7:459 BW. Op grond van die bepalingen moet de hulpverlener de behandeling buiten de waarneming van anderen verrichten. Bij monitoring is daarvan

geen sprake, dus mag dat alleen met toestemming van de patiënt.

Soms worden beeld- en geluidsoptnamen gemaakt in het kader van de zorgverlening aan patiënten. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om 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.

Algemeen

In het algemeen geldt dat opnamen waar gegevens op zichtbaar/hoorbaar zijn die tot een patiënt herleidbaar zijn, onder het beroepsgeheim vallen. Dit betekent bijvoorbeeld dat opnamen van telefoongesprekken onder het beroepsgeheim vallen, voor zover daarop hoorbaar is over wie dat gesprek gaat, of tussen wie dat gesprek wordt gevoerd. 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.

De vraag of en waarvoor de opnamen mogen worden gebruikt, hangt af van

het vooraf opgestelde doel. Als het doel primair de zorgverlening aan de patiënt is, dan mogen de opnamen niet voor een ander doel worden gebruikt, tenzij de betrokkene daarvoor toestemming geeft.

Of een opname tot het medisch dossier van een patiënt behoort, hangt af van het doel ervan. Als het doel van de opname louter is gericht op de behandeling of begeleiding van de patiënt en het bewaren van die gegevens voor een goede hulpverlening noodzakelijk is, behoort de opname tot het medisch dossier. De patiëntenrechten (en de uitzonderingen daarop) zijn er dan op van toepassing.

Opnamen in het kader van onderwijs

Soms worden opnamen gemaakt in het kader van onderwijs, bijvoorbeeld om de gesprekstechnieken van een student te beoordelen. Een dergelijke opname behoort niet tot het medisch dossier van een patiënt. Het doel van de opname is dan immers niet gelegen in de patiëntenzorg, maar in de opleiding van een arts. De patiënt moet in dit geval 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. Het doel van de opnamen met deze camera's is preventie en controle, om te zorgen voor veilige zorg. Gemaakte opnamen vallen niet onder het medisch dossier van een patiënt. Het doel is immers niet patiëntenzorg.

De bezoekers van de instelling moeten gewezen worden op het camera-toezicht en het doel daarvan. Dit kan bijvoorbeeld door de camera's goed zichtbaar op te hangen. Bovendien moeten bij de ingang borden staan, waarop het cameratoezicht wordt aangekondigd.

Opnamen met het oog op de beveiliging van personen, gebouwen, terreinen, zaken en productieprocessen vallen onder de vrijstelling van de meldingsplicht bij de Autoriteit Persoonsgegevens (voorheen CBP), mits aan de voorwaarden wordt voldaan van artikel 38 Vrijstellingsbesluit Wbp. Volgens die

voorwaarden hoeft videocameratoezicht niet te worden gemeld als:

- het plaatsvindt voor een van de doelen die zijn genoemd in artikel 38, lid 3, Vrijstellingsbesluit Wbp;
- er geen andere persoonsgegevens worden opgeslagen dan genoemd in lid 4;
- de persoonsgegevens slechts worden verstrekt aan personen genoemd in lid 5; en
- de persoonsgegevens uiterlijk vier weken worden bewaard.

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 kort (doorgaans niet langer dan vier weken) bewaard.

Heimelijk toezicht

Het maken van opnamen zonder dat dit bekend is (of kan zijn) bij degene die opgenomen wordt, is in beginsel niet toegestaan. Dit mag alleen wanneer er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat sprake is van ernstig onrechtmatig handelen. De opnamen mogen

dan alleen worden gemaakt met een specifiek doel dat strikt is omschreven. Te denken valt aan een verdenking van Münchhausen by proxy, dat door middel van cameratoezicht of monitoring kan worden vastgesteld. De beelden mogen slechts worden bewaard voor zolang dat noodzakelijk is voor het doel van de opnamen. 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 een patiënt. Te denken valt aan opnamen met betrekking tot de voortgang van de behandeling. Vooraf moet worden bepaald wat er met de opname gebeurt. Het is bijvoorbeeld voorstelbaar dat de opname slechts eenmalig gezien hoeft te worden en aansluitend kan worden vernietigd. Ook is het voorstelbaar dat de opname langer bewaard moet worden en aan het medisch dossier wordt toegevoegd. In het laatste geval zijn de bewaartermijn en de patiëntenrechten, zoals inzage en afschrift, erop van toepassing.

Voor het maken van opnamen in het kader van de behandeling is toestemming van de patiënt vereist. Daarbij

moet de patiënt worden geïnformeerd over het doel van de opname en de bewaartermijn. Deze opnamen mogen niet voor een ander doel gebruikt worden dan waarvoor ze zijn gemaakt (behandeling van de patiënt). Verstrekking van deze gegevens aan anderen dan de patiënt mag alleen met toestemming van die patiënt.

Het verstrekken van een kopie van de opname aan een patiënt mag achterwege blijven als dat noodzakelijk is in het belang van de privacybescherming van een ander dan de patiënt.

Opnamen van telefoongesprekken

In sommige instellingen worden binnenkomende en uitgaande telefoongesprekken opgenomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om telefoongesprekken tussen de patiënt en de telefonist, triagist of doktersassistent. Zo is het bijvoorbeeld gebruikelijk dat gesprekken met eerstehulpdiensten en huisartsenposten worden opgenomen. Er is geen wettelijke verplichting om telefoongesprekken op te nemen. Als gesprekken echter wel worden opgenomen, dan heeft de patiënt rechten met betrekking tot die gegevens.

Als een gesprek wordt opgenomen, moet de patiënt van die opname, en van het doel ervan, op de hoogte worden gesteld. Vaak krijgen bellers eerst een bandje te horen met de mededeling dat het telefoongesprek wordt opgenomen. Ook kunnen patiënten via een informatiefolder of een website worden geïnformeerd.

Het hoofddoel van een telefoonopname 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 de Autoriteit Persoonsgegevens. De patiënt heeft op grond daarvan het recht om de gesprekken terug te luisteren. Zo nodig mag hij een kopie van een 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 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 redenen zijn om gesprekken langer te bewaren, bijvoorbeeld als een juridische procedure is ingezet en de opnamen als bewijs kunnen dienen. Als gegevens langer bewaard worden, moet men zich ervan bewust zijn dat de patiënt inzagerecht heeft.

In sommige gevallen worden telefoon-gesprekken tussen collega's opgenomen. Dit gebeurt dan bijvoorbeeld met het oog op afstemming over een patiënt. Het opnemen van intercollegiale gesprekken mag slechts als dat noodzakelijk is voor een vooraf opgesteld doel, en voor zover de deelnemers aan het gesprek daarvan op de hoogte zijn. De gesprekken mogen alleen worden gebruikt voor het doel waarvoor ze zijn opgenomen en worden slechts bewaard zo lang dat noodzakelijk is voor dat doel. Als persoonsgegevens worden uitgewisseld, dan vallen deze onder het medisch beroepsgeheim.

In sommige gevallen moet de inhoud van het gesprek in het medisch dossier van een patiënt worden opgenomen. De dossierplicht (zie [paragraaf 6.1](#)) ver-

plicht immers tot het aantekenen van gegevens die voor een goede zorgverlening aan de patiënt relevant zijn. Dat kan door een kopie van de geluidsopname te bewaren, maar ook door een samenvatting van het gesprek in het dossier te voegen. De patiëntenrechten ten aanzien van het medisch dossier zijn dan ook van toepassing op de inhoud van het gesprek.

Opmen voor radio, televisie of internet

Regelmatig worden in zorginstellingen, bijvoorbeeld in verloskamers, opnamen gemaakt van medische handelingen om deze later uit te zenden op radio, televisie of internet.

Artsen en zorginstellingen horen primair het gezondheidsbelang van de patiënt te dienen. Dit betekent dat patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat een zorginstelling of spreekkamer een plaats is waarbinnen hun veiligheid, lichamelijke integriteit en privacy te allen tijde gewaarborgd zijn. Omdat mediaproducties over het algemeen niet gericht zijn op het directe belang van de patiënt, dienen arts en ziekenhuis zeer terughoudend te zijn bij het leggen van contacten tussen journalisten en patiënten.

Soms kan het gerechtvaardigd zijn om toch mee te werken aan een mediapro-

ductie waarbij opnames gemaakt worden van patiënten. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de arts en/of instelling van oordeel zijn dat de mediaproductie een relevant doel dient. Relevante doelen kunnen bijvoorbeeld zijn:

- educatie over en bijdragen aan begrip voor een bepaalde patiëntengroep of aandoening;
- wetenschapsvoorlichting;
- voorlichting over het werk van zorgverleners;
- profilering van de zorginstelling;
- bijdragen aan de maatschappelijke discussie over een medisch-ethisch onderwerp.

Bij het maken van mediaproducties moeten inbreuken op het welzijn en de privacy van de patiënt zo veel mogelijk worden vermeden. Als deze inbreuken onvermijdelijk zijn, moet gekozen worden voor een vorm en/of inhoud waarbij deze inbreuken zo minimaal mogelijk maken.

Opnamen zijn alleen toegestaan met expliciete toestemming van de instelling, de patiënt en de hulpverleners die aanwezig zijn bij de opnamen. De patiënt, de hulpverleners en de instelling kunnen op elk moment hun toestemming intrekken. Het moet voor patiënten duidelijk zijn waarvoor ze toestemming geven en het is raadzaam

om daarbij een bedenktijd in te stellen. Bij minderjarigen en patiënten die wilsonbekwaam zijn (zoals mensen met gevorderde dementie) moet de toestemming (mede) gevraagd worden aan de ouder(s), voogd(en) of wettelijk vertegenwoordiger. Patiënten die worden gezien op de SEH, of die zich anderszins in een kwetsbare, spoedeisende situatie bevinden waarin geen bedenktijd bestaat, kunnen vooraf geen rechtsgeldige toestemming voor een opname geven. Om die reden is grote terughoudendheid geboden bij het filmen van patiënten in dergelijke situaties.

Het is verstandig om voorafgaande aan de opnamen schriftelijk vast te leggen wat afgesproken is over de opname en de uitzending ervan. In die afspraken kan bijvoorbeeld worden vastgelegd dat de patiënt, de instelling en de hulpverleners vóór de uitzending van de opnamen de mogelijkheid hebben om tegen de uitzending bezwaar te maken.

Patiënt maakt opnamen of laat opnamen maken

Steeds vaker maken patiënten of familieleden beeld- of geluidsopnamen voor, tijdens of na een medische behandeling. De huisregels van een instelling kunnen bepalingen bevatten die het maken van opnamen verbie-

den of beperken. Deze beperkingen kunnen gelegitimeerd zijn met het oog op de privacy van andere patiënten en van de hulpverleners in de instelling. Om die reden getuigt het van fatsoen om de arts vooraf op de hoogte te stellen van de opname. Er is evenwel geen juridische plicht om dit te doen.

Het gebeurt regelmatig dat een patiënt opnamen maakt van een gesprek met een hulpverlener, om dat later nog eens terug te kunnen luisteren. Met het oog op de informatieplicht van de hulpverlener kan een dergelijke opname nuttig zijn. Het is voorstelbaar dat arts en patiënt overeenkomen dat de opname alleen het einde/het concluderende deel van het consult/gesprek betreft. De arts kan dan de (strekking van de) uitleg nog eens herhalen met het oog op de opname.

Hoewel de geluidsopnamen niet openbaar gemaakt mogen worden, kan de patiënt in voorkomende gevallen besluiten om een geluidsopname als bewijsmiddel in te brengen in een juridische procedure. Ook heimelijk gemaakte opnamen kunnen onder omstandigheden als bewijsmiddel in een juridische procedure gelden, zoals is gebleken uit de (tucht)rechtspraak ([CTG 19 januari 2016](#)). De arts dient zich hiervan bewust te zijn. Het is mede daarom van belang dat een arts zich altijd zorgvuldig uitlaat in aanwezig-

heid van een patiënt en zijn naasten, en dat hij zijn informatieplicht uiterst serieus neemt.

5.9 Gebruik medische gegevens voor kwaliteitsdoeleinden

De hoofdregel met betrekking tot de toegang tot en het gebruik van medische gegevens die tot de persoon van een patiënt herleidbaar zijn, is dat hiervoor expliciete toestemming van de patiënt nodig is. Juristen gaan er veelal van uit dat dit anders ligt als deze medische gegevens worden gebruikt voor kwaliteitsdoeleinden, zoals bij incidentmeldingen en kwaliteitsvissitaties. Het gebruik van de gegevens voor deze doelen ligt in het verlengde van het verlenen van goede zorg. Daarom nemen juristen aan dat voor die gevallen geldt dat sprake is van veronderstelde toestemming, mits die gegevens uitsluitend voor kwaliteitsdoelen worden gebruikt. De patiënt moet dan wel vooraf kennis hebben kunnen nemen van de mogelijkheid dat zijn gegevens voor kwaliteitsdoelen worden gebruikt. Ook moet hij in staat zijn gesteld om hiertegen bezwaar te maken – voor zover de wet geen verplichting bevat om patiëntgegevens in voorkomende gevallen voor kwaliteitsdoelen te gebruiken. Hierna gaan wij nader in op zowel de

incidentmeldingen als de kwaliteitsvisite.

5.9.1 Incidentmeldingen

De arts of de instelling informeert patiënten vooraf in algemene zin over het doel en de opzet van de meldingsprocedure die binnen de instelling bestaat.

Indien een incident gevolgen heeft of kan hebben voor de patiënt, informeert de arts de patiënt zelf ook over het incident.

Voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg is het van belang om onbedoelde gebeurtenissen tijdens het zorgproces, die tot schade aan de patiënt hebben geleid of zouden kunnen leiden ('incidenten'), te melden en te analyseren. Naar aanleiding van die analyse kan de zorgaanbieder zo nodig verbetermaatregelen treffen. Bij deze incidentmeldingen gaat het niet om de schuldvraag met betrekking tot het incident, maar om kwaliteitsverbetering van de zorg.

Het melden van incidenten als intern kwaliteitsinstrument wordt ook wel het systeem van 'Veilig Incident Melden'

(VIM) genoemd. Zorgaanbieders zijn op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht om over een VIM-systeem te beschikken. Daarbij hoort ook een schriftelijke procedure waarin staat hoe met signalen van incidenten wordt omgegaan.

De informatie in de meldingssytemen van incidenten is niet openbaar. De zorgaanbieder mag de gegevens niet aan derden verstrekken, tenzij de wet of rechtspraak de zorgaanbieder daartoe verplicht.

Herleidbare gegevens patiënt

Bij een melding van een incident worden bij voorkeur geen gegevens gebruikt die tot de patiënt herleidbaar zijn. Op grond van de wet mag een arts wel zonder toestemming van de patiënt gegevens beschikbaar stellen die nodig zijn om het incident te onderzoeken. Zoals gezegd zijn de gegevens in het meldsysteem niet openbaar, ook niet voor de patiënt. De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat de gegevens alleen gebruikt kunnen worden door de personen die het incident behandelen.

Informatie aan patiënt

De zorgaanbieder informeert patiënten in algemene zin over het doel en de opzet van de procedure die de instelling hanteert voor het melden en analyseren van incidenten. Ook informeert hij de patiënten over de mate waarin in dat kader gegevens kunnen worden gebruikt die tot de patiënt herleidbaar zijn. Bovendien geeft hij aan welke regels er in dit kader gelden voor de bescherming van de privacy van de patiënt. Deze informatie kan bijvoorbeeld in een patiëntenfolder of op de website worden opgenomen.

Als er een incident heeft plaatsgevonden dat voor de patiënt tot merkbare gevolgen heeft geleid of nog kan leiden, informeert de verantwoordelijke hulpverlener de patiënt daarover. Ook geeft hij aan wat de (waarschijnlijke) toedracht van het incident was. De informatie over de aard en de toedracht van het incident en over de (mogelijke) gevolgen ervan, worden ook opgenomen in het medisch dossier. Zie voor meer informatie ook de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA).

Inzage door derden in de rapportage

Aan de hand van de melding stelt de MIP- of VIM-commissie een rapport met bevindingen op. Dit rapport is voor intern gebruik; de patiënt krijgt geen kopie en heeft geen recht op inzage in dit rapport. De patiënt dient wel geïnformeerd te worden over het incident en de melding daarvan in het meldingssysteem. De informatie uit het meldingssysteem is niet openbaar. Daarom dient een lid van de MIP- of VIM-commissie die meldingen analyseert, zich te beroepen op zijn (afgeleid) verschoningsrecht als hij wordt opgeroepen om als getuige voor de rechter te verschijnen.

Bescherming melder

Dat de informatie uit het meldingssysteem niet openbaar is, geldt ook met betrekking tot de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de OvJ. De informatie uit het systeem mag alleen worden verstrekt als een wet of rechterlijke uitspraak de instelling daartoe verplicht. Op grond van de wet mag informatie uit het VIM-systeem niet in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt tegen de melder of een betrokken arts. Op deze hoofdregels bestaan twee uitzonderingen:

1. Gegevens uit het meldingssysteem mogen als strafrechtelijk bewijs worden gebruikt als de gegevens redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen. De melder heeft dus geen absolute vrijstelling van strafrechtelijke vervolging ('immunititeit').
2. Als uit de informatie in het meldingssysteem blijkt dat er sprake is van een calamiteit in de zin van de Wkkgz, moet de zorgaanbieder dit melden bij de IGZ (zie [paragraaf 4.3](#)).

Zie ook het KNMG-beleidsdocument '[Veilig melden](#)'

5.9.2 Kwaliteitsvisitatie

Medische gegevens worden gebruikt in het kader van kwaliteitsvisitatie. De toestemming van de patiënt wordt daarvoor verondersteld.

De patiënt moet in algemene zin zijn geïnformeerd over de mogelijkheid dat zijn gegevens in het kader van een kwaliteitsvisitatie kunnen worden gebruikt.

Een kwaliteitsvisitatie is een intercollegiale toetsing met kwaliteitsverbe-

tering als doel. Het is een instrument voor een individuele arts of voor een groep artsen om hun functioneren te evalueren en daar feedback op te ontvangen. De visitatie wordt uitgevoerd door personen die zelf ook een geheimhoudingsplicht hebben.

Een kwaliteitsvisitatie bestaat uit verschillende onderdelen. Een onderdeel kan zijn dat de kwaliteit van de dossiervoering, en daarmee van de verleende zorg, wordt geëvalueerd. Via een aselechte steekproef kunnen patiëntendossiers worden geselecteerd en beoordeeld.

Voor de inzage in de medische dossiers in het kader van de kwaliteitsvisitatie wordt de toestemming van de patiënt verondersteld. Het doel van de visitatie is om de kwaliteit van de zorg te evalueren en te verbeteren, en niet om het functioneren van een individu te beoordelen. De patiënt moet wel vooraf op de hoogte zijn gesteld dat zijn medische gegevens voor dit doel gebruikt kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld via een informatiefolder. Daarnaast moet de patiënt de gelegenheid hebben gekregen om bezwaar te maken tegen het gebruik van zijn medische gegevens voor de kwaliteitsvisitatie. Als aan deze voorwaarden is voldaan – en de patiënt heeft geen bezwaar gemaakt – kan van

‘veronderstelde toestemming’ van de patiënt worden uitgegaan. Dan mogen de medische gegevens van de patiënt dus gebruikt worden voor de kwaliteitsvisitatie.

5.10 Verstrekken van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, statistiek en onderwijs

Hoofregel bij het verstrekken van herleidbare patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek of statistiek, 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 als 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 persoonsgegevens worden gebruikt die tot individuele patiënten herleidbaar zijn.

Uitzonderingen

Op de hoofregel dat de betrokkene expliciet toestemming moet geven voor het verstrekken van herleidbare gegevens bestaan twee uitzonderingen:

1. Toestemming vragen kan in redelijkheid niet worden verlangd

De eerste uitzondering heeft betrekking op ‘indirect identificerende gegevens’. Dat zijn gegevens die niet rechtstreekse te herleiding zijn tot de betrokkene, maar die het de onderzoeker wel mogelijk maken om met de middelen die hem ter beschikking staan de identiteit van de betrokkene zonder onevenredige tijd en moeite te achterhalen. Te denken valt bijvoorbeeld aan gegevens die zijn ontdaan van de naam van de patiënt, maar die door een combinatie met andere gegevens wel tot deze patiënt zijn te herleiden.

Dergelijke indirect identificeerbare gegevens mogen zonder toestemming van de patiënt worden verstrekt, als het vragen van toestemming in redelijkheid niet kan worden verlangd, bijvoorbeeld omdat dit een onevenredige inspanning zou kosten. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als het om grote aantallen patiënten gaat of om patiënten die lang geleden zijn behandeld. In dat geval kan het een onevenredige hoeveelheid tijd of inspanning kosten om de actuele adressen van deze patiënten te achterhalen, teneinde hen om toestemming te vragen.

In dergelijke situaties is het toegestaan om indirect identificerende gegevens te verstrekken 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 als met het onderzoek een publicatie 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, voor zover van toepassing, van een code voorziet. Dit doet hij 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 die bedoeld zijn om tot herleiding van de betrokkene te komen;
- dat allen die bij het onderzoek betrokken zijn de Gedragscode Gezondheidsonderzoek van de Federatie van Medisch Wetens-

schappelijke Verenigingen (FMWV) naleven.

2. Toestemming vragen is redelijkerwijs niet mogelijk

De tweede uitzondering op de toestemmingsregel betreft gevallen waarin het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is. Hiervan is sprake als een van de volgende omstandigheden zich voordoet. In al deze gevallen mogen de gegevens van een patiënt worden verstrekt zonder diens toestemming:

- 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. Of 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 veel meer personen moeten worden voorgelegd dan voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen noodzakelijk is. Hiervoor gelden de volgende aanvullende voorwaarden:
 - Deze procedure is van tevoren vastgelegd in het onderzoeksprotocol.
 - De inzage vindt plaats bij, en onder verantwoordelijkheid van, de hulpverlener die bij de behandeling betrokken is.
 - Er worden niet meer gegevens ingezien dan voor het trekken van de steekproef noodzakelijk is.
 - De onderzoeker tekent een geheimhoudingsverklaring.
 - Als de steekproef is getrokken, dient alsnog toestemming te worden gevraagd aan diegenen die in het onderzoek worden betrokken.
- d. De toestemmingsvraag kan niet zinvol worden gesteld, omdat het onderzoek zich nog in een eerste voorbereidende fase bevindt. Hiervoor gelden de aanvullende voorwaarden:
 - De onderzoeker kan het voorgenomen onderzoek niet in een protocol omschrijven, zonder eerst inzage te krijgen in een beperkt aantal persoonsgegevens van een beperkt aantal personen.
 - Deze personen kunnen niet zinvol voor de vraag om toestemming worden aangeschreven, omdat nog onvoldoende kan worden omschreven voor welk onderzoek toestemming wordt gevraagd.

- De inzage vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de hulpverlener die bij de behandeling is betrokken.
 - Er worden niet meer gegevens ingezien dan noodzakelijk is voor het omschrijven van de vraagstelling.
 - Het doel en het tijdstip van de inzage zijn van tevoren schriftelijk vastgelegd tussen de hulpverlener en de onderzoeker.
 - De onderzoeker heeft een geheimhoudingsverklaring ondertekend.
- c. De betrokkenen hebben 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

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 en dat het niet zonder de gevraagde gegevens kan worden uitgevoerd. Ook blijkt uit het protocol dat het onderzoek niet 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 zo veel mogelijk indirect identificerende gegevens te zijn. Direct identificerende gegevens komen pas in aanmerking als dat werkelijk niet anders kan.
- 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 hebben tot het medisch dossier van de patiënt, 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 \(FMWV\)](#)

5.11 Verplichte melding van bepaalde infectieziekten

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 Wet publieke gezondheid bepaalt dat een arts die een bepaalde, in de wet genoemde, 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 wordt verstrekt die onder het beroepsgeheim valt, is geen toestemming van de patiënt noodzakelijk. Wel is het aan te raden de patiënt hierover te informeren.

Algemeen

Een arts moet het onverwijld aan de GGD melden, als:

- hij bij een door hem onderzocht persoon een ziektebeeld vaststelt met een oorzaak die volgens de stand van de wetenschap onbekend is; en
- hierbij een gegrond vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid.

Een arts moet het binnen 24 uur aan de GGD melden als:

- hij die een voor zijn praktijk ongevoen aantal gevallen vaststelt van een infectieziekte die niet behoort tot groep A, B1, B2 of C (zie hierna); en
- die infectieziekte een gevaar vormt voor de volksgezondheid.

Specifiek

De wet onderscheidt vier groepen infectieziekten: A, B1, B2 en C. Welke infectieziekten onder welke groep vallen, is te vinden op de website van het RIVM: [Welke infectieziekten zijn meldingsplichtig?](#)

Groep A

Als een arts een infectieziekte uit groep A bij een patiënt vermoedt of vaststelt, meldt hij dit onverwijld aan de GGD.

Groep B1

Als een arts bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte uit groep B1 vaststelt, meldt hij dit binnen 24 uur aan de GGD. Dit doet hij ook als hij een vermoeden heeft dat deze persoon lijdt aan difterie, een humane infectie die veroorzaakt wordt door een dierlijk influenzavirus of rabies.

Een arts meldt het ook binnen 24 uur aan de GGD als:

- hij gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte behorend tot groep B1 te vermoeden; en
- de betreffende persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is om die ziekte vast te stellen; en
- er daardoor ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan door de verspreiding van die infectieziekte.

Groep B2

Als een arts bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte uit groep B2 vaststelt, meldt hij dit binnen 24 uur aan de GGD.

Een arts meldt het ook binnen 24 uur aan de GGD als:

- hij gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte behorend tot groep B2 te vermoeden; en
- die persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is om die ziekte vast te stellen; en
- er daardoor ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan door de verspreiding van die infectieziekte.

Groep C

Als een arts bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep C vaststelt, meldt dit binnen 24 uur aan de GGD.

Welke gegevens verstrekken bij melding

De arts moet de bovengenoemde meldingen doen aan de GGD van de gemeente waarin hij praktijk heeft. Elke melding omvat de volgende gegevens:

- de naam, het adres, het geslacht, de geboortedatum, het burgerservice-nummer en de verblijfplaats van de betrokken persoon;
- de infectieziekte of een beschrijving van het ziektebeeld, de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprophylaxe, de vermoedelijke infectiebron, de datum van het vermoeden of de vaststelling van de infectie en de wijze van vaststelling van die infectieziekte;
- indien nodig: een melding of de betrokken persoon of 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.

6. Dossier en bewaartermijn

6.1 Dossierplicht

Artsen hebben de plicht om een medisch dossier bij te houden met betrekking tot de behandeling of begeleiding van een patiënt. Deze plicht rust in de eerste plaats op behandelend artsen. Voor beoordelend artsen geldt deze plicht zo veel mogelijk in gelijke zin, maar geldt in de regel een kortere bewaarplicht.

De wet verplicht artsen die patiënten behandelen, om een medisch dossier in te richten. In het medisch dossier neemt de arts alle gegevens op over de gezondheid van de patiënt en over de uitgevoerde verrichtingen, voor zover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is. De patiënt kan de arts niet van zijn verplichting ontheffen. Wel heeft de patiënt het recht om bijvoorbeeld gegevens op zijn verzoek te laten vernietigen (zie [paragraaf 7.3](#)).

Een zorgvuldig bijgehouden medisch dossier is van belang voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg aan de patiënt. Het doel van het medisch dossier is het leveren van een goede hulpverlening aan de patiënt. De arts, maar bijvoorbeeld ook de waarnemer, de opvolger en andere zorgverleners

die bij de behandeling betrokken zijn, moeten uit het medisch dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt is.

Het medisch dossier wordt ook gebruikt voor afgeleide doelen zoals kwaliteitstoetsing, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast kan het medisch dossier een rol spelen bij het afleggen van verantwoording over het medisch handelen, zoals bij klachten en claims, ook al is het daar niet primair voor bedoeld. Er zal een evenwicht moeten worden gevonden tussen enerzijds het borgen van de kwaliteit en continuïteit van de zorg, door zoveel mogelijk te noteren, en anderzijds de administratieve lasten die dat meebrengt.

Mede met het oog op elektronische gegevensuitwisseling dienen artsen de gegevens gestructureerd en volgens de daarvoor geldende standaarden vast te leggen. De kwaliteit van het medisch 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.

Ook voor artsen die een patiënt beoordelen, bijvoorbeeld in het kader van een keuring of bij een letselschade-

claim, geldt als regel dat zij de bijbehorende gegevens enige tijd zorgvuldig bewaren. De bewaartermijn is afhankelijk van de soort keuring en wat de wet daarover bepaalt en de beroepsverenigingen daarover hebben gezegd.

6.2 Inhoud van het dossier

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

Het is niet mogelijk om voor elke situatie aan te geven welke gegevens de arts in het medisch dossier moet opnemen. Zo zullen er grote verschillen bestaan tussen het medisch dossier van een behandelend arts en dat van een beoordelend arts. Voor beide situaties vereist de wet dat in het medisch 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 invulling van deze wettelijke norm is afhankelijk van de zorgrelatie waarin de arts tot de patiënt staat. Zo gelden er specifieke eisen voor de inrichting en overdracht van het bedrijfsgeneeskundig dossier. Deze zijn opgenomen in het KNMG-advies hierover uit 2009 (zie www.nvab-online.nl). Zie in dit kader ook [paragraaf 2.2](#).

Het medisch dossier van een specialist ouderengeneeskunde wordt ingericht volgens de 'Nota medische verslaglegging. Dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde' (Verenso 2009, www.verenso.nl). Daarnaast gelden er specifieke eisen voor de jeugdhulpverlening. Op grond van de Jeugdwet moet een jeugdhulpverlener in het medisch dossier gegevens opnemen omtrent de geconstateerde opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, en de verrichtingen die bij de patiënt zijn uitgevoerd. Ook moet de jeugdhulpverlener andere stukken die dergelijke gegevens bevatten in het medisch dossier opnemen, voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de betrokkene noodzakelijk is.

In een behandeldossier (een medisch curatief dossier) wordt in het algemeen het volgende vastgelegd:

- de inhoud van het medisch handelen;
- gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van de zorg;
- gegevens die voor een patiënt ook bij de volgende behandeling of een volgend onderzoek relevant zijn; en
- schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt.

Zie in dit kader de KNMG-publicatie [‘Van wet naar praktijk. Implementatie van de Wgbo, deel 3, Dossier en bewaartermijn’](#)

Hierna volgt de beschrijving van enkele specifieke gegevens die al dan niet in een medisch dossier thuishoren.

Gegevens ontvangen van derden

Gegevens die een behandelend arts van een derde over zijn patiënt krijgt, bewaart hij in het medisch dossier van de patiënt, voor zover die gegevens noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening aan de patiënt. De arts en de verstrekker van de gegevens moeten zich daarbij realiseren dat de patiënt recht heeft op inzage in het medisch dossier en op die wijze kennis kan nemen van de informatie.

Voor medehulpverleners is dit doorgaans vanzelfsprekend; voor naasten die een signaal willen afgeven, is dat vaak in mindere mate het geval. Zo nodig wijst de arts de informatieverstrekker erop, dat hij enkel iets met de gegevens kan doen, als hij daarover met de patiënt mag spreken onder vermelding van de naam van de gegevensverstrekker. Het is onverstendig als de arts heimelijk informatie over zijn patiënt verzamelt, op grond daarvan actie onderneemt en de patiënt hierover in het ongewisse laat.

Gegevens over een euthanasie

De formulieren en verslagen die een arts in het kader van een euthanasie invult, opstelt en ontvangt, maken onderdeel uit van het medisch dossier van de (vaak inmiddels overleden) patiënt. Hiertoe behoren onder meer het verslag van de SCEN-arts of een of meer andere in consult geroepen artsen, en een kopie van de melding en het beredeneerd verslag dat de arts aan de gemeentelijke lijkschouwer dient te overleggen. Ook een eventuele schriftelijke wilsverklaring maakt onderdeel uit van het medisch dossier.

Aantekeningen over kindermishandeling en huiselijk geweld

In het kader van kindermishandeling en huiselijk geweld brengt de dossierplicht mee dat een arts zo zorgvuldig en zo feitelijk mogelijk alle relevante gegevens in het medisch dossier van de minderjarige/cliënt vastlegt. Onder deze gegevens vallen alle waarnemingen die de arts doet, alle informatie die hij krijgt, alle stappen die hij zet en alle contacten die hij heeft, (Hetero) anamnestic verkregen subjectieve gegevens dienen als zodanig herkenbaar te worden genoteerd. Ook tekent de arts het in het medisch dossier aan, als achteraf blijkt dat een melding bij Veilig Thuis onterecht is gedaan. Zie verder ook artikel 3 van de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld en [paragraaf 5.2](#).

Dossiervoering bij incidenten

In de Wkkgz is de verplichting opgenomen om in het medisch dossier informatie op te nemen over eventuele incidenten met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt. Het gaat dan om informatie over de aard en toedracht van het incident, het tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden en de namen van de betrokken hulpverleners. Gegevens die in het kader van een onderzoek naar het incident worden

verkregen, worden niet in het medisch dossier bewaard. Het doel van deze registraties is de kwaliteit van de 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. Daarom behoren ze niet tot het medisch dossier.

Verklaringen van de patiënt

Op verzoek van de patiënt voegt de arts aan het medisch dossier een verklaring toe, die door de patiënt is afgegeven over de stukken die in het medisch dossier zijn opgenomen (zie ook [paragraaf 7.2](#)).

Vastleggen van 'informed consent'

Een arts moet zijn patiënt op duidelijke wijze informeren 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 de zorg noteert de arts in het medisch dossier of, en welke, informatie is gegeven. Als de arts dat nodig vindt, noteert hij ook of de patiënt (of diens vertegenwoordiger, zie [paragraaf 7.5](#)) toestemming heeft gegeven voor de behandeling.

Op verzoek van de patiënt noteert de arts voor welke verrichtingen de patiënt toestemming heeft gegeven. 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 medisch dossier te noteren. Dat mag overigens wel. Ook mag de arts in het medisch dossier opnemen voor welke verrichtingen de patiënt geen toestemming heeft gegeven.

Correspondentie over schadeclaims en klachten

Correspondentie over schadeclaims en klachten hoort niet in het medisch dossier thuis. Deze gegevens dienen immers niet primair het doel van de dossierplicht, te weten een goede hulpverlening aan de patiënt.

Financiële gegevens

Gegevens die betrekking hebben op de financiële administratie rond een patiënt (zoals declaraties), vallen buiten het medisch dossier van de patiënt. Ze vallen wel onder de geheimhoudingsplicht van de arts. Omdat de arts veelal verplicht is een financiële administratie bij te houden, komt de patiënt niet het recht toe de vernietiging van deze gegevens te verlangen.

Inhoud dossiers gedwongen opgenomen patiënten

De wet stelt aparte eisen aan de inhoud van het medisch dossier van onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten. Dergelijke dossiers moeten onder andere de volgende onderdelen bevatten: het behandelingsplan, de voortgangsrapportages, de 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, en rapporten die door of aan de inrichting zijn uitgebracht over de uitvoering van de opgelegde maatregel van terbeschikkingstelling.

6.3 Persoonlijke werkaantekeningen

Naast dossieraantekeningen maken artsen vaak ook persoonlijke werkaantekeningen. Dit zijn aantekeningen die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtevorming. Vaak staan er (tijdelijke) indrukken, vermoedens of vragen in. De aantekeningen zijn tijdelijk van aard en de arts dient ze na

verloop van tijd te vernietigen, dan wel in het medisch dossier op te nemen als ze alsnog van belang zijn voor een goede zorgverlening aan de patiënt. Persoonlijke werkaantekeningen zijn niet bedoeld om onder ogen van anderen dan de arts te komen. Worden ze wel met anderen gedeeld, dan is geen sprake meer van een persoonlijke werkaantekening. In dat geval moet de aantekening in het medisch dossier worden opgenomen of worden vernietigd.

Persoonlijke werkaantekeningen zijn tijdelijke aantekeningen, die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtevorming en die bij de arts gerezen indrukken, vermoedens of vragen bevatten. Ze worden op een veilige plaats buiten het medisch dossier bewaard en de arts dient ervoor te zorgen dat ze na verloop van tijd worden vernietigd.

Persoonlijke werkaantekeningen maken geen onderdeel uit van het medisch dossier en moeten op een veilige plek, apart van het medisch dossier worden bewaard. In sommige digitale dossiers is een aparte ruimte gereserveerd voor het maken van persoonlijke werkaantekeningen.

De KNMG adviseert om zeer terughoudend gebruik te maken van persoonlijke werkaantekeningen en de gegevens zorgvuldig op te slaan.

De patiënt heeft geen recht op inzage in of een afschrift van persoonlijke werkaantekeningen.

6.4 Bewaartermijnen

Hoofregel voor bewaartermijn

Hoofregel is dat behandelend artsen elk medisch dossier ten minste vijftien jaar bewaren.

Een medisch behandeldossier moet vijftien jaar worden bewaard. Algemeen wordt aangenomen dat de bewaartermijn start op het moment dat de behandeling of begeleiding is afgerond. Dit is in afwijking van de letter van de wet, op grond waarvan de bewaartermijn aanvangt op het moment dat de gegevens zijn vervaardigd. Dit levert praktische problemen op bij dossiers van patiënten die gedurende een langere periode worden behandeld, gevolgd of begeleid. Uit deze dossiers zouden dan jaarlijks

delen die ouder zijn dan vijftien jaar vernietigd moeten worden, terwijl de behandeling/begeleiding nog doorloopt. Er loopt nog steeds een discussie of de bewaartermijn niet verlengd moet worden. Met het oog daarop adviseert de KNMG behandeldossiers, op grond van goed hulpverlenerschap (zie hierna), langer dan vijftien jaar te bewaren.

Sectorspecifieke regelingen

De bewaartermijn van een medisch dossier kan per medische sector verschillen. Binnen de bedrijfsgeneeskunde start de bewaartermijn doorgaans aan het einde van het dienstverband van de werknemer (zie ook [paragraaf 2.2](#)). De bewaartermijn van medische gegevens die verkregen zijn uit zogenoemde 'opdrachtsituaties', is afwijkend. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om gegevens uit aanstellingskeuringen, uit verplichte medische beoordelingen tijdens het dienstverband en uit sociaal-medische begeleiding. Dergelijke gegevens worden bewaard zo lang dat noodzakelijk is voor het doel waarvoor het onderzoek is verricht (zie ook hierna bij de uitzonderingen).

Binnen het sociale domein kunnen afwijkende bewaartermijnen gelden voor het bewaren en vernietigen van gegevens. Voor het UWV is dit bijvoorbeeld

uitgewerkt in de UWV-richtlijn 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts'. Binnen de jeugd- en gehandicaptensector is het gebruikelijk dat de bewaartermijn van vijftien jaar voor dossiers van minderjarigen pas begint te lopen bij het bereiken van de meerderjarigheidsgrens (achttien jaar). Deze patiëntgegevens dienen dus bewaard te blijven tot het 34e levensjaar is bereikt. Dit geldt ook voor gegevens over vermoedens van kindermishandeling die in het medisch dossier van de minderjarige zijn opgetekend.

Afwijken van de hoofdregel

De arts vernietigt een medisch dossier na vijftien jaar, tenzij sprake is van een uitzondering. Die uitzonderingen beschrijven we hieronder.

Goed hulpverlener

Langer bewaren moet, als dat uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Een arts bewaart gegevens langer dan vijftien jaar als dat redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Bijvoorbeeld als dat nodig is om goede (continue) zorg te kunnen

(blijven) bieden. Dit doet zich vaak voor bij langlopende of terugkerende behandelingen, zoals bij chronische ziekten en in de huisartsenzorg. De arts bepaalt zelf of hij de gegevens langer bewaart.

Wettelijke plicht

Als een wet dat voorschrijft, moet van de bewaartermijn worden afgeweken. De arts bewaart de gegevens dan langer of korter.

Op grond van verschillende wetten moet een arts soms van de bewaartermijn uit de Wgbo afwijken. Hieronder beschrijven we enkele voorbeelden daarvan.

De [Wet op de medische keuringen](#) (hierna: Wmk) en de Wgbo bepalen dat keuringsgegevens worden bewaard zolang dat noodzakelijk is voor het doel waarvoor de keuring werd verricht. Vaak zal dit aanzienlijk korter zijn dan de algemene bewaartermijn van vijftien jaar. De bewaartermijn varieert afhankelijk van het doel van de keuring en/of de beslissing die op basis van de keuring is genomen. Neem bijvoorbeeld een medische keuring voor acceptatie van een verzekering. Als na deze keuring de

gewenste verzekering tot stand komt, dan blijven de keuringsgegevens gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst relevant en dienen deze tot het einde van de looptijd te worden bewaard. Als de gewenste verzekeringsovereenkomst echter niet tot stand komt, dan moeten de keuringsgegevens binnen drie maanden na die beslissing worden vernietigd. Hetzelfde geldt voor situaties waarin de beslissing die op basis van de keuring is genomen, onherroepelijk is geworden, zoals na het afgeven van een verklaring van rijvaardigheid op basis van een (rijbewijs)keuring.

Het medisch dossier van patiënten die gedwongen zijn opgenomen op grond van de [Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen](#) (Wet Bopz), blijft bewaard tot vijf jaar na het tijdstip waarop het gedwongen verblijf is beëindigd (artikel 3 Besluit patiëntendossier Bopz). Deze termijn mag worden verlengd als dit redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als redelijkerwijs is te voorzien dat de patiënt opnieuw zal worden opgenomen. Vernietiging van het medisch dossier na vijf jaar ligt dan niet voor de hand.

Gedurende de eerste vijf jaar mag de patiënt geen beroep doen op zijn ver-

nietigingsrecht. Na die periode moet een beroep op het vernietigingsrecht in beginsel gehonoreerd worden, tenzij de bewaring van het dossier 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 geneeskundige verklaringen die in verband daarmee zijn afgegeven, moeten ten minste tot vijf jaar na dagtekening worden bewaard en maximaal vijf jaar na het einde van de gedwongen Bopz-opneming worden vernietigd.

De **Archiefwet** schrijft voor dat universitair medische centra een aantal basisdocumenten gedurende 115 jaar (gerekend vanaf de geboortedatum van de betreffende patiënt) moeten bewaren. Het betreft documenten zoals de ontslagbrief, het operatieverslag, het anesthesieverslag, het PA-verslag, het verslag van spoedeisende hulp en documenten die gegevens over calamiteiten bevatten. Voor de overige gegevens geldt een bewaartermijn van twintig jaar.

Het **Arbeidsomstandighedenbesluit** bepaalt (artikel 4.10C), dat de resultaten van een arbeidsgezondheidskundig onderzoek bij werknemers die zijn blootgesteld aan bepaalde gevaarlijke stoffen, tot ten minste veertig jaar na

beëindiging van hun blootstelling moeten worden bewaard. Het **Besluit stralingshygiëne** bepaalt (artikel 100) dat dossiers van werknemers die zijn blootgesteld aan ioniserende straling moeten worden bewaard totdat de werknemer de leeftijd van vijfenzeventig jaar heeft bereikt of zou hebben bereikt, maar ten minste tot dertig jaar nadat de persoon de handelingen heeft beëindigd.

Tot slot zijn er nog andere wettelijke bepalingen die een uitzondering op de bewaartermijn kunnen opleveren. Voor de bewaartermijn 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 medisch dossier langer of korter dan de voorgeschreven vijftien jaar worden bewaard.

Een patiënt mag zijn arts verzoeken (delen van) zijn medisch dossier, in afwijking van de hoofdregel, langer te bewaren. In het kader van 'goed hulp-

verlenerschap' ligt het voor de hand aan dit verzoek gehoor te geven.

Een patiënt kan ook verzoeken om vernietiging van (delen van) zijn medisch dossier (zie [paragraaf 7.3](#)). Als aan dat verzoek gehoor wordt gegeven, vervalt daarmee (uiteraard) de bewaartermijn die op die gegevens rust.

Geanonimiseerde gegevens

Op geanonimiseerde gegevens rust geen wettelijke bewaartermijn. Deze gegevens kunnen bewaard blijven zolang dat noodzakelijk wordt geacht. Dergelijke gegevens behoren niet tot een medisch dossier.

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. Geanonimiseerde gegevens behoren niet tot het medisch dossier van een patiënt.

6.5 Beheer van het dossier

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

De dossierplicht en de bewaarplicht rusten ingevolge de wet op de 'hulpverlener'. Dit is ofwel een arts die niet in een instelling werkt, ofwel de raad van bestuur of de directie van een instelling. Afhankelijk van waar de patiënt behandeld wordt, is de arts of de raad van bestuur verantwoordelijk voor het beheer van het medisch dossier. Dit is ook de 'verantwoordelijke' voor het medisch dossier in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens. De verantwoordelijke stelt het beleid vast voor het beheer en de instandhouding van het digitale systeem en de gegevensbestanden. Ook bepaalt en bewaakt de verantwoordelijke de wijze van dossiervoering en het dossierbeheer vanaf het moment van vastlegging tot het moment van vernietiging. De raad van bestuur heeft evenwel geen recht op inzage in de dossiers.

Naast de instelling blijft de individuele arts medeverantwoordelijk voor het beheer van de dossiers. Hij is bovendien aanspreekbaar op de inhoud van

het medisch dossier en moet betrokken worden als de patiënt gebruik wil maken van zijn patiëntenrechten (zie [hoofdstuk 7](#)).

De Wbp legt aan de verantwoordelijke verschillende plichten op. Zo heeft de verantwoordelijke een informatieplicht jegens de patiënt van wie hij gegevens bewaart. Dit betekent dat hij de patiënt moet informeren over 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 moet aangeven 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. Bovendien is de verantwoordelijke verplicht om (deels geautomatiseerde) dossierbestanden te melden bij de Autoriteit Persoonsgegevens via de website www.autoriteitpersoonsgegevens.nl.

Goed beheer van een medisch dossier houdt ook in dat de verantwoordelijke (de arts of de instelling) bepaalt wat er met de dossiers moet gebeuren als de arts of de instelling stopt. In de praktijk kan zich het probleem voordoen dat er geen opvolger voor de praktijk wordt

gevonden. De arts die zijn praktijk neerlegt, blijft dan zelf verantwoordelijk voor de dossiers die in zijn praktijk achterblijven. Problematischer is het, als de arts inmiddels is overleden. Om deze laatste situatie zo veel mogelijk te voorkomen dient de arts tijdig te regelen waar en door wie zijn dossiers bewaard zullen worden als hij is overleden of als hij om een andere reden plotseling niet meer in staat is om zelf de dossiers te beheren. Deze plicht vloeit voort uit de wettelijke plicht om dossiers te bewaren en uit de geheimhoudingsplicht. Patiënten moeten voor zover mogelijk op de hoogte worden gebracht van de regeling die de arts heeft getroffen.

Zie ook de KNMG-richtlijn '[Overdracht van dossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging](#)'

6.6 Eigendom van het dossier

Noch een arts noch een patiënt heeft het juridisch eigendom van een medisch dossier. De arts of de instelling is wel eigenaar van de gegevensdrager (de computer of het papieren dossier). Daarnaast heeft de arts heeft op grond van zijn dossierplicht zeggenschap over de opname en wijziging van ge-

gevens in het dossier.

Omdat de patiënt er geen eigenaar van is, kan hij het fysieke dossier niet opeisen. Ook niet nadat de behandelingsovereenkomst is beëindigd. De patiënt heeft wel bepaalde rechten met betrekking tot de inhoud van de gegevens die over hem in het medisch dossier zijn opgenomen. Zo heeft hij onder meer het recht om de gegevens in te zien en zo nodig aan te vullen, te corrigeren, te vernietigen of daarvan een afschrift te krijgen (zie hierna in [paragraaf 7.2 en 7.3](#)).

6.7 Overdracht dossier in het kader van continuïteit van zorg

Uit de zorg van een goed hulpverlener vloeit voort, dat de arts op verzoek van de patiënt (de inhoud van) het medisch dossier ter beschikking stelt aan de arts die de behandeling of begeleiding voortzet of overneemt.

Als de behandeling van een patiënt wordt overgenomen door een nieuwe arts, is het binnen de huisarts- en verpleeghuisgeneeskundige sectoren gebruikelijk dat het medisch dossier van die patiënt wordt overgedragen

aan de nieuwe arts. Dit gebeurt met het oog op de continuïteit van de zorg. Uit de zorg van een goed hulpverlener vloeit voort, dat de arts - op verzoek en met toestemming van de patiënt - (de inhoud van) het medisch dossier aan de nieuwe arts ter beschikking stelt. Het medisch dossier kan op verschillende manieren worden overgedragen.

Bij de overdracht van een medisch dossier is het in ieder geval van belang dat dit zorgvuldig gebeurt, zodat de gegevens niet verloren kunnen gaan. Dit betekent doorgaans dat de arts het dossier zonder tussenkomst van de patiënt overdraagt aan de nieuwe arts. Ook moet de bewaartermijn in acht worden genomen. Als een origineel (papieren) medisch dossier wordt overgedragen, neemt de nieuwe arts de bewaartermijn daarvan over. De nieuwe arts kan de belangrijkste gegevens samenvatten en in zijn eigen medisch dossier overnemen.

Bij digitale dossiers kan ervoor worden gekozen om een kopie van de gegevens aan de nieuwe arts over te dragen. Het originele medisch dossier blijft dan bij de arts achter. Die bewaart het dan gedurende de wettelijke bewaartermijn.

6.8 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten

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

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

Papieren dossiers en ingekomen correspondentie worden tegenwoordig vaak ingescand en digitaal opgeslagen. Dit roept de vraag op of het papieren dossier en de ingekomen correspondentie daarna mogen worden vernietigd. Dit is inderdaad toegestaan. De wet stelt namelijk geen inhoudelijke eisen aan de wijze waarop een medisch dossier wordt ingericht of vormgegeven. De dossierplicht houdt in dat de betreffende arts relevante informatie noteert (zie [paragraaf 6.1](#)). Dit betekent dat een arts ook een scan in het medisch dossier mag opnemen.

Belangrijk is wel dat dossiergegevens, dus ook een opgeslagen scan, voldoende toegankelijk en raadpleegbaar zijn en blijven. Het medisch dossier dient

immers primair het belang van een kwalitatief goede zorgverlening. 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 ook mogelijk om de belangrijkste informatie samengevat over te nemen in het digitale dossier.

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

7. Patiëntenrechten met betrekking tot het dossier

7.1 Inzage in en afschrift van het dossier

Hoofregel

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

Een patiënt heeft recht op inzage in en afschrift van zijn medisch dossier. Dit recht van de patiënt op kennisneming van gegevens die over hem worden opgeslagen, heeft een fundamenteel karakter. Dit betekent onder andere dat het – uitzonderingen daargelaten – de patiënt niet onthouden mag worden zijn medisch dossier in te zien en/of daarvan een kopie op te vragen. De arts mag de patiënt begeleiden bij de inzage. De arts moet volgens de wet ‘zo spoedig mogelijk’ inzage in en afschrift van het dossier geven. Algemeen wordt aangenomen dat dit in ieder geval binnen twee tot vier weken gebeurt.

Uitzondering

Er wordt geen inzage in of afschrift van (een deel van) het medisch dossier verleend als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor

wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft.

Het recht op inzage kent één uitzondering: er wordt aan een patiënt geen inzage in of een afschrift van (een deel van) het medisch dossier verleend als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft. De arts beargumenteert deze beslissing. Dat wil zeggen dat hij beoordeelt of de persoonlijke levenssfeer van de ander door de inzage wordt geschonden en of het belang van de privacybescherming van de ander zwaarder weegt dan het belang van de patiënt op inzage in zijn medisch dossier.

Ter voorkoming van dergelijke dilemma's doet de arts er verstandig aan om personen die gegevens over een patiënt verstrekken, te wijzen op dit risico. Opname van gegevens van derden in het dossier, zonder medeweten van de betrokken patiënt, dient daarom bij voorkeur niet plaats te vinden.

Afschrift en de kosten daarvan

De arts mag voor de verstrekking van een afschrift van het medisch dossier een redelijke vergoeding in rekening brengen.

7.2 Toevoegen van verklaring aan dossier, recht op correctie en afscherming

De patiënt heeft het recht om aan zijn medisch dossier een verklaring toe te voegen over de stukken die in het dossier zijn opgenomen.

Verklaring toevoegen

Een patiënt heeft het recht om aan zijn medisch dossier een verklaring toe te voegen over de stukken die in het dossier zijn opgenomen. Een dergelijke verklaring kan een zienswijze van de patiënt bevatten over de bevindingen van de arts of een andere hulpverlener, bijvoorbeeld in het kader van een second opinion. Met de verklaring kan de patiënt bereiken dat in het dossier een beeld van zijn persoon of van zijn gezondheidstoestand wordt geschetst, dat in zijn ogen volledig en juist is. Ook als de arts het niet eens is met de verklaring van de patiënt, moet die verklaring opgenomen worden in het medisch dossier. De patiënt heeft ook het recht om zijn toestemming voor een verrichting van ingrijpende aard in het medisch dossier te laten vastleggen (artikel 7:451 BW).

Recht op correctie

De patiënt heeft het recht (artikel 36 Wbp) om feitelijke onjuistheden in zijn medisch dossier te laten corrigeren. Met feitelijke onjuistheden wordt bijvoorbeeld een foute vermelding van adresgegevens bedoeld of onjuiste gegevens over onderzoeken en behandelingen in het verleden. Het recht op correctie strekt niet zo ver dat bijvoorbeeld de diagnose mag worden gewijzigd. Is de patiënt het niet eens met een diagnose, dan mag hij een verklaring aan het medisch dossier laten toevoegen, waarin zijn (afwijkende) visie op de diagnose wordt weergegeven (zie hiervoor).

Afschermen

De arts dient op verzoek van de patiënt gegevens af te schermen die feitelijk onjuist zijn, die voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn, of die anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt (artikel 36 Wbp). Dit komt erop neer dat de betreffende gegevens beschikbaar blijven, maar niet meer zichtbaar zijn in het medisch dossier en niet meer gebruikt worden. Afschermen kan bijvoorbeeld nodig zijn als de verwerking van de persoonsgegevens weliswaar onrechtmatig is, maar de

gegevens bewaard moeten blijven met het oog op mogelijke gerechtelijke procedures.

Termijn

De arts geeft binnen vier weken na het indienen van een verzoek tot correctie of afscherming gemotiveerd aan of, en in hoeverre hij aan het verzoek voldoet. Honoreert hij het verzoek, dan brengt hij de correctie of de afscherming zo spoedig mogelijk in het medisch dossier aan.

7.3 Recht op verwijdering en vernietiging

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

Aangeraden wordt om het verzoek tot vernietiging schriftelijk te laten indienen en dit verzoek, bijvoorbeeld als correspondentie, buiten het dossier te bewaren. Ook kan de arts in het dossier aantekenen dat (en wanneer) de patiënt een verzoek tot vernietiging van gegevens heeft gedaan. Daarbij mag hij niet aangeven welke gegevens zijn vernietigd.

Aangeraden wordt om het verzoek tot vernietiging schriftelijk te laten indienen en dit verzoek, bijvoorbeeld als correspondentie, buiten het dossier te bewaren. Ook kan de arts in het dossier aantekenen dat (en wanneer) de patiënt een verzoek tot vernietiging van gegevens heeft gedaan. Daarbij mag hij niet aangeven welke gegevens zijn vernietigd.

Een patiënt heeft het recht om dossiergegevens te laten vernietigen. Aan een verzoek hiertoe moet de arts binnen drie maanden gehoor geven, tenzij er sprake is van een uitzondering op het vernietigingsrecht. Het vernietigingsrecht vloeit voort uit de Wgbo en de Wbp. De Wgbo is niet in alle gevallen (volledig) van toepassing op arts-patiëntcontacten (zie ook de inleiding van deze Richtlijn). In gevallen waarin de Wgbo niet of beperkt van toepassing is, kan het vernietigingsrecht beperkt zijn. Zie daarover de uitzonderingen in deze paragraaf.

Aangeraden wordt om het verzoek tot vernietiging schriftelijk te laten indienen en dit verzoek, bijvoorbeeld als correspondentie, buiten het dossier, te bewaren. Ook kan de arts in het medisch dossier aantekenen dat een deel ervan is vernietigd op verzoek van de patiënt. Daarbij tekent de arts aan dat de patiënt een verzoek tot vernietiging heeft gedaan, maar niet welke gegevens

zijn vernietigd. Het recht op vernietiging geldt alleen voor gegevens die de arts in het kader van zijn dossierplicht heeft opgeslagen. Het geldt niet voor andere gegevens, zoals financiële gegevens die de arts op andere gronden moet bewaren.

Verzoekt de patiënt om vernietiging van het gehele medisch dossier, dan kan de arts aanbieden om (in plaats van vernietiging) het originele medisch dossier aan de patiënt af te staan. Zodoende wordt bereikt dat de patiënt op een later tijdstip de gegevens alsnog aan een arts ter beschikking kan stellen. De arts is niet verplicht om dit te doen. Als een patiënt om vernietiging van zijn hele medisch dossier vraagt, wijst de arts zo nodig op de gevaren daarvan en kan hij afraden om tot vernietiging over te gaan. Volhardt de patiënt in zijn wens om het medisch dossier te vernietigen, dan gaat de arts daartoe over.

Uitzonderingen op het vernietigingsrecht op grond van de Wgbo

Op het vernietigingsrecht van de patiënt bestaan vier 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.

c. De vernietiging belemmert goed hulpverlenerschap.

d. De Wgbo is slechts deels van toepassing.

a. Een andere wet schrijft bewaartermijn voor

De eerste uitzondering betreft de situatie dat een andere wet een afwijkende bewaartermijn voorschrijft, waarbinnen de gegevens niet vernietigd mogen worden. Een voorbeeld van een dergelijke wet is de Wet Bopz en het bijbehorende Besluit patiëntendossier Bopz. Hierin is bepaald dat bepaalde medische gegevens pas vijf jaar na beëindiging van een opname op grond van de Wet Bopz vernietigd mogen worden. In die periode mag de patiënt zijn vernietigingsrecht niet uitoefenen. Andere gegevens mogen langer worden bewaard, indien de noodzaak daartoe uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Een ander voorbeeld is de lijst van te vernietigen archiefstukken van universitair medische centra, die op basis van de Archiefwet (zie [paragraaf 6.4](#)) 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 deze medische gegevens zou ondermijnd worden als op verzoek van een patiënt deze gegevens tussentijds vernietigd worden.

Ook op gegevens die door het UWV zijn verzameld, rust een afwijkende bewaartermijn, op grond waarvan het vernietigingsrecht niet volledig kan worden uitgevoerd. Zie bijvoorbeeld de UWV-richtlijn 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts' op www.NVVG.nl.

b. Aanmerkelijk belang van een derde bij het bewaren van de gegevens

Een verzoek om vernietiging van bepaalde gegevens mag ook worden afgewezen als een ander dan de patiënt een aanmerkelijk belang heeft bij het bewaren van die gegevens. De arts moet dan aannemelijk maken dat het belang van die ander groter is dan het belang dat de patiënt heeft bij de

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 de informatie in het medisch dossier van een moeder, dat haar kind met donorzaad is verwekt. De arts moet een verzoek om vernietiging van die informatie 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.

Ook de arts (of een medewerker van de arts of instelling) kan een aanmerkelijk belang hebben bij het bewaren van bepaalde gegevens. Dit is bijvoorbeeld het geval als de arts op reële gronden kan aannemen dat de patiënt een gerechtelijke procedure tegen hem zal aangespannen, en hij voor zijn verdediging gegevens uit het medisch dossier wil gebruiken. Echter, het enkele feit dat een patiënt mogelijk een klacht zal indienen, is onvoldoende grond om een vernietigingsverzoek af te wijzen.

Vernietigt de arts het medisch dossier op verzoek van de patiënt en kan de

arts om die reden voor zijn verweer geen gebruik meer maken van de gegevens uit het medisch dossier, dan komt dit voor risico van de patiënt.

c. Belemmering van goed hulpverlenerschap

De arts neemt bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht. Daarbij dient hij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de professionele standaard (artikel 7:453 BW). Er zijn situaties voorstelbaar waarin een verzoek tot vernietiging van een medisch dossier strijdig is met het goed hulpverlenerschap. In dat geval kan de arts een beroep doen op de derde uitzondering op het vernietigingsrecht van de patiënt. Dit vergt een zorgvuldige afweging van de arts. Gedacht kan worden aan een verzoek van een ouder om informatie over vermeende mishandeling uit het medisch dossier van het kind te halen. Of aan informatie die zo cruciaal is voor de behandeling, dat door vernietiging daarvan de arts geen goede zorg meer zou kunnen verlenen en hij de behandelingsovereenkomst zou moeten opzeggen.

Een ander voorbeeld betreft minderjarige patiënten van twaalf tot zestien jaar. Volgens de wet zijn deze patiënten

zelfstandig bevoegd om een vernietigingsverzoek te doen (zie [paragraaf 7.5](#)). Verzoekt een minderjarige om vernietiging van een heel medisch dossier, dan mag een arts op grond van goed hulpverlenerschap een dergelijk verzoek negeren. In het algemeen is het niet in het belang van (de continuïteit van zorg aan) een minderjarige als zijn hele medisch dossier wordt vernietigd.

De arts moet een weigering van een vernietigingsverzoek op grond van goed hulpverlenerschap altijd kunnen motiveren.

d. Wgbo deels van toepassing

De Wgbo is niet rechtstreeks van toepassing als - kortweg - in opdracht van een derde een keuring wordt verricht bij een patiënt. De Wgbo is in dergelijke situaties wel van 'overeenkomstige toepassing'. Dat betekent dat de bepalingen uit de Wgbo van toepassing zijn 'voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet'. Het vernietigingsrecht is daarom niet in alle gevallen in volle omvang van toepassing.

In de bedrijfsgeneeskundige zorg is de Wgbo van toepassing op de zogenoemde 'vrijwillige contacten'. Dat is anders voor de zogenoemde 'opdrachtsituaties': daarop is de Wgbo alleen van overeenkomstige toepassing. Het gaat

dan bijvoorbeeld om sociaal-medische begeleiding en om verplichte medische keuringen tijdens het dienstverband. De werknemer heeft geen vernietigingsrecht ten aanzien van de gegevens die daaruit verkregen zijn, omdat de aard van de verhouding tussen de bedrijfsarts en de werknemer en de belangen van de werkgever zich tegen vernietiging van de gegevens op verzoek van de werknemer verzetten (zie verder [paragraaf 2.2](#)). Hetzelfde geldt overigens voor een publiekrechtelijke arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

7.4 Beroepsgeheim en recht op geheimhouding

7.4.1 Het beroepsgeheim

Artsen hebben een beroepsgeheim. Het beroepsgeheim dient zowel het collectieve belang van de maatschappij, als het individuele belang van de patiënt. Het algemeen (collectieve) belang van het beroepsgeheim bestaat eruit dat iedereen zich vrijelijk voor hulp en bijstand tot een arts moet kunnen wenden. 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 gebruikt of aan derden wordt verstrekt. De patiënt weet derhalve dat

hij volledige openheid kan betrachten jegens zijn arts.

Het beroepsgeheim bestaat uit twee delen: een zwijgplicht en een verschoningsrecht.

Zwijgplicht

De arts heeft de plicht om te zwijgen over alles wat hem bekend wordt tijdens de uitoefening van zijn vak.

De arts heeft de plicht om te zwijgen over alles wat hem tijdens zijn beroepsuitoefening over een patiënt bekend wordt. Dit moet ruim uitgelegd worden. Ook het gegeven dat een patiënt onder behandeling is bij een arts, valt bijvoorbeeld onder de zwijgplicht. De arts moet ervoor zorgen dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt, dan wel inzage in of een afschrift van (een deel van) het medisch 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 wat ze tijdens de behandeling van de patiënt, maar ook daarbuiten, te zien of te horen krijgen. In de KNMG-gedragsregels is ook een bepaling over de zwijgplicht van een arts opgenomen:

‘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 behandelende 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’.

In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is de zwijgplicht voor alle beroepsbeoefenaars in de individuele gezondheidszorg geregeld (artikel 88 Wet BIG). Ook in de Wgbo heeft het beroepsgeheim een plek gekregen (artikel 7:457 lid 1). Daarnaast is het opzettelijk schenden van de geheimhouding in het Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld (artikel 272 WvSr).

Verschoningsrecht

Het verschoningsrecht geeft de arts het recht zich tegenover de politie en tegenover justitie te verschonen van het afleggen van een getuigenverklaring of van het beantwoorden van vragen als hij, door te spreken, zijn geheimhoudingsplicht zou schenden. De arts beoordeelt of hij zich ten aanzien van de gestelde vragen op zijn verschoningsrecht moet beroepen. De toestemming van de patiënt heft het verschoningsrecht van de arts niet zonder meer op. 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. De rechter toetst een beroep op het verschoningsrecht marginaal.

Niet alle beroepsbeoefenaars met een geheimhoudingsplicht (op grond van de wet of een contract) hebben een eigen verschoningsrecht. Medewerkers zonder eigen verschoningsrecht, zoals secretaresses, operatieassistenten, telefonistes en portiers, zullen zich moeten beroepen op een van de arts afgeleid verschoningsrecht. Het verdient aanbeveling om hierop te wijzen in de arbeidsovereenkomst van deze personen. De raad van bestuur

(RvB) van een instelling heeft ook een afgeleid verschoningsrecht. Als de RvB of een medewerker zonder eigen verschoningsrecht door politie of justitie wordt verzocht informatie te verstrekken, moet deze zich met die vraag tot de arts wenden. Hij beslist daarover.

7.4.2 Algemene uitzonderingen op het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim is niet absoluut. Op de hoofdregel dat geen informatie aan derden mag worden verstrekt, bestaan uitzonderingen. Deze leiden tot een spreekrecht van de arts, en soms ook tot een spreekplicht. Hieronder worden deze uitzonderingen in algemene zin besproken.

Toestemming van de patiënt

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

patiënt verplicht de arts overigens niet om te spreken.

Veronderstelde toestemming van de patiënt

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

1. 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 1.4](#)). Omdat de patiënt instemt met de verwijzing, wordt verondersteld dat hij ook toestemming geeft voor het verstrekken van informatie aan die medisch specialist. De patiënt kan bezwaar maken tegen het opnemen van bepaalde gegevens in de verwijsbrief. In dat geval mogen er geen gegevens worden verstrekt.

2. De patiënt is niet op de hoogte van de gegevensverstrekking

Is de patiënt niet (meer) in staat om toestemming te geven voor de verstrekking van zijn medische gegevens, dan kan de arts in bepaalde gevallen

de toestemming veronderstellen. De arts doet dit aan de hand van aanwijzingen of gedragingen uit het verleden, waaruit de toestemming is af te leiden. Vaak is het mogelijk om op grond van veronderstelde toestemming bepaalde gegevens aan een echtgenoot van de patiënt of aan familie te verstrekken. Als de patiënt bezwaar heeft gemaakt tegen de gegevensverstrekking, kan de toestemming uiteraard niet verondersteld worden.

Wettelijke bepaling

Een arts is niet gehouden aan zijn beroepsgeheim als een wettelijke bepaling hem verplicht informatie aan een derde te verstrekken. Voorbeelden zijn de verplichte melding van een infectieziekte op grond van de Wet publieke gezondheid ([paragraaf 5.11](#)) en de meldingsprocedure bij euthanasie.

Er zijn ook wettelijke bepalingen die de arts het recht geven het beroepsgeheim te doorbreken. In dergelijke gevallen maakt de arts een afweging of hij van die wettelijke mogelijkheid gebruikmaakt.

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. Overigens mogen alleen gegevens worden verstrekt die noodzakelijk zijn voor het doel van de betreffende wetsbepaling.

Rechtstreeks betrokken hulpverleners, vervangers en vertegenwoordigers

Volgens artikel 7:457 lid 2 BW geldt de geheimhoudingsplicht niet ten opzichte van:

- a. personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, voor zover die gegevens noodzakelijk zijn voor het verrichten van de werkzaamheden ([paragraaf 1.3](#));
- b. vervangers van artsen, voor zover de gegevens noodzakelijk zijn voor het verrichten van diens werkzaamheden (zie verder [paragraaf 1.3](#));
- c. personen die optreden als vertegenwoordiger van de patiënt, bijvoorbeeld een ouder, curator of mentor (zie verder [paragraaf 7.5](#)).

Conflict van plichten

Heeft een arts informatie over een patiënt die hij vanwege zijn beroepsgeheim niet mag prijsgeven, maar komt hierdoor een ander zwaarwegend

belang in het gedrang? Dan kan hij in een 'conflict van plichten' komen. Het gaat hier om situaties waarin de arts meent zijn zwijgplicht te moeten doorbreken, omdat een ander concreet belang zwaarder weegt en omdat met het doorbreken van de zwijgplicht een ernstig nadeel voor de patiënt of een andere persoon kan worden voorkomen. In deze situaties mag de arts een uitzondering maken op het beroepsgeheim.

Een voorbeeld van zo'n situatie is een patiënt die aangeeft dat hij een met naam genoemde persoon iets ernstigs wil aandoen. Het belang van die persoon kan dan zwaarder wegen dan het belang van de patiënt op geheimhouding. In deze situatie zou de arts kunnen besluiten zijn beroepsgeheim te doorbreken en de politie (of het slachtoffer) in te lichten over het voorgenomen plan van de patiënt. Een ander voorbeeld is een patiënt die stomdronken in zijn auto naar huis wil gaan. Door de politie in te schakelen kan voorkomen worden dat een ander hierdoor mogelijk schade wordt aangedaan.

In beide gevallen moet de arts een afweging maken tussen verschillende belangen: het belang van de patiënt dat het geheim bewaard blijft versus een ander belang. De beslissing om de zwijgplicht al dan niet te doorbre-

ken, 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.). Om een beroep te kunnen doen op het 'conflict van plichten' moeten in beginsel alle onderstaande voorwaarden zijn vervuld:

- 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 om het probleem op te lossen dan door het doorbreken van de zwijgplicht.
- Als de arts de zwijgplicht niet doorbreekt, levert dat voor een ander ernstige schade op.
- Het is vrijwel zeker dat die schade kan worden voorkomen of beperkt door de zwijgplicht te doorbreken.

Het beroepsgeheim dient zo min mogelijk geschonden te worden en er mogen slechts direct relevante gegevens worden verstrekt. 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, hangt af van de omstandigheden van het geval.

Volgens de Hoge Raad kan er reden zijn voor een inbreuk op het beroepsgeheim, als er voldoende concrete aanwijzingen bestaan dat een ander zwaarwegend belang geschaad zou kunnen worden.

In de jurisprudentie is als zwaarwegende reden onder meer het recht op informatie over afstamming geaccepteerd, alsmede, in bepaalde gevallen, het aanvechten van een testament. Als iemand meent dat hij een zwaarwegend belang heeft bij het verstrekken van gegevens, zal hij de arts daarvan moeten overtuigen.

7.5 Patiëntenrechten bij vertegenwoordiging van minderjarigen en wilsonbekwamen

Als een patiënt minderjarig en/of wilsonbekwaam is, wordt hij vertegenwoordigd door een andere persoon. Er gelden specifieke regels voor het uitvoeren van patiëntenrechten door deze vertegenwoordigers. Bij de regeling voor vertegenwoordiging maakt de wet onderscheid tussen:

- minderjarigen tot 12 jaar;
- minderjarigen van 12 tot 16 jaar;
- minderjarigen van 16 en 17 jaar en wilsonbekwame minderjarigen;
- meerderjarige wilsonbekwame patiënten.

Vertegenwoordigers van minderjarigen tot 12 jaar

Ouder(s) of voogd(en) die met het gezag zijn belast van een minderjarige tot 12 jaar, voeren namens deze minderjarige alle patiëntenrechten uit.

Uitzondering: In het kader van goed hulpverlenerschap mag de arts afzien van het verstrekken van

informatie aan deze ouder(s) of voogd(en) en mogen ook andere patiëntenrechten geweigerd worden.

Minderjarigen tot 12 jaar worden vertegenwoordigd door hun ouder(s) of voogd(en), voor zover deze met het gezag zijn belast. De arts komt alle verplichtingen die uit de Wgbo en andere wetten voortvloeien, jegens hen na (art.7:465 lid 1 BW). Zo is de toestemming van de ouder(s)/voogd(en) nodig voor het sluiten van een behandelingsovereenkomst en voor het uitvoeren van verrichtingen. Ook hebben de ouder(s)/voogd(en) recht op informatie over de voorgenomen behandeling.

Het medisch beroepsgeheim geldt niet jegens de ouder(s) of voogd(en). Wel kan een hulpverlener, met een beroep op goed hulpverlenerschap, besluiten om de ouder(s)/voogd(en) geen informatie te verstrekken (artikel 7:457 lid 3 BW). De minderjarige moet overigens ook zelf geïnformeerd worden en wel op een manier die past bij het bevattingsvermogen van het kind (artikel 7:448 lid 1 BW). Hoe de situatie is als slechts één ouder gezag heeft, wordt beschreven in [paragraaf 5.1](#).

De ouder(s)/voogd(en) oefenen namens de minderjarige ook de overige

patiëntenrechten uit, zoals het vernietigingsrecht en het recht op aanvulling van het medisch dossier. Ook kunnen zij toestemming geven voor gegevensverstrekking aan derden. De arts mag in het kader van goed hulpverlenerschap afwijken van de wensen van de ouder(s)/voogd(en). Dit kan hij doen als voor hem duidelijk is dat de wens van de ouder(s)/voogd(en) niet in het belang is van het kind. Zie hierover ook [paragraaf 5.2](#), waarin wordt beschreven dat de arts op deze grond kan verhinderen dat er gegevens worden vernietigd over bijvoorbeeld vermoedens van kindermishandeling.

Vertegenwoordigers van minderjarigen van 12 tot 16 jaar

Een minderjarige van 12 tot 16 jaar oefent zelf de patiëntenrechten uit.

De met gezag belaste ouder(s) of voogd(en) hebben recht op informatie, voor zover die informatie relevant is voor het geven van toestemming voor een behandeling. Als dit recht strijd oplevert met de zorg van een goed hulpverlener, kan de arts beslissen om geen informatie te verstrekken.

Minderjarigen van 12 tot 16 jaar mogen niet zelf een behandelingsovereenkomst sluiten. Dat doen hun ouder(s)/voogd(en) namens hen. Voor een verrichting ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst is het noodzakelijk dat zowel de minderjarige als zijn ouder(s)/voogd(en) toestemming geven (artikel 7:450 lid 2 BW). In beginsel moet de toestemming van beide ouders verkregen worden, voor zover deze met het gezag zijn belast. In [paragraaf 5.1](#) wordt ingegaan op de situatie waarin de ouders gescheiden zijn en een van beide ouders het gezag heeft.

Om de ouder(s)/voogd(en) in staat te stellen toestemming voor de beoogde behandeling te geven, worden zij, naast de minderjarige zelf, over de behandeling geïnformeerd. Het beroepsgeheim staat daarvoor niet in de weg. De arts mag overigens op grond van goed hulpverlenerschap (artikel 7:457 lid 3 BW) ook afzien van het verstrekken van informatie aan de ouder(s)/voogd(en).

Volgens een strikte uitleg van de wet mag een minderjarige van 12 tot 16 jaar de patiëntenrechten zelfstandig uitoefenen. Dat betekent onder meer dat de arts jegens allen - inclusief de ouder(s)/voogd(en) - een eigenstandig beroepsgeheim heeft, met uitzonde-

ring van de hiervoor genoemde informatieplicht aan de ouder(s)/voogd(en) in het kader van een medische beslissing. Tegelijkertijd hebben gezagdragende en niet-gezagdragende ouders volgens de wet recht op algemene informatie over belangrijke feiten en omstandigheden die het kind of diens verzorging en opvoeding betreffen.

Minderjarigen kunnen in beginsel zelfstandig een vernietigingsverzoek doen (zie [paragraaf 7.3](#)). Op grond van de Meldcode kindermishandeling kunnen minderjarigen tussen 12 en 16 jaar echter niet zelfstandig gegevens over (een vermoeden van) kindermishandeling uit het dossier laten verwijderen (zie [paragraaf 5.1](#)). In de praktijk worden minderjarigen bij een bezoek aan de arts meestal begeleid door hun ouder(s)/voogd(en). Dat is nodig omdat - uitzonderingen daargelaten - voor een behandeling ook de toestemming van de ouder(s)/voogd(en) nodig is. Bovendien zullen de ouder(s)/voogd(en) juridisch moeten instaan voor de kosten van de behandeling. De arts betreft in die gevallen de ouder(s)/voogd(en) bij beslissingen over patiëntenrechten. Maar ook in het uitzonderlijke geval dat een minderjarige zonder vertegenwoordiger een arts bezoekt, zal de arts bij de uitvoering van de patiëntenrechten rekening moeten houden met de

taken en verantwoordelijkheden van de ouder(s)/voogd(en).

Vertegenwoordigers van minderjarigen van 16 en 17 jaar

Een minderjarige van 16 of 17 jaar oefent alle patiëntenrechten zelfstandig uit.

De met gezag belaste ouder(s) of voogd(en) hebben zonder toestemming van de minderjarige geen recht op medische informatie.

Een 16- of 17-jarige moet op dezelfde wijze behandeld worden als een meerderjarige. De wet (artikel 7:447 lid 1 BW) bepaalt dat minderjarigen van 16 of 17 jaar zonder tussenkomst van de gezagdragende ouder(s)/voogd(en) een rechtsgeldige behandelingsovereenkomst kunnen sluiten. Ook mag een 16- of 17-jarige zelf rechtshandelingen verrichten die onmiddellijk verband houden met de behandelingsovereenkomst. Bovendien mag hij alle patiëntenrechten zelfstandig uitoefenen.

Een 16- of 17-jarige heeft ook een zelfstandig recht op geheimhouding van zijn medische informatie. Zonder zijn toestemming mag geen informatie

aan derden, en dus ook niet aan zijn ouder(s)/voogd(en), worden verstrekt. In de praktijk worden veel minderjarigen bij een bezoek aan de arts begeleid door de ouder(s)/voogd(en). Deze worden dan bij beslissingen betrokken op grond van veronderstelde toestemming.

Wilsonbekwame minderjarigen

Minderjarigen (0-18 jaar) die wilsonbekwaam zijn, worden vertegenwoordigd door hun ouder(s) of voogd(en).

De ouder(s) of voogd(en) hebben in dat geval volledig recht op informatie en oefenen de patiëntenrechten met betrekking tot het medisch dossier namens de minderjarige uit.

Alle minderjarigen (0-18 jaar) die niet in staat zijn tot een redelijke afweging van hun belangen ter zake, worden vertegenwoordigd door hun ouder(s)/voogd(en). Deze oefenen namens hen de patiëntenrechten uit, zoals het recht op inlichtingen, inzage en afschrift, en vernietiging van het medisch dossier. Een minderjarige wilsonbekwame moet, voor zover dat mogelijk is, op een voor hem begrijpelijke wijze,

ingelicht worden over voorgenomen verrichtingen. In het kader van goed hulpverlenerschap (artikel 7:457 lid 3 BW) mag de arts zo nodig afzien van het verstrekken van informatie aan de ouder(s)/voogd(en).

Wilsonbekwame meerderjarigen

Een vertegenwoordiger van een meerderjarige wilsonbekwame patiënt oefent namens de patiënt de rechten uit die uit de Wgbo voortvloeien. De arts kan hiervan afwijken als het respecteren van deze rechten niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.

Indien een meerderjarige niet in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen ter zake (ofwel: wilsonbekwame is), kan een ander namens hem optreden als vertegenwoordiger. De Wgbo (artikel 7:456 lid 2 en 3 BW) hanteert een rangorde om te bepalen wie als vertegenwoordiger aangemerkt mag worden:

- een curator of mentor (door de rechter benoemd);
- een schriftelijk gemachtigde;

- een echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel;
- een ouder, kind, broer of zus.

Als er 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 om als vertegenwoordiger op te treden. Ontbreekt ook deze schriftelijk gemachtigde, dan treden de echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel namens de patiënt op. Ontbreken deze ook, dan treden de ouder(s), kind(eren), broer of zuster op als vertegenwoordiger. Komen er meerdere personen binnen dezelfde groep in aanmerking, dan moeten zij een persoon uit hun midden kiezen. 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 namens de patiënt de rechten uit die uit de Wgbo voortvloeien. De arts mag echter, in het kader van goed hulpverlenerschap, de informatie aan de vertegenwoordiger beperken. Deze uitzondering moet niet te snel worden aangenomen: de arts mag dit alleen doen in zeer uitzonderlijke gevallen.

Omgaan met medische gegevens

7. Patiëntenrechten met betrekking tot het dossier

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 de richtlijn omtrent geneeskundige verklaringen. Zie ook [paragraaf 1.2](#).

Artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 59.000 artsen en studenten geneeskunde. De KNMG heeft acht federatiepartners:



Richtlijn Omgaan met medische gegevens

is een uitgave van artsenfederatie KNMG

september 2016, Utrecht