

Vergaderjaar 2018–2019

34 994

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

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 22 februari 2019

Mede namens de Minister voor Rechtsbescherming, wil ik de leden van de fracties van de VVD, het CDA, D66, GroenLinks en de SP danken voor hun inbreng op het voorliggende wetsvoorstel houdende Wijziging van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, de Jeugdwet en enkele andere wetten ter verbetering van patiëntgerichte zorg en het opnemen van een wettelijke regeling voor het inzagerecht in het medisch dossier van een overleden patiënt. Ik stel vast dat de leden van de fracties de doelen van het wetsvoorstel onderschrijven. Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen die zij nog bij het wetsvoorstel hebben. De beantwoording van de vragen sluit zo veel mogelijk aan bij de volgorde van het verslag.

Dit wetsvoorstel wijzigt Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze afdeling is in het BW opgenomen bij de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. In de praktijk wordt deze afdeling van het BW vaak aangeduid als de WGBO. In deze nota naar aanleiding van het verslag wordt hierbij aangesloten.

2.1 Samen beslissen

De leden van de VVD-fractie vragen hoe wordt geborgd dat hulpverleners daadwerkelijk het gesprek aangaan met hun patiënt en of hierop bijvoorbeeld wordt toegezien door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Met «Samen beslissen» wordt nieuw elan gegeven aan de wijze van besluitvorming in de spreekkamer. Kenmerk ervan is gelijkwaardigheid tussen patiënt en zorgverlener als gesprekspartners. In het gesprek brengt de patiënt zijn persoonlijke situatie, vragen en voorkeuren ter tafel en de zorgverlener zijn of haar (medische) expertise over de behandelopties. «Samen beslissen» hoort bij een goede kwaliteit van zorg. Patiënten zijn zo meer tevreden en hebben meer vertrouwen in de behandeling. De voorgenomen wetswijziging vormt het juridische sluitstuk van de verschillende afspraken en maatregelen die tezamen het «Samen

beslissen» in de spreekkamer bevorderen. De beweging komt vooral vanuit de direct betrokken partijen zelf. Zo hebben de ondertekenaars van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019–2022 zich eraan gecommitteerd om de inmiddels ingezette programma's en maatregelen voort te zetten¹. Daarnaast zorg ik samen met het Zorginstituut Nederland (ZiNL) voor het tot stand komen van een pakket aan maatregelen, zoals het brengen van overzicht in de bestaande keuzehulpen voor patiënten bij het nemen van beslissingen over de zorgverlening. Ook bevorder ik met ziekenhuizen en medisch specialisten het opnemen van «Samen beslissen» in de (vervolg)opleidingen. Voor meer informatie over de maatregelen verwijs ik u naar mijn brief over de Ontwikkeling Uitkomstgerichte Zorg van 2 juli 2018².

De voorgestelde bepalingen over «Samen beslissen» zijn onderdeel van de privaatrechtelijke regels die in het BW zijn opgenomen over de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (WGBO). Eventuele geschillen hierover kunnen worden voorgelegd aan de burgerlijke rechter. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft geen formele toezichtstaken of bevoegdheden binnen het privaatrecht. De IGJ ziet dan ook niet rechtstreeks toe op de naleving van de WGBO. De IGJ houdt wel toezicht op het leveren van goede zorg op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Aangezien het leveren van goede zorg ook omvat dat zorgaanbieders de rechten van de patiënt (zoals opgenomen in de WGBO) zorgvuldig in acht moeten nemen, kan de IGJ in voorkomend geval langs deze weg, een zorgaanbieder hier wel op aanspreken.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe wordt geborgd dat hulpverleners voldoende tijd en ruimte hebben en nemen. Ook vragen zij of hulpverleners voldoende op de hoogte zijn van behandelingen die door andere hulpverleners worden aangeboden om te betrekken in het gesprek.

Zoals ik in mijn hierboven genoemde brief van 2 juli 2018 heb toegelicht, komt de aandacht voor uitkomstgerichte zorg en «Samen beslissen» vanuit de zorgsector zelf op gang. Partijen in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg hebben afgesproken dat in 2022 voor 50% van de ziektelast uitkomstinformatie beschikbaar is en dat «Samen beslissen» in de spreekkamer wordt bevorderd. Binnen het programma Uitkomstgerichte zorg³ wordt in kaart gebracht hoe hulpverleners tijd en ruimte voor de gesprekken het beste kunnen organiseren. In de praktijk is al goede ervaring hiermee opgedaan. In sommige ziekenhuizen worden bijvoorbeeld alternatieve zorgpaden ingericht, of wordt intensiever samengewerkt met de eerstelijnszorg of krijgen specialistisch verpleegkundigen een belangrijke rol om de achtergrond en behoeften van patiënten te bespreken. De goede voorbeelden krijgen een plek op het op te zetten leerplatform opdat de diverse hulpverleners van elkaar kunnen leren en niet in elke regio het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden.

De leden van de CDA-fractie vragen welke veranderingen deze wetswijziging in de praktijk zal bewerkstelligen en hoe in de praktijk wordt geregeld dat in het overleg zoveel mogelijk de informatieongelijkheid tussen hulpverlener en patiënt wordt opgeheven.

De voorgestelde wetswijziging biedt een duidelijk juridisch kader met regels die invulling geven aan het relatiemodel van «Samen beslissen». Met de voorgestelde wijziging van de WGBO wordt de huidige informatie-

¹ Zie Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019 – 2022, Kamerstukken II 2017/18, 29 248, nr. 311, onderdeel 2, onder Samen beslissen

² Kamerstukken II 2017/18, 31 476, nr. 21

³ Kamerstukken II 2017/18, 31 476, nr. 21

plicht van de hulpverlener aangevuld. De relatie tussen hulpverlener en patiënt wordt hierdoor verduidelijkt en de informatiepositie van de patiënt verbeterd. Ik zet niet alleen in op aanpassing van de wet, maar ook op concrete verbetermaatregelen in de praktijk. Deze maatregelen staan in het Rapport Uitkomstgerichte zorg 2018 – 2022 waarover ik u in mijn voorgenoemde brief van 2 juli 2018 heb geïnformeerd.

De leden van de SP-fractie vragen hoe wordt gegarandeerd dat de verplichte onderwerpen niet een afvinklijstje worden en dat de administratieve lasten voor de hulpverlener niet worden verhoogd.

«Samen beslissen» wordt niet gezien als een afvinklijstje. De ontwikkeling komt al vanuit de partijen zelf op gang. Hulpverleners geven zelf ook aan dat dit relatiemodel tot betere zorg leidt. Met de voorgenomen wetswijziging komt «Samen beslissen» beter tot uitdrukking in de wettekst. Zo is verduidelijkt uit welke elementen een goed overleg tussen hulpverlener en patiënt bestaat, zoals de patiënt uitnodigen tot het stellen van vragen. De aanpassing van de WGBO betreft derhalve een verduidelijking. Uit de regeldruktoets volgt dat deze aanpassing geen materiële verandering voor betrokken partijen oplevert.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de te bespreken onderwerpen zo specifiek zijn opgenomen en hoe al deze onderwerpen serieus behandeld kunnen worden binnen de beschikbare gesprektijd.

Het wettelijk kader moet voldoende duidelijk zijn om onduidelijkheden bij hulpverleners en patiënten te voorkomen. De huidige informatieplicht is op onderdelen aangescherpt om de huidige (eezijdige) informatieplicht van de hulpverlener in lijn te brengen met het relatiemodel van «Samen beslissen». De basiselementen voor het goede gesprek zijn in de wet opgenomen. Overigens kan een goed gestructureerd gesprek volgens het relatiemodel «Samen beslissen» juist ook tijd besparen. Daarbij geldt dat de beslissing niet in één gesprek hoeft plaats te vinden. Het wetsvoorstel biedt ruimte om de uiteindelijke keuze over de meest passende behandeling (of niet-behandeling) zo nodig in meerdere gesprekken te laten plaatsvinden.

Wanneer het «Samen beslissen» over een behandeling door hulpverlener en patiënt substantieel meer tijd zou nemen dan een standaard consult, kunnen zorgverleners aanvullend een nieuwe registratiecode gebruiken. Die code is per 1 januari 2018 beschikbaar gekomen. Ook hiervoor is dus ruimte in de bekostiging.

2.2 Actualiseren bewaarregeling

De leden van de CDA-fractie vragen waarom niet eerder gehoor gegeven is aan het advies van de Gezondheidsraad uit 2004 en de bewaarregeling nu pas wordt uitgebreid van vijftien naar twintig jaar.

Er is eerder gevolg gegeven aan het advies van de Gezondheidsraad uit 2004. Ik verwijs hiervoor naar de wijziging van artikel 7:454 BW die is doorgevoerd met de Wet van 22 december 2005 tot wijziging van enige bepalingen van het Burgerlijk Wetboek omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling en van artikel IV van de wet van 17 november 1994, Stb. 837⁴. Toen is de bewaartermijn van het medisch dossier van tien naar vijftien jaar verlengd. Het ging hierbij om een voorlopige maatregel, zodat de dossiergegevens in afwachting van een definitieve regeling nog niet zouden worden vernietigd. In het wetsvoorstel voor de

⁴ Stb. 2006, 29

Wet cliëntenrechten zorg⁵ (hierna: wetsvoorstel Wcz) is vervolgens voorgesteld de wettelijke bewaartermijn te verlengen naar twintig jaar. Zoals u bekend is, is het wetsvoorstel Wcz niet in de oorspronkelijke opzet voortgezet, maar in delen opgeknipt.⁶ Het voorliggende wetsvoorstel is daar een direct uitvloeisel van.

De leden van de CDA-fracties vragen waarom wordt afgezien van een bewaartermijn van het door de Gezondheidsraad destijds geadviseerde dertig jaar. Ze vragen of de bewaartermijn nader onderbouwd kan worden en of nader onderbouwd kan worden waarom het langer bewaren van een medisch dossier tot hogere administratieve lasten leidt.

De Gezondheidsraad heeft destijds geadviseerd via een wetwijziging ruimte te maken voor het substantieel langer bewaren van medische gegevens. De Gezondheidsraad gaf hierbij aan dat de vraag wat een goede bewaartermijn is, niet eenvoudig is te beantwoorden. De Gezondheidsraad kon zich voorstellen dat aansluiting zou worden gezocht bij de termijn van 30 jaar die wordt genoemd in nieuwe Europese en Nederlandse regelgeving inzake kwaliteits- en veiligheidsnormen voor lichaamsmateriaal.

Een dergelijke verlenging acht ik evenwel niet gerechtvaardigd. Ik heb de belangen tegen elkaar afgewogen van enerzijds de noodzaak langdurig medische gegevens van een patiënt te bewaren met het oog op diens mogelijke medische behandeling op de langere termijn en anderzijds een grens te stellen aan de bewaartermijn uit oogpunt van het belang van de bescherming van persoonsgegevens en de belasting van hulpverleners die deze dossiers moeten blijven bewaren. De cijfers uit de regeldruktuets laten zien dat de kosten hoger worden naarmate de bewaartermijn langer wordt. De reden hiervoor is dat het volume toeneemt van de gegevens die een hulpverlener moet bewaren. Een verlenging van de bewaartermijn naar 30 jaar zou neerkomen op een structurele lastenstijging van circa € 3,8 miljoen per jaar. De structurele lastenstijging bij een bewaartermijn van 20 jaar is circa € 1,3 miljoen per jaar. Een verlenging van de bewaartermijn met vijf jaar acht ik verdedigbaar.

Met het voorstel om de bewaartermijn te verlengen naar twintig jaar wordt het evenwicht tussen de diverse belangen mijn inziens bereikt. Ik voel me hierbij gesteund door de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) die benadrukt dat persoonsgegevens niet langer mogen worden bewaard dan «noodzakelijk is voor de verwerking van de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden verwerkt». De AP acht de gemaakte keuzes en de gegeven motiveringen in overeenstemming met hetgeen krachtens de Algemene Verordening Gegevensbescherming⁷ (AVG) ter zake vereist is en zal zijn.

Overigens kom ik al in vergaande mate tegemoet aan het advies van de Gezondheidsraad met het voorstel. Voorgesteld wordt de bewaartermijn namelijk aan te laten vangen op de datum waarop de laatste wijziging van het dossier heeft plaatsgevonden en niet meer het moment waarop de gegevens zijn vervaardigd. Met deze wijzigingen in de bewaarregeling kan het medisch dossier in de praktijk dus substantieel langer bewaard worden dan nu het geval is.

⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 2

⁶ Kamerstukken II 2012/13, 32 620, nr. 78, p. 8

⁷ Verordening (EU) 2016/679 van het Europees parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) (PbEU 2016, L 119)

De leden van de CDA-fractie en de SP-fractie vragen om een toelichting op en voorbeelden van gevallen waarin de hulpverlener kan weigeren gegevens te vernietigen als redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt. Ook vragen de leden van de SP-fractie hoe de hulpverlener dit kan inschatten en wat er gebeurt als de hulpverlener besluit de gegevens niet te vernietigen.

Artikel 7:455, tweede lid, BW bepaalt dat de hulpverlener niet aan een verzoek om vernietiging behoeft te voldoen als redelijkerwijs aannemelijk is dat verdere bewaring van de gegevens van aanmerkelijk belang kan zijn voor een ander dan de patiënt. Het voorliggende wetsvoorstel wijzigt deze bepaling niet.

De hulpverleners maken altijd al deze inschatting. De KNMG heeft dit artikel nader uitgelegd in de richtlijn «Omgaan met medische gegevens».⁸ De hulpverlener moet aannemelijk maken dat het belang van die ander groter is dan het belang dat de patiënt heeft bij de vernietiging. Bij het aanmerkelijk belang voor een ander dan de patiënt kan worden gedacht aan het belang van de hulpverlener zelf, bijvoorbeeld indien de patiënt een gerechtelijke procedure tegen hem heeft aangespannen, of het belang van een familielid van de patiënt indien sprake is van een erfelijke ziekte. Meer voorbeelden staan in de richtlijn van de KNMG.

Als een patiënt van oordeel is dat dit wettelijk recht op vernietiging in het geding is, kan die patiënt verschillende routes volgen. De patiënt kan op grond van artikel 77 van de AVG een klacht bij de AP indienen. Op de klachten die de AP behandelt, volgt eventueel een besluit tot handhaving van de AVG of Uitvoeringswet AVG. Ook kan de procedure, bedoeld in artikel 35 van de Uitvoeringswet AVG, gevolgd worden. Dat betekent dat de patiënt via een civiele procedure de rechtbank kan verzoeken om zijn verzoek tot het wissen van zijn persoonsgegevens alsnog toe te wijzen. Daarnaast kan de patiënt op grond van de Wkkgz, als aan de wettelijke criteria is voldaan, een klacht indienen bij de klachtenfunctionaris van de zorgaanbieder over een gedraging jegens een cliënt in het kader van de zorgverlening. Eventueel kan de klacht leiden tot geschillenbeslechting als bedoeld in de Wkkgz. Dan wordt door een onafhankelijke geschilleninstantie het geschil beslecht.

De leden van de CDA-fractie en de D66-fractie vragen de regering om te reageren op de opmerking van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), die aangeeft dat het in elektronische patiëntendossiers soms technisch niet mogelijk is om gegevens te vernietigen. Ook wordt gevraagd of het klopt dat een patiënt hier wel recht op heeft en of dat recht wordt geborgd.

Behoudens de wettelijke uitzonderingen hebben patiënten het recht op vernietiging van (onderdelen van) het medisch dossier als zij hiertoe een verzoek indienen. Op grond van artikel 12, derde lid, van de AVG moet een hulpverlener in beginsel binnen een maand aan het verzoek gehoor geven. Voor de effectuering van dit recht is niet relevant of deze gegevens op papier dan wel digitaal worden bijgehouden. De hulpverlener heeft de verantwoordelijkheid om het medisch dossier zo in te richten dat deze kan voldoen aan de wettelijke vereisten. Dat geldt ook voor een digitaal bijgehouden dossier. Het moet dus in een elektronisch dossier mogelijk zijn om de daarin opgenomen gegevens te vernietigen.

⁸ De richtlijn Omgaan met medische gegevens van de KNMG, vastgesteld door het Federatiebestuur op 24 mei 2018, in werking getreden op 25 mei 2018. Deze richtlijn is aangepast aan de AVG. www.knmg.nl/richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens

Als een patiënt van oordeel is dat dit wettelijk recht op vernietiging in het geding is, kan die patiënt verschillende routes volgen. Deze routes zijn uitgeschreven in het antwoord op de vorige vraag van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de CDA-fractie vragen of er in de toekomst sprake blijft van meerdere dossiers van een patiënt die door verschillende hulpverleners moeten worden bewaard. Ook vragen deze leden of het klopt dat bijvoorbeeld een patiënt door MedMij alle medische informatie geheel digitaal op één plek hoort te hebben.

Op dit moment is het nog gebruikelijk dat iedere hulpverlener een eigen medisch dossier onder zijn hoede heeft. Een cliënt die bij meerdere hulpverleners in behandeling is, heeft dus meerdere dossiers die door deze hulpverleners vaak ook apart worden bewaard. De ontwikkelingen op het terrein van de ICT gaan echter snel. Een nieuwe ontwikkeling is de zogeheten «persoonlijke gezondheidsomgeving». Apps en websites die door cliënten zelf worden gebruikt om allerlei gezondheidsgegevens te verzamelen, te beheren en te delen als hulpmiddel om inzicht te hebben in de eigen gezondheidsdata: van medicatie, onderzoeksuitslagen en inentingen tot en met behandelingen. Daarmee ontstaat een nieuwe manier van gegevensverzameling waarin mensen zelf meer regie kunnen voeren over eigen gezondheid, hun zorggegevens zelf beschikbaar hebben en hun zorggegevens kunnen delen met de behandelaar.

Het programma MedMij, een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland samen met partners in de zorg, gaat ervoor zorgen dat iedereen die dat wil, kan beschikken over zijn gezondheidsgegevens in één persoonlijke gezondheidsomgeving. MedMij is vooral bedoeld om invulling te geven aan het recht op (digitaal) afschrift. Burgers krijgen zo de beschikking over hun eigen gezondheidsgegevens. De kerntaak van MedMij is om digitale uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen inwoners van Nederland en hun hulpverleners mogelijk te maken en te stimuleren en tegelijk het vertrouwen te geven dat dit op een veilige, gebruikersvriendelijke, toekomstbestendige manier gebeurt.

Zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer van 29 mei jl.⁹ heb aangegeven is MedMij net als het Landelijk Schakelpunt géén database van medische gegevens. MedMij is een afsprakenstelsel inclusief een set van informatiestandaarden, dat veilig en betrouwbaar informatie uitwisselen tussen burgers en hulpverleners mogelijk maakt. MedMij gaat dus zelf geen persoonlijke gezondheidsomgevingen bouwen, maar stelt spelregels op waaraan dergelijke gezondheidsomgevingen moeten voldoen om met de andere op het afsprakenstelsel van MedMij aangesloten partijen gegevens te kunnen uitwisselen. De patiënt kiest zelf met wie hij wat deelt en is dus echt de baas over zijn data, die hij gewoon een leven lang mag bewaren.

Het medisch dossier, bedoeld in de WGBO, richt zich alleen op het dossier voor zover de hulpverlener dat bijhoudt en niet op de persoonlijke gezondheidsomgeving die de cliënt zelf bijhoudt. Hulpverleners zijn en blijven op grond van de WGBO verplicht om zelf een dossier van de patiënt bij te houden; de komst van een persoonlijke gezondheidsomgeving brengt daarin geen verandering. Voorlopig zal iedere hulpverlener zelf nog eigen dossiers moeten bijhouden waaruit de gegevens voor de persoonlijke gezondheidsomgeving eventueel kunnen worden gehaald.

De leden van de CDA-fractie vragen of verduidelijkt kan worden dat de bewaarplicht kan worden overgedragen aan een opvolgend arts samen met het medisch dossier. Ze vragen of dit betekent dat de bewaarplicht bij

⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 27 529, nr. 157

de oorspronkelijke arts vervalt. Ook de leden van de SP-fractie vragen om een nadere toelichting op de mogelijkheden als een hulpverlener stopt maar er nog dossiers zijn die bewaard moeten blijven. Gevraagd wordt naar de opties die een hulpverlener heeft bij het treffen van maatregelen aangaande het bewaren van medische dossiers en wat de hulpverlener precies moet doen.

Het is de plicht van iedere hulpverlener om de beschikbaarheid van het medisch dossier te waarborgen, ook in de situatie dat de hulpverlener er zelf niet meer voor wil of kan zorgen. Daarbij behoudt de patiënt het recht om diens dossier in te zien of een kopie te ontvangen. Dat betekent dat de hulpverlener tijdig geschikte maatregelen dient te treffen om ervoor te zorgen dat deze dossiers correct bewaard blijven op het moment dat hij daar zelf niet meer voor kan zorgen.

Meestal is het de opvolger die de verantwoordelijkheid voor de dossiers overneemt. Wanneer er geen opvolger is, kan de hulpverlener bijvoorbeeld de dossiers zelf nog tijdelijk bewaren of de dossiers tijdelijk bij een waarnemer onderbrengen. De KNMG heeft in 2005 een advies gepubliceerd, getiteld «Overdracht van patiëntendossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging»¹⁰, dat een handreiking geeft voor dergelijke situaties.

Nadat de medische dossiers zijn overgedragen vervalt de bewaarplicht van de oorspronkelijke hulpverlener.

De leden van de D66-fractie vragen of een patiënt altijd op de hoogte is van waar zijn gegevens zijn opgeslagen en tot wie hij zich moet wenden om een dossier gedeeltelijk of volledig te vernietigen.

In de WGBO staat de behandelingsovereenkomst tussen hulpverlener en patiënt centraal. In die wet is neergelegd dat de hulpverlener verantwoordelijk is om een dossier in te richten en te bewaren. Dit betekent ook dat de hulpverlener op de hoogte moet zijn waar de gegevens zijn opgeslagen. De patiënt kan zich dus tot zijn hulpverlener wenden. Mocht de individuele hulpverlener in een grotere instelling werken, zoals een ziekenhuis, dan kan de patiënt ook bij het ziekenhuis terecht met zijn verzoek om vernietiging.

De leden van de SP-fractie vragen een nadere onderbouwing over waarom de balans tussen het bewaren en de bescherming van gegevens en aan de andere kant het voorkomen van hoge administratieve lasten bij twintig jaar positief uitvalt en bij vijftien, vijftientwintig of dertig jaar niet. De leden zijn benieuwd waarom het advies van de Gezondheidsraad niet wordt gevolgd.

Er was na het verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad een brede consensus om medisch dossiers substantieel langer te gaan bewaren. De keuze om een bewaarplicht te introduceren van twintig jaar is een afweging van diverse belangen geweest, zoals in mijn antwoord op vragen van de CDA-fractie hiervoor toegelicht. Daarbij werd dertig jaar als een te lange termijn beschouwd en vijftien jaar als een te korte termijn. De keuze voor een verlenging van 15 naar 20 jaar kan op draagvlak van het veld rekenen, blijkens de reacties uit de internetconsultatie en het advies van de AP. Met de verlenging van vijf jaar alsook het wijzigen van het aanvangsmoment van de bewaartermijn, wordt mijn inziens deze substantieel langere bewaartermijn bereikt, met inachtneming van de privacy aspecten en de administratieve lasten.

¹⁰ Zie <http://knmg.artsennet.nl>

De leden van de SP-fractie vragen waarom binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) alleen de dossiers bij het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (AMHK) twintig jaar bewaard moeten blijven en niet de andere dossiers. Ook vragen zij hoelang de andere dossiers bewaard moeten blijven en of een gelijke bewaartermijn voor alle dossiers niet handiger is.

Aangezien het AMHK een belangrijk onderdeel van het jeugdstelsel vormt, is in de Wmo 2015 een kwaliteitsregime opgenomen dat aansluit bij het kwaliteitsregime voor jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen op grond van de Jeugdwet. In aansluiting daarop zijn de bewaartermijnen voor de dossiers van jeugdhulpverleners inclusief medewerkers van gecertificeerde instellingen en de persoonsgegevens van het AMHK geharmoniseerd en overeenkomstig de WGBO op vijftien jaar gesteld. Uit oogpunt van harmonisatie zijn vervolgens ook de bewaartermijnen voor persoonsgegevens die de colleges van burgemeester en wethouders, het CAK de Sociale verzekeringsbank en toezichthoudende ambtenaren onder hun hoede hebben, op vijftien jaar gezet.

In het voorliggende wetsvoorstel wordt om zorginhoudelijke redenen voorgesteld de bewaartermijn van dossiers over geneeskundige behandelingen te verlengen naar twintig jaar. Dat geldt ook voor de dossiers van jeugdhulpverleners en medewerkers van gecertificeerde instellingen. Vanwege de rol van het AMHK in het jeugdstelsel, wordt eveneens voorgesteld de bewaartermijn voor persoonsgegevens van het AMHK te verlengen naar twintig jaar. Met die aansluiting wordt voorkomen dat jeugdhulpverleners en medewerkers van gecertificeerde instellingen dossiers bewaren terwijl van diezelfde kinderen bij het AMHK de gegevens inzake kindermishandeling worden vernietigd vanwege het verlopen van de bewaartermijn.

De wens tot harmonisatie van de bewaartermijnen binnen de Wmo 2015 vind ik onvoldoende reden om ook de bewaartermijnen voor persoonsgegevens bij deze organisaties met vijf jaar te verlengen. Vanuit het belang van goede zorgverlening aan de patiënt zijn er geen dringende redenen om ook voor de colleges van burgemeester en wethouders, het CAK, de Sociale verzekeringsbank, de aanbieders van maatschappelijke ondersteuning en toezichthoudende ambtenaren de huidige termijn van vijftien jaar te verlengen. Persoonsgegevens mogen niet langer worden bewaard dan noodzakelijk is voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden verwerkt. Het verlengen van de termijnen leidt bovendien tot kosten en administratieve lasten. Kosten om de gegevens te bewaren worden hoger naarmate de bewaartermijn langer wordt. De reden hiervoor is dat het volume toeneemt van de gegevens die een hulpverlener of andere instantie moet bewaren.

De leden van de SP-fractie vragen waarom logginginformatie slechts voor vijf jaar wordt bewaard, gezien gelijke bewaartermijnen.

De WGBO gaat over de bewaartermijnen van medische dossiers, niet over de eisen aan elektronische systemen voor gegevensuitwisseling of het beheren van medische dossiers.

Logginginformatie dient een ander doel dan medische dossiers.

«Logging» voorziet in een overzicht van wie op welk moment bepaalde gegevens in een medisch dossier heeft toegevoegd, gewijzigd of ingezien. Logginginformatie wordt gebruikt om het systeemgebruik te controleren bij bijvoorbeeld een elektronisch medisch dossier. Met de informatie kan worden vastgesteld of informatiesystemen correct worden gebruikt, goed worden beheerd en functioneren conform de gestelde eisen. Gelet op de verschillende doeleinden, zie ik geen rechtvaardiging om logginginfor-

matie langer te bewaren of gelijk te stellen met de bewaartermijn van medische dossiers.

Overigens vindt op dit moment overleg plaats met betrokken partijen, op basis waarvan ik krachtens artikel 5, tweede lid, van het Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders een passende termijn voor logging zal vaststellen.

De leden van de SP-fractie stellen dat het kan voorkomen dat een behandeling, operatie of medisch dossier met instemming van nabestaanden wordt gebruikt voor lesdoelen voor artsen (in opleiding). De vraag van de leden van de SP-fractie is wat er met die gegevens die voor leerdoeleinden zijn gebruikt, gebeurt en of die ook na twintig jaar worden vernietigd.

Vooropgesteld moet worden dat een medisch dossier na overlijden van een patiënt niet zonder meer als lesdoel voor artsen (in opleiding) kan worden gebruikt. Dit volgt uit de geheimhoudingsplicht van de hulpverlener. Deze geheimhoudingsplicht dient het algemeen belang van vrije toegang tot de gezondheidszorg: patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat alles wat zij delen met hun hulpverlener, tussen de patiënt en de hulpverlener blijft. In het verlengde hiervan dient de geheimhoudingsplicht de privacy van de patiënt. De geheimhoudingsplicht blijft ook na het overlijden van de patiënt gelden en kan alleen in bepaalde situaties worden doorbroken. Bijvoorbeeld als er bij leven door de patiënt toestemming is verleend.

De verplichting om het medisch dossier te bewaren geldt enkel voor de hulpverlener. Het is een onderdeel van de behandelovereenkomst tussen de hulpverlener en de patiënt. De bewaartermijn geldt dus niet voor een derde die dat dossier heeft ontvangen.

Gegevens voor lesdoeleinden die betrekking hebben op bestaande casuïstiek en dus een individu betreffen, dienen door de docent volledig te worden geanonimiseerd. Er is immers geen reden om de werkelijke naam van de betrokken patiënt daarbij te vermelden.

De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre er aandacht is voor een veilig systeem waarin medische dossiers bewaard blijven en voor een zorgvuldige overdracht van het dossier bij overgang naar een andere hulpverlener. Ook vragen zij of de informatie in het dossier en de privacy van de patiënt voldoende worden beschermd. Zij vragen of de voorgestelde wijzigingen de bescherming van de privacy van de patiënt beschermen.

Ik ben het met de leden van de SP-fractie eens dat een veilig systeem om medische dossiers te bewaren, een zorgvuldige overdracht van dossiers en waarborging van de privacy van de patiënt belangrijke aandachtspunten zijn. Daar is zeker aandacht voor.

Gewezen kan worden op de eerder genoemde KNMG-richtlijn over het omgaan met medische gegevens, waarin alle aspecten van de omgang met medische gegevens worden belicht en voorzien van gedragsregels. Verder is specifiek voor elektronische uitwisseling en beheer van gegevens de gedragscode Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (EGiZ) van belang¹¹. In deze gedragscode, die door het NICTIZ is opgesteld, hebben de koepels van zorgverleners en diverse regionale (ICT-) samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders de wettelijke regels rond privacy en beroepsgeheim bij uitwisseling van patiëntgegevens gebundeld en praktisch toepasbaar gemaakt. De gedragscode bevordert

¹¹ <https://www.nictiz.nl/overig/gedragscode-elektronische-gegevensuitwisseling-in-de-zorg-egiz/>

een veilige omgang met gevoelige persoonsgegevens en helpt zorgaanbieders en samenwerkingsverbanden onder andere bij het geven van een goede invulling aan patiëntenrechten rond informatieverstrekking en toestemming en verheldert verantwoordelijkheden. Deze KNMG-richtlijn en gedragscode zien op het systeem waarin medische dossiers moeten worden bewaard en stellen daaraan eisen.

De WGBO en het voorliggende wetsvoorstel richten zich niet op systeemvereisten, maar benoemen de rechten en plichten van patiënt en hulpverlener binnen de behandelingsovereenkomst. Daarbij is het beschermen van de privacy van de patiënt scherp in het oog gehouden. De patiënt heeft bij leven recht op bescherming van zijn privacy en de hulpverlener heeft – in het verlengde daarvan – een geheimhoudingsplicht waardoor inzage door een derde in het dossier slechts onder strikte voorwaarden mogelijk is. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat alles wat zij delen met hun hulpverlener, tussen de patiënt en de hulpverlener blijft.

De geheimhoudingsplicht dient ook na het overlijden van de patiënt te blijven gelden. Met name bij het inzagerecht voor nabestaanden kan de behoefte van nabestaanden op gespannen voet staan met de privacy van de patiënt en -in het verlengde daarvan- de geheimhoudingsplicht van de hulpverlener. Immers, als een persoon is overleden, kan bij nabestaanden en voormalig vertegenwoordigers om uiteenlopende redenen behoefte bestaan om gegevens uit het medisch dossier van de overledene in te zien dan wel afschrift van de gegevens te krijgen. In het wetsvoorstel zijn daartoe nieuwe bepalingen opgenomen die de wettelijke criteria verduidelijken op grond waarvan het medisch dossier van een overleden patiënt door een nabestaande mag worden ingezien (zie ook paragraaf 3.1 van deze nota naar aanleiding van het verslag).

De leden van de SP-fractie vragen waarom de mogelijkheid tot verlenging van de bewaartermijn op verzoek van de patiënt is komen te vervallen. Ze vragen welke voordelen en nadelen er precies samenhangen met een dergelijke extra verlenging van de bewaartermijn en vragen zich af welke partijen in de consultatieronde aangegeven hebben deze mogelijkheid te willen schrappen.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel was voorzien in verlenging van de bewaartermijn op verzoek van de patiënt. Inmiddels is mij gebleken dat hiervoor geen goede reden bestaat. Eigen regie van de patiënt staat in de zorg centraal. Daarbij past dat de patiënt die een dossier langer dan de wettelijke termijn wil bewaren, zelf een afschrift van het dossier opvraagt en dit zelf bewaart. De inwerkingtreding per 2020 van de wet die mensen het recht geeft op een digitaal afschrift van hun dossier¹² en de ontwikkelingen rondom de persoonlijke gezondheidsomgevingen maken een dergelijke verplichting bovendien overbodig. Ook bleek een dergelijke bepaling lastig uitvoerbaar met een hogere regeldruk voor hulpverleners. Dit is voor mij aanleiding geweest om deze mogelijkheid te laten vervallen. Daarbij komt dat in de consultatieronde met name van de kant van de aanbieders van zorg hier ook om is gevraagd.

3.1 VOORSTEL VOOR INZAGE NA OVERLIJDEN

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering het met die leden eens is dat het de voorkeur heeft dat de hulpverlener dan wel de zorginstelling het gesprek aangaat met de nabestaanden over hetgeen is voorgevallen en daarin open en duidelijk is over wat er is gebeurd. En zo ja, dan vragen

¹² Wet van 5 oktober 2016 tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens) (Stb. 2016, 373)

zij welke waarborgen er zijn dat deze nazorg door elke hulpverlener wordt verleend.

Ja, met de leden van de VVD-fractie ben ik van mening dat het wenselijk is dat een hulpverlener het gesprek aangaat met de nabestaanden, voor zover dit binnen de grenzen van zijn geheimhoudingsplicht en de privacy van de patiënt past. Openheid en goede informatievoorziening in het kader van nazorg zijn belangrijk voor nabestaanden, ook met het oog op rouwverwerking.

Binnen de huidige wetgeving is al voldoende ruimte voor hulpverleners om goede nazorg te bieden waarbij zij nabestaanden informeren over de omstandigheden waaronder een persoon is komen te overlijden en wat hiervan de eventuele oorzaken zijn.

De leden van de VVD-fractie vragen of het inzagerecht voor het volledige medisch dossier van de overleden patiënt geldt of enkel voor het deel dat betrekking heeft op het incident.

Inzage aan de nabestaande wordt alleen verstrekt voor zover dit nodig is om het doel van inzage te verwezenlijken. In geval van een incident zal alleen inzage worden gegeven in het deel van het dossier dat betrekking heeft op het incident. Hiermee wordt recht gedaan aan het evenwicht tussen enerzijds de gerechtvaardigde belangen van nabestaanden om een dossier van een overleden patiënt in te kunnen zien, en anderzijds aan de belangen van de patiënt die met het beroepsgeheim van de hulpverlener worden beschermd.

De leden van de VVD-fractie vragen of er sprake is van inzagerecht wanneer sprake is van medische fouten of ook in gevallen van vermoedens van medische fouten.

Als aan nabestaanden een incident is gemeld als bedoeld in de Wkkgz, moet de hulpverlener op grond van het voorgestelde artikel 7:458a, eerste lid, onder b, BW die nabestaanden op verzoek inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier van een overleden patiënt verstrekken. Bij een incident gaat het om alle niet-beoogde of onverwachte gebeurtenissen, die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt. Dit is ongeacht of er sprake is van een medische fout. Dat betekent dat er bij zo'n gebeurtenis er dus een vermoeden kan bestaan van een medische fout. De zorgaanbieder draagt hiervoor de eindverantwoordelijkheid.

Voor het geval dat een incident niet is gemeld aan de nabestaande en de nabestaande dus geen beroep kan doen op bovenstaande grond, is artikel 7:458a, eerste lid, onder c, BW van belang.

Het vermoeden van een medisch fout wordt aangemerkt als zwaarwegend belang. Dit geeft een extra waarborg voor een goede informatievoorziening richting de nabestaanden. Dit betekent dat op grond van die bepaling kan worden verzocht om inzage of een afschrift vanwege een bij de nabestaande bestaand vermoeden van een medische fout. De nabestaande moet het zwaarwegende belang wel aannemelijk kunnen maken. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan de situatie dat een patiënt plotseling overlijdt bij een operatie die op zich weinig risicovol is. Het vermoeden van een medische fout kan dan bijvoorbeeld worden onderbouwd door te wijzen op de leeftijd van de patiënt, de goede conditie en de uitgesproken verwachtingen van de arts over de operatie. De vraag wanneer het vermoeden voldoende aannemelijk is gemaakt, dient steeds beoordeeld te worden aan de hand van de omstandigheden van het geval. Verder moet de nabestaande aannemelijk kunnen maken dat dit belang mogelijk wordt geschaad en dat inzage in of afschrift van

gegevens uit het dossier noodzakelijk is voor de behartiging van dit belang. Met deze criteria wordt recht gedaan aan het evenwicht tussen enerzijds het mogelijke belang van nabestaanden om een dossier van een overleden patiënt in te kunnen zien en anderzijds de belangen van de patiënt die met het beroepsgeheim van de hulpverlener worden beschermd.

De leden van de VVD-fractie vragen wie bepaalt of daadwerkelijk sprake is van een medische fout en daarmee een incident.

De zorgverlener die constateert dat er in de wijze van zorgverlening iets niet goed dreigt te gaan, niet goed gaat of niet goed is gegaan, bepaalt daarmee dat er sprake is van een incident. Bij een incident gaat het om alle niet-beoogde of onverwachte gebeurtenissen die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg met het risico van schade bij de cliënt. De zorgverlener die een incident constateert, moet daarvan een melding maken. Betreft het een calamiteit¹³ dan dient daarvan direct ook melding te worden gedaan bij de IGJ.

De zorgaanbieder draagt de eindverantwoordelijkheid voor het melden van incidenten. De Wkkgz legt hem hiertoe verschillende verplichtingen op. Ten eerste moet hij een procedure regelen opdat de incidenten worden opgenomen in het systeem van veilig incident melden, met het doel om daarvan te leren. Ten tweede moeten incidenten die merkbare gevolgen voor de cliënt hebben of in de toekomst kunnen hebben aan de cliënt worden gemeld en daarvan moet aantekening worden gemaakt in het cliëntendossier. En ten derde moeten incidenten die hebben geleid tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg hebben voor de cliënt worden gemeld bij de IGJ.

De leden van de fracties van de VVD, het CDA, D66 en de SP vragen wie bepaalt dat een nabestaande het vermoeden van een medische fout respectievelijk zwaarwegend belang voldoende aannemelijk heeft gemaakt. De leden van de CDA-fractie en de D66-fractie vragen daarbij of deze beoordeling door een onafhankelijke derde gedaan wordt respectievelijk of nabestaanden een beroep kunnen doen op een onafhankelijke derde. De leden van de D66-fractie vragen hoe omgegaan wordt met de situatie waarin het belang van de nabestaanden, die bijvoorbeeld een medische fout vermoeden, haaks staat op het belang van de hulpverlener, die deze fout mogelijk wil verhullen. Ook de leden van de SP-fractie vragen of het mogelijk is dat een hulpverlener vooringenomen is en wat er dan gebeurt. Zij vragen wat er gebeurt als partijen het oneens zijn en hoe er voor wordt gezorgd dat gelijke zaken gelijk worden behandeld.

Om inzage te krijgen in een medisch dossier hoeft de nabestaande alleen het vermoeden van een medische fout te stellen, als er geen mededeling van een incident is gedaan op grond van de Wkkgz. In dat geval kan een verzoek worden gedaan op grond van een zwaarwegend belang. De nabestaande moet dan zijn vermoeden dat er een fout kan zijn gemaakt onderbouwen. Hij hoeft niet aannemelijk te maken dat er een medische fout is gemaakt. Hierboven is al als voorbeeld genoemd de situatie dat een patiënt plotseling overlijdt bij een operatie die op zich weinig risicovol is. Het vermoeden van een medische fout kan dan bijvoorbeeld worden onderbouwd door te wijzen op de leeftijd van de patiënt, de goede conditie en de uitgesproken verwachtingen van de arts over de operatie. De vraag wanneer het vermoeden voldoende aannemelijk is gemaakt, dient beoordeeld te worden aan de hand van de omstandigheden van het

¹³ Er is sprake van een calamiteit indien een incident heeft geleid tot de dood of tot een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt.

geval. Ook moet de nabestaande aannemelijk maken dat inzage in het dossier noodzakelijk is voor de behartiging van zijn belang. Het is in eerste instantie aan de hulpverlener om te beoordelen of voldaan is aan deze eisen.

Het kan voorkomen dat de hulpverlener het verzoek om inzage afwijst, omdat hij van oordeel is dat geen sprake is van een zwaarwegend belang, of dat inzage niet noodzakelijk is voor de behartiging van dit belang. De nabestaande kan dan een klacht bij de zorginstelling neerleggen. Mocht de klachtenfunctionaris van de instelling niet tot een voor de klager bevredigende afwikkeling van de klacht komen, dan kan de klager zich wenden tot de onafhankelijke geschilleninstantie waarbij de instelling is aangesloten. De geschilleninstantie heeft tot taak geschillen over gedragingen van een zorgaanbieder jegens een cliënt in het kader van de zorgverlening te beslechten. Hieronder vallen ook klachten over het oordeel of een nabestaande het vermoeden van een medische fout voldoende aannemelijk heeft gemaakt.

Ook kan de nabestaande een civiele procedure starten om inzage te vorderen. Dan bepaalt de rechter of er sprake is van een zwaarwegend belang en of het vermoeden van een medische fout voldoende aannemelijk is gemaakt.

De leden van de CDA-fractie, D66-fractie en de GroenLinks-fractie vragen om een nadere toelichting van het niet opnemen van de grond «veronderstelde toestemming» in het wetsvoorstel. De leden van de CDA-fractie en de D66-fractie vragen een reactie op de zorgen die door de KNMG worden geuit dat het niet opnemen van deze grond tot onnodige formalisering en juridisering zal leiden, met nadelige gevolgen voor de patiënt, zijn nabestaanden en de arts.

De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat de Afdeling advisering van de Raad van State aangeeft dat met het niet opnemen van deze mogelijkheid de huidige praktijk wordt ingeperkt.

De leden van de D66-fractie vragen of er zich situaties kunnen voordoen op basis waarvan onder de huidige wetgeving inzage verleend kan worden op basis van «veronderstelde toestemming» die in het voorliggende voorstel niet meer verleend kan worden. Deze leden vragen ook waarom inzage in zo'n geval dan niet (meer) wenselijk wordt geacht en waarom de ruimte om aan te sluiten bij de wil en wensen van de patiënt lijkt te worden ingeperkt. Ook vragen deze leden nader toe te lichten waarom ervoor is gekozen af te wijken van de bestaande rechtspraak. Verder vragen de leden van de D66-fractie waarop de stelling is gebaseerd dat de grond van veronderstelde toestemming in de praktijk tot tal van uitvoerings- en interpretatievragen leidt, zoals wordt gesteld in het nader rapport.

Dit wetsvoorstel beoogt een eenduidige regeling te creëren voor het inzage-recht in het dossier van een overleden patiënt, waardoor het in de praktijk makkelijker wordt voor hulpverleners, nabestaanden, en de rechter om vast te stellen of er sprake is van recht op inzage. Vanuit die gedachte is ervoor gekozen om de grond «veronderstelde toestemming» niet in het wetsvoorstel op te nemen, maar te vervangen door de twee nieuwe gronden «inzage bij een mededeling over een incident» en «zwaarwegend belang». Hierbij is het advies dat de AP in het kader van de Wet cliëntenrecht zorg heeft gegeven gevolgd. Het College bescherming persoonsgegevens (Cbg), zoals de AP toen nog heette, adviseerde destijds «veronderstelde toestemming» niet meer als grond voor inzage op te nemen, onder meer omdat de grond «ondermijnend is voor een systeem dat gebaseerd is op expliciete toestemming en omdat reconstructie van

toestemming in de praktijk tot tal uitvoerings- en interpretatievragen leidt».^{14 15}

Bovendien kan de grond veronderstelde toestemming tot ongelijke uitkomsten leiden. Veronderstelde toestemming zal vaak makkelijker te concluderen zijn bij een langdurige zorgrelatie dan bij een korte zorgrelatie. Bij een langdurige zorgrelatie is er meestal meer persoonlijk contact en is de hulpverlener vaker bekend met de nabestaanden. Bij een korte zorgrelatie heeft de hulpverlener geen band kunnen opbouwen met de patiënt en is hij meestal niet bekend met de nabestaanden, waardoor het inschatten van veronderstelde toestemming ingewikkelder is. Dit leidt tot de onwenselijke situatie dat de duur van de zorgrelatie effect heeft op de vraag of er aan nabestaanden wel of geen inzicht wordt gegeven in een medisch dossier.

In het merendeel van de gevallen waarin onder het huidige recht inzage wordt verleend op grond van «veronderstelde toestemming», wordt onder dit wetsvoorstel ook inzage verleend. Er is weinig jurisprudentie waarin op de grond «veronderstelde toestemming» inzage is gegeven. Daar waar wel inzage op deze grond werd gegeven was tevens sprake van een mogelijke medische fout, waarbij de nabestaande schade leed (kosten voor lijkbezorging of gedeerd levensonderhoud (artikel 6:108 BW)).¹⁶ Onderhavig wetsvoorstel geeft nabestaanden recht op inzage als sprake is van een incident (waaronder ook medische fouten vallen) en bij zwaarwegende belangen (waaronder een vermoeden van een medische fout valt). Er zijn echter situaties waarin op dit moment in de praktijk inzage wordt verleend op grond van «veronderstelde toestemming», waarvoor onder dit wetsvoorstel geen inzage meer mogelijk is.¹⁷ Denk bijvoorbeeld aan een geval waarin een nabestaande een overleden patiënt altijd heeft vergezeld bij doktersbezoeken en deze nabestaande omwille van rouwverwerking inzage vraagt. Hoe zwaarwegend dit belang vanuit menselijk perspectief ook is, het is geen objectief belang voor inzage in het medisch dossier. Het belang van de nabestaande weegt bij rouwverwerking niet op tegen het belang van de overleden patiënt op geheimhouding. Dit blijkt ook uit jurisprudentie.¹⁸ Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat de patiënt bij leven natuurlijk in zijn medisch dossier kan specificeren wie hij inzage wil geven in (delen van) zijn dossier. De hulpverlener kan de patiënt hierop wijzen.

De vrees die door de KNMG wordt geuit dat het niet opnemen van de grond «veronderstelde toestemming» tot onnodige formalisering of juridisering leidt, deel ik niet. Graag wijs ik op het eerder genoemd advies van het Cbp waarin dit college aangeeft de grond «veronderstelde toestemming» onwenselijk te achten, omdat het ondermijnd is voor een systeem gebaseerd op expliciete/schriftelijke toestemming en omdat de «reconstructie» van toestemming in de praktijk tot tal van uitvoerings- en interpretatievragen leidt. De criteria worden met dit wetsvoorstel juist scherper en er wordt beter aangesloten bij de wil en de wensen van de patiënt: in beginsel is er alleen sprake van inzage door een nabestaande wanneer de patiënt dit bij leven heeft aangegeven of wanneer er sprake is van een parallel belang (in het geval van een incident). Bij mogelijk tegenstrijdige belangen moet de nabestaande aantonen dat er sprake is

¹⁴ Zie <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/downloads/adv/z2009-00338.pdf>

¹⁵ Zie bijvoorbeeld D. Engberts en C. Philips, «Het medisch beroepsgeheim na overlijden: stand van zaken en ontwikkelingen», ZIP 2017(5), 101

¹⁶ Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075.

¹⁷ Zie de eerder genoemde richtlijn «Omgaan met medische gegevens» van de KNMG

¹⁸ HR 9 oktober 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2735, Hof Amsterdam 24 juni 1998, NJK 1999, 77, Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075 en Hof 's-Hertogenbosch 13 maart 2001, ECLI:NL:GHSHE:2001:AB1126.

van een zwaarwegend belang en dat inzage noodzakelijk is voor de behartiging van dat belang.

In reactie op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de opmerking van de Afdeling advisering van de Raad van State dat met het niet opnemen van de grond «veronderstelde toestemming» de huidige praktijk wordt ingeperkt, het volgende. Niet alle gevallen waarin inzage wenselijk of noodzakelijk is zijn voorzienbaar. Voor deze onvoorziene gevallen is de grond «zwaarwegend belang» opgenomen. Dit begrip is vatbaar voor interpretatie, maar biedt daardoor ook ruimte voor flexibiliteit, juist voor gevallen die de wetgever nu niet kan overzien, maar er dus wel onder kunnen vallen. Deze grond zorgt ervoor dat ook belangen van nabestaanden die nu niet zijn voorzien tot inzage kunnen leiden. De grond zwaarwegend belang is omwille van de duidelijkheid wel zoveel mogelijk toegelicht in de memorie van toelichting. In ieder geval wordt als zwaarwegend belang gezien: het aanvechten van een rechtshandeling, inzage nodig voor vertegenwoordiger in het kader van een civiele procedure en het vermoeden van een medische fout.

De leden van de CDA-fractie vragen of het in de huidige praktijk ook al het geval is dat toestemming door de overleden patiënt voor inzage in een medisch dossier door nabestaanden schriftelijk of elektronisch moet zijn vastgelegd, of dat momenteel mondelinge toestemming voldoende is. De leden van de D66-fractie vragen of de toestemming van de patiënt om nabestaanden inzage te bieden in het medisch dossier een document moet zijn dat door de patiënt opgesteld is, of dat ook een aantekening in het dossier door de hulpverlener afdoende is zoals voor het verlenen van toestemming het geval is.

Onder het huidige recht is mondelinge toestemming voldoende. Het is dan aan de hulpverlener om de wil van de overledene als het ware te reconstrueren, welke niet altijd evident is. In het wetsvoorstel wordt daarom voorgesteld op te nemen dat bij leven alleen geldige toestemming kan worden gegeven voor inzage aan nabestaanden, als deze toestemming schriftelijk of elektronisch is vastgelegd. De patiënt kan hiervoor zelf een document opstellen of laten opstellen. Ook kan de patiënt mondeling aan de hulpverlener aangeven aan wie welke gegevens uit zijn medisch dossier na zijn overlijden wel of niet verstrekt mogen worden; hiervan moet de hulpverlener dan een aantekening maken in het dossier. Ook dan is sprake van een schriftelijk of elektronisch vastgelegde toestemming.

Enkel mondelinge toestemming is onvoldoende. Ik meen dat vastgelegde toestemming vanuit bewijsrechtelijk perspectief meer zekerheid biedt bij de beantwoording van de vraag of de patiënt de inzage heeft willen toestaan.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze het inzagerecht precies wordt verruimd bij de tweede grond. Zij vragen of het klopt dat het in de huidige praktijk zo is dat nabestaanden alleen inzagerecht krijgen als er sprake is van een medisch incident waarbij de nabestaande schade lijdt.

Er is sprake van een verruiming ten opzichte van het huidige inzagerecht, omdat uit jurisprudentie¹⁹ is gebleken dat inzage op grond van «veronderstelde toestemming» alleen wordt gegeven als er sprake is van een mogelijke medische fout, waarbij de nabestaande schade lijdt. Onderhavig wetsvoorstel geeft nabestaanden al een recht op inzage zodra hem is medegedeeld dat er sprake is geweest van een incident. De zorgaanbieder is op grond van artikel 10, derde lid, van de Wkkgz verplicht bij alle

¹⁹ Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075.

incidenten in de zorgverlening die voor de patiënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben hem of diens nabestaanden dit te melden. Onder het begrip incidenten vallen in ieder geval medische fouten, maar ook andere niet voorziene gebeurtenissen die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt. Aangezien het begrip «incident» breder is dan het begrip «medische fout», voorziet het wetsvoorstel in een ruimer inzage recht dan tot nu toe in de jurisprudentie wordt aangenomen.

De leden van de CDA-fractie vragen of in het geval van een suïcide altijd sprake is van een incident in de zin van deze wet, en dat in die gevallen nabestaanden altijd inzage recht in het dossier krijgen. Als het antwoord daarop nee is, vragen deze leden onder welke omstandigheden een geval van suïcide wel reden is voor het verlenen van inzage recht voor nabestaanden.

Bij een incident gaat het om alle niet-beoogde of onverwachte gebeurtenissen, die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg, en hebben geleid, hadden kunnen leiden of zouden kunnen leiden tot schade bij de cliënt. Een suïcidepoging of een suïcide kan, maar hoeft zeker niet altijd een incident te zijn. Van een incident is pas sprake als de kwaliteit van de zorgverlening in het geding is, bijvoorbeeld omdat de suïcide(poging) wel verwacht kon worden maar de zorgaanbieder en hulpverlener nagelaten hebben de benodigde voorzorgmaatregelen te treffen. Wanneer er geen sprake is van een incident, kan de nabestaande op grond van dit wetsvoorstel alleen inzicht krijgen in het medisch dossier als de patiënt dat bij leven heeft vastgelegd, of als er sprake is van een zwaarwegend belang waarbij inzage noodzakelijk is voor de behartiging van het belang.

Voor de ouders of voogd van een overleden kind dat op het moment van overlijden nog geen zestien jaar oud was, wordt in het tweede lid van artikel 7:458a BW een bijzondere regeling voor inzage voorgesteld.

De leden van de D66-fractie vragen of zich een situatie kan voordoen waarin er wel sprake is van een incident of calamiteit, zonder dat er een melding wordt gedaan waardoor er geen inzage wordt verleend.

Op grond van de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht om elk incident bij de zorgverlening dat voor de cliënt merkbare gevolgen heeft of kan hebben onverwijld aan de cliënt te melden, alsmede aan een vertegenwoordiger van de cliënt dan wel een nabestaande van de overleden cliënt, en van het incident aantekening in het dossier te maken. Voor het geval dat er een vermoeden is van een incident of calamiteit die ten onrechte niet is gemeld, is als extra waarborg een derde grond toegevoegd in het wetsvoorstel. Een nabestaande kan dan onder voorwaarden inzage vragen vanwege een zwaarwegend belang.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het huidige voorstel, waarin sprake moet zijn van een mededeling over een incident van de zorgaanbieder of een zwaarwegend belang, een grotere drempel opwerpt voor de nabestaanden om een verzoek tot inzage te doen dan in de huidige praktijk. Ook vragen de leden van de GroenLinks-fractie of het in de praktijk niet ingewikkelder is voor artsen om een «zwaarwegend belang» vast te stellen dan een «veronderstelde toestemming». De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering van mening is dat er in de huidige formulering nog steeds sprake is van uitvoerings- en interpretatievragen.

Nee, de genoemde gronden werpen geen grotere drempel op voor nabestaanden dan de huidige praktijk. Inzage op grond van «veronder-

stelde toestemming» wordt in de huidige jurisprudentie alleen gegeven als er sprake is van een mogelijke medische fout, waarbij de nabestaande schade lijdt. De inzagegronden bij een melding van een incident en bij een zwaarwegend belang vormen dus een verruiming.

Hulpverleners worden inderdaad geacht om deze afweging in voldoende mate te kunnen maken. Het maken van deze afweging is niet ingewikkelder dan bij «veronderstelde toestemming». De grond is omwille van de duidelijkheid zoveel mogelijk toegelicht in de memorie van toelichting. In ieder geval wordt als zwaarwegend belang gezien: het aanvechten van een rechtshandeling, inzage nodig voor vertegenwoordiger in het kader van een civiele procedure en het vermoeden van een medische fout. Dit laat onverlet dat het vanwege de noodzakelijke flexibiliteit gaat om een interpreteerbare term. Dat is echter niet anders dan bij de grond «veronderstelde toestemming».

Het is aan zorgaanbieders en aan organisaties van professionals om voor de hulpverlener handvatten bij de belangenafweging te ontwikkelen, hulpverleners hierover te informeren en te trainen. Dat is bestaande praktijk.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of in gezinnen met meer dan twee ouders er soms onduidelijkheid is over de rechtspositie van enige ouder die niet officieel als ouder of voogd is aangemerkt. Genoemde leden vragen de regering of in gezinnen met meer dan twee ouders, alle ouders als nabestaande worden gezien in het geval van het overlijden van het kind. Ook vragen zij of in het geval van het overlijden van één van de ouders in een meeroudergezin het kind altijd als nabestaande wordt gezien. Deze leden stellen dat in voorliggend voorstel dergelijke «meeouders» niet expliciet worden genoemd. Deze leden vragen of de regering van mening is dat deze omissie een onnodige onduidelijkheid creëert in gevallen van het overlijden van een ouder of kind. Deze leden vragen ook of de regering van mening is dat de wettelijke positie van ouders uit meeroudergezinnen versterkt zou moeten worden bij het uitblijven van een meerouderschapswet zoals bedoeld in het Regenboog Stembusakkoord van het COC.

In het wetsvoorstel wordt voor het begrip nabestaande aangesloten bij het begrip nabestaande zoals dat in de Wkkgz is opgenomen. Als nabestaanden worden op grond van de Wkkgz een aantal verschillende categorieën onderscheiden. Er hoeft om als nabestaande te worden aangemerkt niet per se sprake te zijn van een bloedband. Zo wordt op grond van de Wkkgz onder meer als nabestaande aangemerkt «degene die reeds vóór de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, met de overledene in gezinsverband samenwoonde en in wier levensonderhoud hij geheel of voor een groot deel voorzag, voor zover aannemelijk is dat een en ander zonder het overlijden zou zijn voortgezet». Hieronder kan een meeouder vallen. Op grond van de Wkkgz wordt ook als nabestaande aangemerkt «degene die met de overledene in gezinsverband samenwoonde en in wiens levensonderhoud de overledene bijdroeg door het doen van de gemeenschappelijke huishouding». Hieronder kan een kind van een meeouder vallen.

De in artikel 7:458a, tweede lid, BW voorgestelde regeling is voorbehouden aan degene die het gezag uitoefende over een patiënt die op het moment van overlijden de leeftijd van zestien jaren nog niet heeft bereikt. Uit het wettelijk systeem volgt dat het gezag niet kan toekomen aan meer dan twee personen. De ouder die geen gezag heeft over het kind kan dan ook geen inzage op grond van het tweede lid krijgen. Wel kan deze ouder via het eerste lid van artikel 7:458a BW van de voorgestelde regeling inzage vragen, als aan de daarin opgenomen voorwaarden is voldaan: toestemming van de patiënt, een ontvangen melding of een zwaarwegend

belang. Met dit wetsvoorstel is aangesloten bij het huidige wettelijke systeem.

Over de vraag of de wettelijke positie van ouders uit meeroudergezinnen versterkt zou moeten worden bij het uitblijven van een meerouderschapswet, het volgende. Zoals medegedeeld bij Kamerbrief van 22 maart 2018 (Kamerstukken II 2017/18, 33 836, 24) worden de onderzoeken zoals aanbevolen door de Staatscommissie Herijking ouderschap momenteel uitgevoerd. De verwachting is dat de Minister voor Rechtsbescherming uw Kamer begin 2019 de resultaten van alle voornoemde onderzoeken zal kunnen toezenden. Een Kabinetsreactie volgt naar verwachting in het voorjaar van 2019. Op dit moment kan ik niet vooruitlopen op de uitkomsten van deze onderzoeken.

De leden van de SP-fractie vragen of er nader ingegaan kan worden op de verhouding tussen bescherming van de privacy van de patiënt en het behandelen van bijvoorbeeld een incident of een zwaarwegend belang. Zij vragen of het mogelijk is als optie om op te nemen dat geen inzage wordt verleend, behalve als een incident wordt vermoed.

Nabestaanden kunnen desgevraagd recht op inzage krijgen wanneer er door de patiënt bij leven expliciet toestemming is gegeven. Wanneer een patiënt bij leven geen expliciete toestemming heeft gegeven, krijgt een nabestaande toch recht op inzage als er sprake is van een incident.

Ook kan er onder voorwaarden, zelfs wanneer er door de patiënt bij leven geen expliciet toestemming is gegeven, sprake zijn van recht op inzage bij een vermoeden van een medische fout. De nabestaande zal dan wel eerst aannemelijk moeten maken dat er sprake is van een vermoeden van medische fout. Deze voorwaarden zijn noodzakelijk met het oog op de privacy van de overleden patiënt en het beroepsgeheim van de hulpverlener.

Als een patiënt echter schriftelijk heeft vastgelegd niet te willen dat inzage wordt verleend, gaat die verklaring voor. De geheimhoudingsplicht dient het algemeen belang van vrije toegang tot de gezondheidszorg: patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat alles wat zij delen met hun hulpverlener, tussen de patiënt en de hulpverlener blijft. In het verlengde hiervan dient de geheimhoudingsplicht de privacy van de patiënt. Ik ben met het oog op het grote belang van de privacy van de overleden patiënt en het beroepsgeheim van de hulpverlener van oordeel dat deze verworvenheden niet te makkelijk moeten kunnen worden doorbroken. Daarom gaat een expliciet schriftelijke ontzegging tot inzage voor en is het belangrijk dat nabestaanden hun vermoeden van een medische fout aannemelijk maken en het vermoeden niet slechts uitspreken. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan de situatie dat een patiënt plotseling overlijdt bij een operatie die op zich weinig risicovol is. Het vermoeden van een medische fout kan dan bijvoorbeeld worden onderbouwd door te wijzen op de leeftijd van de patiënt, de goede conditie en de uitgesproken verwachtingen van de arts over de operatie. De vraag wanneer het vermoeden voldoende aannemelijk is gemaakt, dient beoordeeld te worden aan de hand van de omstandigheden van het geval.

De patiënt kan natuurlijk bij leven in zijn medisch dossier specificeren dat alleen inzage kan worden verleend aan nabestaanden bij het vermoeden van een incident.

De leden van de SP-fractie vragen of verder kan worden toegelicht waaraan een dergelijke toestemming moet voldoen, hoe deze wordt bewaard (in het dossier) en hoe hiermee wordt omgegaan bij overgang naar een andere hulpverlener of bij het stoppen van een hulpverlener?

Een patiënt kan bij leven toestemming aan een persoon verlenen om na het overlijden van de patiënt desgevraagd inzage in het medisch dossier te krijgen. De enige eis die voor die toestemming geldt, is dat de toestemming schriftelijk of elektronisch moet zijn vastgelegd. De patiënt kan hiervoor zelf een document (laten) opstellen. Daarnaast kan de patiënt mondeling aan de hulpverlener aangeven aan wie welke gegevens uit zijn medisch dossier na zijn overlijden wel of niet verstrekt mogen worden. Hiervan moet de hulpverlener aantekening maken in het dossier. Ook dan is voldaan aan de eis van een schriftelijk of elektronisch vastgelegde toestemming. Enkel mondelinge toestemming is onvoldoende. De toestemming wordt bewaard in het medisch dossier. De bewaarplicht van het medisch dossier blijft gelden als de hulpverlener bijvoorbeeld failliet gaat, of met pensioen. De wettelijke bewaarplicht is naar haar aard en strekking niet gekoppeld aan het behoud van de status van hulpverlener. Als de hulpverlener medische dossiers niet meer kan of wil bewaren, moet het gehele dossier worden overgedragen, met inbegrip van de toestemming.

De leden van de SP-fractie vragen of hulpverleners voldoende in staat zijn om een afweging te maken tussen bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en het belang van de persoon die recht heeft op inzage. Ook vragen zij hoe de hulpverlener hierover wordt getraind of geïnformeerd.

Hulpverleners worden inderdaad geacht om deze afweging in voldoende mate te kunnen maken. Het is aan zorgaanbieders en aan organisaties van professionals om voor de hulpverleners handvatten bij de belangenafweging te ontwikkelen, hulpverleners hierover te informeren en te trainen. Dat is bestaande praktijk.

De leden van de SP-fractie vragen aan welke mogelijke incidenten er, naast de medische fout, gedacht kan worden. Ook vragen zij of toegelicht kan worden waarom ervoor is gekozen dit te verruimen ten opzichte van het voorontwerp van de wijzigingsvoorstellen waarin sprake moest zijn van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie.

Het voorontwerp sloot niet goed aan op artikel 10 van de Wkkgz, op grond waarvan nabestaanden een melding kunnen krijgen over de toedracht van een incident. Het is moeilijk te rechtvaardigen dat als nabestaanden een melding krijgen van een incident dat door de zorgaanbieder niet als calamiteit is aangemerkt, zij geen inzage kunnen krijgen in (delen van) het dossier van een overleden patiënt. Dit kan de nabestaande belemmeren om een eventuele klacht te onderbouwen over de kwaliteit van de zorgverlening en de daardoor opgelopen schade. Om deze inconsistentie op te lossen is in het wetsvoorstel aangesloten bij het begrip «incident» uit de Wkkgz. Incidenten waar aan gedacht kan worden zijn bijvoorbeeld een valincident of een bijna-ongeluk zoals struikelen over een loshangende snoer.

De leden van de SP-fractie vragen of voor jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering geen regime inzake het melden van incidenten van kracht gevoerd zou moeten worden. Deze leden vragen waarom daar niet voor gekozen wordt, welke voordelen en nadelen dat zou hebben en of hier in de praktijk behoefte aan is.

Inderdaad geldt op dit moment het regime inzake het melden van incidenten wel voor zorgaanbieders op grond van de Wkkgz, maar niet voor jeugdhulpaanbieders in de zin van de Jeugdwet. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Wkkgz in de Eerste Kamer heeft de toenmalige Minister van VWS aangegeven dat het de bedoeling is om met

de Jeugdwet aan te sluiten bij de Wkkgz. Dit is ook in lijn met de uitgangspunten van de Jeugdwet, waarin voor wat betreft de kwaliteitseisen voor jeugdhulpaanbieders expliciet is aangesloten bij de destijds bestaande kwaliteitswetgeving inzake zorg. Met brieven van 5 november 2018²⁰ en 22 november 2018²¹ bent u geïnformeerd over de voortgang in de aansluiting van de Jeugdwet bij de Wkkgz. De nog bestaande verschillen tussen de Jeugdwet en de Wkkgz worden thans geïnventariseerd en keuzes en consequenties ervan voor de jeugdhulpaanbieders, de gemeenten en cliënten worden in beeld gebracht. Daarbij wordt ook gekeken naar de gevolgen voor gecertificeerde instellingen en de Veilig Thuis-organisaties, omdat kwaliteitseisen van de Jeugdwet ook van toepassing zijn op die instanties.

De leden van de SP-fractie vragen of de voorbeelden van «zwaarwegende belangen» uitputtend is.

Nee, deze lijst is niet uitputtend. Het betreffen voorbeelden. Het is mogelijk dat in de toekomst andere zwaarwegende belangen worden aangedragen dan hierboven vermeld. De beoordeling of deze een grond vormen voor inzage is aan de hulpverlener en uiteindelijk aan de rechter. Het ligt niet in de rede dat lichtvaardig wordt aangenomen dat sprake is van een zwaarwegend belang.

Overigens is een emotioneel belang volgens de jurisprudentie²² – hoe zwaarwegend ook vanuit menselijk perspectief – geen zwaarwegend belang voor inzage in het medisch dossier van een overleden patiënt. Ik sluit bij deze lijn aan. Een onbepaald inzagerecht voor nabestaanden zonder een te objectiveren belang, acht ik niet wenselijk. Voor recht op inzage zou dan enkel hoeven te worden gesteld dat de inzage nodig is voor rouwverwerking. Dit belang van de nabestaande weegt niet op tegen het belang van de overleden patiënt op geheimhouding.

3.2 Inzagerecht ouders en voogd van een overleden kind

De leden van de fracties van het CDA en GroenLinks vragen een nadere onderbouwing waarom er voor de categorie kinderen vanaf twaalf jaar een aparte regeling wordt opgenomen. Genoemde leden vragen waarom niet is gekozen voor de grens op twaalfjarige leeftijd, aangezien kinderen vanaf die leeftijd al het recht hebben op geheimhouding en zelf mogen bepalen over het verstrekken van persoonsgegevens aan derden.

Voor de ouders of voogd van een overleden kind wordt met dit wetsvoorstel een bijzondere regeling voor inzage voorgesteld. Bij een kind dat de leeftijd van twaalf jaar nog niet heeft bereikt dient de hulpverlener de verplichtingen die hij jegens het kind heeft na te komen jegens de ouders of voogd. Dit betekent bijvoorbeeld dat de ouders of voogd beslissen of toestemming wordt gegeven voor medische verrichtingen. Daarnaast hebben de ouders of voogd van een kind dat de leeftijd van twaalf jaar nog niet heeft bereikt recht op inzage in het medisch dossier van hun kind of een kopie daarvan.

Bij een kind dat ten minste twaalf maar nog geen zestien jaar is, is voor verrichtingen in principe de toestemming van zowel het kind als de ouders of voogd vereist. Gelet op de verantwoordelijkheid bij leven voor

²⁰ Kamerstukken II 2018/19, 34 880, nr. 12 Evaluatie Jeugdwet

²¹ Kamerstukken II 2018/19, 39 538, nr. 279 Zorg en maatschappelijke ondersteuning

²² HR 9 oktober 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2735, Hof Amsterdam 24 juni 1998, NJK 1999, 77, Hof Amsterdam 28 november 2002, ECLI:NL:GHAMS:2002:AG0075 en Hof 's-Hertogenbosch 13 maart 2001, ECLI:NL:GHSHE:2001:AB1126

het kind van de ouders of voogd, ligt het in de rede om de ouders of voogd van een kind dat de leeftijd van zestien jaar nog niet had bereikt recht op inzage te geven na overlijden van het kind, tenzij dit in strijd is met goed hulpverlenerschap. De leeftijdsgrens van 16 jaar sluit aan bij artikel 5, eerste lid, van de Uitvoeringswet AVG, waarin is bepaald dat als de betrokkene jonger is dan 16 jaar, de uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens over gezondheid gegeven wordt door zijn wettelijke vertegenwoordiger in plaats van door de betrokkene zelf.

Kinderen van zestien en zeventien jaar oefenen hun rechten uit Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het BW zelfstandig uit. De ouders of voogd hebben *bij leven* van deze kinderen – zonder toestemming van het kind – geen recht op inzage in het dossier, tenzij het kind wilsonbekwaam is. De ouders of voogd van kinderen die zestien of zeventien jaar waren, kunnen op grond van het onderhavige wetsvoorstel *na overlijden* inzage krijgen onder dezelfde voorwaarden als een andere nabestaande, of, indien het kind wilsonbekwaam was, als een andere voormalig vertegenwoordiger.

4 Verhouding tot bestaande regelgeving

De leden van de CDA-fractie en de SP-fractie vragen waarom de verbreding van de WGBO naar alle zorgrelaties binnen de langdurige zorg niet meteen in dit wetsvoorstel is meegenomen. Deze leden vragen ook wanneer het wetsvoorstel hiertoe dan wel te verwachten is. De leden van de SP-fractie vragen of gegarandeerd kan worden dat dit plaatsvindt voor de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang.

De WGBO gaat uit van handelingen op het gebied van de geneeskunst en de verpleging en verzorging die in dat kader plaatsvinden. In de langdurige zorg zijn deze wettelijke regels niet altijd van toepassing. Verpleging en verzorging in een verpleeghuis vallen alleen onder de WGBO, voor zover zij onderdeel zijn van een geneeskundige behandeling. Verzorging van ouderen in een verpleeghuis valt daar niet onder. In het voorstel van de Wcz was voorzien in een verbreding van de reikwijdte naar alle zorgrelaties binnen de langdurige zorg. Zowel de cliëntenorganisaties als de brancheorganisaties in de zorg steunden de voorgestelde reikwijdteverbreding. Met het opknippen van de Wcz is de voorgestelde verbreding doorgeschoven.

Het kabinet is nog steeds voornemens de beoogde verbreding naar de langdurige zorg te regelen. Hiertoe zal na de behandeling van onderhavig wetsvoorstel een wetsvoorstel tot wijziging van de Wet langdurige zorg (Wlz) worden voorbereid.

5 Regeldruk

De leden van de SP-fractie vragen of de extra financiële lasten te dragen zijn door de hulpverleners en in welke mate worden zij hierin worden gecompenseerd.

De regeldrukgevolgen die met het wetsvoorstel gepaard gaan, zijn als volgt opgebouwd.

Enmalige lasten voor hulpverleners i.v.m. kennisname en aanpassing administratieve organisatie	€ 1.586.250
Structurele lasten voor hulpverleners i.v.m. actualiseren bewaarregeling	€ 1.283.370
Structurele lasten voor burgers (nabestaanden en niet-professionele vertegenwoordigers) en bedrijven (hulpverleners en professionele vertegenwoordigers) i.v.m. inzagerecht	€ 63.900

Uit de regeldruktoets voor de wijziging van de WGBO komt aldus naar voren dat de wijziging leidt tot een totale eenmalige lastenstijging van ongeveer € 1.590.000,- voor hulpverleners. Deze lastenstijging voor hulpverleners bestaat uit kosten voor het kennisnemen en aanpassing van de administratieve organisatie. Voorts leidt de wijziging tot een totale structurele lastenstijging van ongeveer € 1.350.000,- voor hulpverleners, burgers en bedrijven. Deze kosten komen vooral voor rekening van grotere instellingen en in mindere mate van individuele hulpverleners. Ik heb in dit wetsvoorstel de regeldrukgevolgen beperkt gehouden en ben van oordeel dat de wijzigingen die worden geïntroduceerd niet alleen in het belang van de cliënt zijn, maar bovendien voor zorgaanbieders redelijk en proportioneel zijn. Als deze bedragen worden afgezet tegen het aantal hulpverleners dat hiermee van doen heeft en de verdeling tussen grotere instellingen en individuele hulpverleners wordt daarin verdisconteerd, dan blijven deze kosten per hulpverlener beperkt. Er zal dan ook niet worden voorzien in compensatie.

De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op de opmerkingen van ActiZ, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) dat de berekening van de financiële lasten niet correct zijn. Deze leden vragen om een onderbouwing van de berekening of om de berekening opnieuw te laten uitvoeren.

De berekening van de regeldruk is opgesteld conform het Handboek meting regeldruk en de toelichting en onderliggende rapportage zijn, zoals door het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR) wordt bevestigd, een vrijwel volledige weergave van de gevolgen voor de regeldruk. De toelichting beargumenteert volgens het ATR op uitgebreide en inzichtelijke wijze waarom de toename van de regeldruk met deze wet gerechtvaardigd is. Voor een nieuwe berekening zie ik daarom geen aanleiding.

6 Overig

De leden van de VVD-fractie vragen hoe aangekeken wordt tegen de situatie dat patiënten een financiële bijdrage moeten leveren om een afschrift van (een deel van) hun medisch dossier te ontvangen.

Voor het verstrekken van een afschrift van het medisch dossier of van gegevens daaruit mag een hulpverlener op grond van de AVG geen vergoeding vragen. Volgens artikel 12, vijfde lid, van de AVG moet een hulpverlener een afschrift kosteloos verstrekken. Echter, wanneer verzoeken van een patiënt kennelijk ongegrond of buitensporig zijn, met name vanwege hun repetitieve karakter, kan een «redelijke vergoeding» worden gevraagd.

Artikelgewijs

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of met een «een ieder die een zwaarwegend belang heeft» altijd een persoonlijk belang wordt bedoeld of dat moet worden uitgegaan worden van personen in de kring van de overleden patiënt. Deze leden vragen of bijvoorbeeld klokkenluiders of journalisten een zwaarwegend maatschappelijk belang kunnen hebben in het opvragen van een dossier.

Met een «een ieder die een zwaarwegend belang heeft» wordt inderdaad alleen bedoeld op een ieder met een persoonlijk belang. Het gaat dus niet om belangen waarop bijvoorbeeld journalisten en klokkenluiders zich zouden willen beroepen. Doordat niet is te voorzien welke zwaarwegende belangen in aanmerking komen voor inzage, is ervoor gekozen de groep personen die op grond van een zwaarwegend belang inzage kan

verkrijgen niet op voorhand te beperken tot bepaalde categorieën van nabestaanden. Om die reden is in het wetsartikel gekozen voor het begrip «een ieder».

De leden van de SP-fractie vragen of inzage slechts wordt verleend in onderdelen van het medisch dossier. Zij vragen ook wie en hoe wordt bepaald voor welke delen inzage wordt verleend.

Inzage aan de nabestaande wordt alleen verstrekt voor zover dit nodig is om het doel van inzage te verwezenlijken. Bij een incident is het doel van inzage een nabestaande de mogelijkheid te bieden om een klacht in te dienen en deze vervolgens beter te onderbouwen dan wanneer hij geen inzage zou hebben. Dit betekent dat het inzagerecht bij een incident alleen geldt voor het deel dat betrekking heeft op het incident. Hiermee wordt recht gedaan aan het evenwicht tussen enerzijds de gerechtvaardigde belangen van nabestaanden om een dossier van een overleden patiënt in te kunnen zien, en anderzijds de belangen van de patiënt die met het beroepsgeheim van de hulpverlener worden beschermd.

Het is in beginsel aan de hulpverlener om dit te bepalen. Dat is nu ook het geval. Mij hebben tot dusverre geen signalen bereikt dat deze hulpverleners deze afweging niet kunnen maken.

Als de nabestaande vermoedt dat er ten onrechte geen inzage in gegevens is verstrekt die wel betrekking hebben op het incident, dan kan de nabestaande een klacht bij de zorginstelling neerleggen. Mocht de klachtenfunctionaris van de instelling niet tot een voor de klager bevredigende afwikkeling van de klacht komen, dan kan de klager zich wenden tot de onafhankelijke geschilleninstantie waarbij de instelling is aangesloten.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze het al bestaande inzagerecht voor nabestaanden in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en in de Wet zorg en dwang wordt aangepast.

Vooruitlopend op dit wetsvoorstel is in artikel 8:27 van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en in artikel 18b van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) het inzagerecht voor nabestaanden al geregeld. Met het voorliggende wetsvoorstel wordt voorgesteld deze bepalingen in lijn te brengen met het inzagerecht zoals dat in het wetsvoorstel is opgenomen. Dit leidt tot de volgende inhoudelijke aanpassingen.

In de eerste plaats regelen de huidige artikelen 8:27 van de Wvggz en 18b van de Wzd alleen inzage voor nabestaanden als bedoeld in de Wkkgz. Dit wordt met het wetsvoorstel verbreed. Allereerst kan ook een persoon die geen nabestaande als bedoeld in de Wkkgz is, inzage krijgen wanneer de patiënt bij leven daartoe toestemming heeft gegeven. Voorts kan een ieder een beroep doen op inzagerecht vanwege een zwaarwegend belang. Ook dit is dus niet beperkt tot nabestaanden in de zin van de Wkkgz.

In de tweede plaats is een uitzondering op het recht op inzage toegevoegd. Met het wetsvoorstel wordt geregeld dat geen gegevens worden verstrekt wanneer de patiënt deze wens schriftelijk of elektronisch heeft vastgelegd.

In de derde plaats is met dit wetsvoorstel geregeld dat de toestemming niet alleen schriftelijk, maar ook elektronisch kan worden vastgelegd.

In de vierde plaats zijn aan inzage op grond van «zwaarwegend belang» nadere voorwaarden gesteld, namelijk dat degene die inzage vraagt aannemelijk moet maken dat dit belang mogelijk wordt geschaad en dat inzage in of afschrift van gegevens uit het dossier noodzakelijk is voor de behartiging van dit belang.

In de vijfde plaats wordt met dit wetsvoorstel in de Wvvgz, net als in de WGBO, de grond opgenomen dat een nabestaande of vertegenwoordiger inzage kan vragen als er sprake is van een gemeld incident en wordt een bijzondere regeling voor jeugdigen getroffen.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins