

DOSSIERVEROERING



VALKUILEN, TIPS EN HULPMIDDELEN BIJ DOSSIERVEROERING

COLOFON

Dit is de **derde** (gewijzigde) druk van de brochure 'Dossiervoering', een uitgave van Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A.

Postbus 8409

3503 RK Utrecht

Telefoon (030) 247 4810

Fax (030) 247 4288

E-mail medirisk@vvaa.nl

www.medirisk.nl

Vormgeving: Vormgeving&Traffic, VVAA

Utrecht, juli 2007

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, e-mail of op andere wijze dan ook, zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van MediRisk B.A.

© MediRisk B.A.

INLEIDING

Dossiervoering is een lastige klus. Niet in de laatste plaats omdat vanuit medisch perspectief andere eisen worden gesteld aan het patiëntendossier dan vanuit juridisch perspectief.

Vanuit *medisch* perspectief kan meestal worden volstaan met een korte en bondige aantekening over de belangrijkste medische bevindingen, handelingen en afgesproken beleid. Uitvoerige aantekeningen vergen tijd en zijn ook niet altijd nodig om een goede en continue hulpverlening te kunnen waarborgen.

Vanuit *juridisch* perspectief dient het dossier echter vaak uitgebreide informatie te bevatten om bij mogelijke verwickelingen te kunnen verantwoorden dat de zorg op de juiste wijze is verleend. Met name notities over de aan de patiënt gegeven informatie en de door de patiënt gegeven toestemming rond zijn medische behandeling ('informed consent') zijn belangrijk. Gebeurt dit niet, dan leert de ervaring dat hier veel problemen voor de hulpverlener uit kunnen voortvloeien. Dit komt mede doordat patiënten bewijsrechtelijk een beschermde positie hebben, wat onder andere met zich meebrengt dat de hulpverlener voor de rechter in staat moet zijn om zijn of haar handelwijze aan de hand van het dossier te onderbouwen.

Recent onderzoek toont aan dat in minder adequate en volledige dossiers meer onbedoelde gebeurtenissen met schade kunnen optreden¹. Ontbrekende informatie tijdens de behandeling is een van de oorzaken van deze onbedoelde schade. Goede dossiervoering is dus belangrijk voor de continuïteit van de zorg, maar ook om een goed oordeel te kunnen vormen over het verloop van een behandeling in geval van een schadeclaim.

In deze brochure is op een rij gezet welke basisinformatie het patiëntendossier in ieder geval moet bevatten en welke gegevens zeker moeten worden bewaard. Hierbij worden de valkuilen rond dossiervoering besproken en geven we tips en hulpmiddelen.

¹ Bron: rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen', EMGO Instituut en NIVEL

De informatie in de brochure is gericht op het papieren dossier, maar is ook bruikbaar voor een elektronisch patiëntendossier. Aan digitale dossiervoering worden vooralsnog in ieder geval dezelfde eisen gesteld wat betreft vertrouwelijkheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid en compleetheid van de informatie. Het gaat erom alle relevante en voor een onderzoek of behandeling noodzakelijke informatie te allen tijde beschikbaar en toegankelijk moet zijn, ongeacht de manier van opslaan en bewaren.

Wij hopen u hiermee te ondersteunen in het bewaken van een professionele dossiervoering.

PROFESSIONELE DOSSIervoERING

Wettelijk kader

Het patiëntendossier moet alle gegevens bevatten die voor de behandeling van de patiënt noodzakelijk zijn (geweest). Deze gegevens dienen alleen in het dossier te worden opgenomen voor zover dit van belang is voor een goede hulpverlening. Het gaat hierbij niet alleen om aantekeningen over de behandeling, maar ook om stukken (zoals formulieren) die in het kader van de hulpverlening zijn aangemaakt. Aldus de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

Te noteren en bewaren gegevens

Welke gegevens de hulpverlener moet noteren en bewaren in het patiëntendossier ten behoeve van een goede hulpverlening, verschilt per behandelingsituatie. De hulpverlener zal dit dus per geval moeten beoordelen.

Ook al kunt u zich vaak later wel herinneren welke handelingen u heeft verricht en wat u met de patiënt heeft besproken, het is - met het oog op een goede hulpverlening en de herleidbaarheid van het gevolgde beleid - toch beter om beknopte notities te maken. Voorzie notities altijd van een datum en onderteken met volledige naamsvermelding.

Het verdient aanbeveling om in het patiëntendossier in ieder geval de volgende gegevens te noteren en te bewaren:

- **Aantekeningen van diagnose, bevindingen, behandelplan**

Wees zo volledig mogelijk in het beschrijven van alle bevindingen en handelingen, met name als de bevindingen bepalend zijn voor bijvoorbeeld de gekozen techniek. Niet alleen afwijkende bevindingen of uitslagen en de daaropvolgende handelingen moeten worden genoteerd. Denk ook aan voortgangsrapportages en IC-lijsten. Afwijken van richtlijnen en protocollen mag, mits goed beargumenteerd en gedocumenteerd in het dossier.

- **Notities over informed consent**

Om in voorkomende gevallen te kunnen verantwoorden dat de patiënt volledige en juiste informatie heeft gekregen omtrent zijn behandeling, is het belangrijk om te noteren welke informatie over de behandeling is gegeven. Denkt u daarbij ook aan de gemelde mogelijke risico's en complicaties, alternatieve behandelmethoden, toekomstverwachtingen en gegeven nazorginstructies. Het is ook belangrijk te noteren dat de patiënt toestemming heeft gegeven om een onderzoek of behandeling te

verrichten. Leg vast wanneer welke informatie door wie aan de patiënt is verstrekt, ook de eventueel telefonisch uitgewisselde informatie met de patiënt. Verwijs naar eventueel gebruikt voorlichtingsmateriaal (folder, video).

- **Verwijs- en ontslagbrieven**

Noteer de belangrijkste conclusies en aanbevelingen. Leg ook de nazorg-instructies vast, benoem eventueel meegegeven foldermateriaal.

- **Onderzoeksuitslagen**

Zoals röntgenfoto's, ECG's, CTG's, uitslagen van laboratoriumtesten, pathologisch onderzoek. Alleen voor zover relevant voor de behandeling! Realiseert u zich bij het invullen van (ook te bewaren) aanvraag-formulieren dat datum en signering van belang kunnen zijn. Verzeker u ervan dat uitslagen niet ongezien in het dossier verdwijnen!

- **SEH-formulier**

Van iedere patiënt die de spoedeisende hulp (SEH) bezoekt, dienen de personalia, anamnese, diagnose en voorgenomen behandeling te worden genoteerd. Ook als de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts, dient dit te worden genoteerd. Bij telefonische klachten en/of adviezen, over bijvoorbeeld een gipsbehandeling, is het belangrijk deze te noteren, inclusief wijze van afhandeling.

Gelukkig genoteerd Een man met al langer bestaande schouderklachten meldt zich 's nachts op de SEH. Hij is al onder behandeling van de huisarts en krijgt adequate pijnmedicatie. Zowel de verpleegkundige als de arts-assistent proberen de patiënt uit te leggen dat deze klacht door de huisarts behandeld hoort te worden en niet door de SEH. De patiënt voelt zich echter niet serieus genomen en wordt agressief. Uiteindelijk verlaat patiënt, onder begeleiding van bewakingspersoneel, het ziekenhuis. De patiënt dient een claim in wegens het niet behandelen van de schouderklachten. De verpleegkundige en de arts-assistent hebben de gang van zaken duidelijk beschreven op het SEH-formulier. Daardoor kan aansprakelijkheid worden afgewezen; van onzorgvuldig handelen is hier geen sprake.

- **Pre-operatieve checklist**

Gegevens worden vaak wisselend vermeld op verschillende informatie-bronnen. Als al sprake is van checklisten en formulieren, dan worden deze niet volledig ingevuld en gebruikt, waardoor informatie dubbel wordt genoteerd of juist ontbreekt. Denk hierbij aan door de patiënt gebruikte medicatie, allergieën, bijwerkingen of andere relevante gegevens als diabetes.

- **Operatieverslag, anesthesieverslag, partusverslag**

Korte en bondige aantekeningen zijn voldoende zolang daaruit achteraf de gang van zaken kan worden gereconstrueerd. Uit bijvoorbeeld een operatieverslag moet kunnen worden afgeleid op welke wijze de ingreep is verricht en wat de bevindingen waren voor, tijdens en na de ingreep. Beschrijft u alle eventueel afwijkende (anatomische) situaties en/of opgetreden complicaties nauwkeurig. Leg in een anesthesieverslag gegevens over de positionering vast, evenals de gebruikte voorzorgsmaatregelen en eventuele wijzigingen van positionering. Informatie (wanneer en de bevindingen) over tussentijdse controle, bij langere operaties minstens elke vier uur, hoort ook in dit verslag thuis.

- **Eventueel aangeleverde informatie door de patiënt**

Op verzoek van een patiënt kunnen bepaalde gegevens aan het dossier worden toegevoegd, zoals de persoonlijke visie van een patiënt of een brief van een andere hulpverlener. Daarnaast dienen door de patiënt op schrift gestelde wilsverklaringen (euthanasie, geen bloed toedienen bij Jehova's Getuige e.d.) in het dossier te worden opgenomen.

Bij voorkeur wordt ook het *verpleegkundig dossier* bewaard. Ook de temperatuur- en medicatielijsten zijn belangrijk om te bewaren.

Paramedische dossiervoering bevat ook vaak belangrijke gegevens en dient daarom integraal deel uit te maken van het patiëntendossier (bijvoorbeeld verslag fysiotherapie, dieetformulieren).



Soms wordt ervoor gekozen om bepaalde gegevens (bijvoorbeeld labuitslagen) niet aan het papieren dossier toe te voegen, maar deze alleen digitaal op te slaan. Dan is het wel belangrijk dat in het papieren dossier een verwijzing naar de elektronisch opgeslagen gegevens wordt opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld op een apart blad, waarop wordt vermeld welke gegevens elektronisch zijn opgeslagen en waar.

Tips

- Noteer de uitkomsten van alle dossier- en fotobesprekingen in het dossier, niet alleen de geconstateerde afwijkingen. Op de SEH worden veel patiënten alleen gezien door een arts-assistent, zonder verdere tussenkomst van de specialist. Door dagelijks de dossiers en röntgenfoto's te bespreken, kunnen de resultaten van de medische beoordeling gecontroleerd worden en kan het ingezette beleid eventueel tijdig worden bijgesteld.
- Leg telefonisch overleg tussen de hulpverlener in het ziekenhuis en de patiënt of de huisarts in het dossier vast. Hoewel het praktisch gezien vaak een opgave is dit vast te leggen, is dit vanuit een goede hulpverlening wel aan te bevelen. Het verloop van de behandeling en het gevolgde beleid zijn hiermee immers beter te herleiden.
- Noteer ook de resultaten van verificaties en controles, bijvoorbeeld identificatie patiënt of zijde, telling van gazen of weging van instrumenten. Zo weten alle betrokken hulpverleners wat er is gebeurd. Bovendien geeft het ook zekerheid achteraf.

Welke gegevens juist niet in het patiëntendossier

Enkele stukken die uitdrukkelijk *niet* tot het dossier behoren, zijn de volgende:

- correspondentie rond schadeclaims en klachten

Als het van belang is voor de medische behandeling, is het goed om een aantekening in het dossier te maken van een ingediende klacht of claim. De stukken (brieven, rapporten e.d.) dienen echter apart van het patiëntendossier gearchiveerd te worden. Daarmee wordt voorkomen dat deze stukken op verkeerde plekken terechtkomen. Het kan niet alleen voor de patiënt vervelend zijn als een behandelaar via het dossier verneemt dat de patiënt over een collega heeft geklaagd. Ook de hulpverlener zelf kan worden geschaad wanneer de advocaat van een patiënt in een schadeprocedure inzage krijgt in de correspondentie tussen (o.a.) de schadeverzekeraar en de hulpverlener door het opvragen van een kopie van het patiëntendossier.

- **MIP- of VIM-meldingen of meldingen aan de Inspectie in geval van een calamiteit**
Het meldingsformulier en correspondentie over een melding dienen apart van het patiëntendossier te worden bewaard. Als het van belang is voor de medische behandeling kan van het feit dat een melding werd gedaan wel een aantekening worden gemaakt in het patiëntendossier.
- **persoonlijke werkaantekeningen**
Hulpverleners maken soms aantekeningen als geheugensteuntje voor de eigen voorlopige gedachtevorming. Dit zijn notities die een tijdelijke functie vervullen voor de hulpverlener zelf (dus niet nodig voor andere betrokken hulpverleners) en daarna vernietigd kunnen worden. Deze persoonlijke werkaantekeningen vallen niet onder het inzage-recht van de patiënt. U doet er daarom verstandig aan om dergelijke aantekeningen zo op te bergen dat deze desgewenst eenvoudig uit het dossier kunnen worden gehaald (bijvoorbeeld op een post-it memo, een apart (blanco) vel, maar niet op het statusvel of decursusvel).
- **aanstootgevende of humoristische opmerkingen over een patiënt, zijn karakter, gewoonten of uiterlijk**
Kijk ook uit met het noteren van vermoedens over bijvoorbeeld psychische gesteldheid van de patiënt, verslaving, (kinder)mishandeling.

Valkuilen en tips

Uit de praktijk van de schadebehandeling komt een aantal valkuilen rond de dossiervoering naar voren. Deze valkuilen kunnen vervelende gevolgen hebben voor de patiënt en hulpverlener als hierdoor fouten in de hulpverlening ontstaan. Een en ander kan ook onaangename gevolgen hebben voor de hulpverlener als het tot een schadeclaim of tuchtprocedure komt.

Met de volgende tips kan veel ellende worden voorkomen:

- **Let op uw handschrift**
- **Noteer uw naam, datum en tijdstip**
Reconstrueerbaarheid van het verloop van een behandeling is belangrijk. In de directe hulpverlening voorkomt het miscommunicatie en irritaties. Maar ook in een eventuele juridische procedure zijn deze gegevens van groot belang.
- **Alleen uw handtekening of paraaf is vaak niet inzichtelijk**
Volledige naamsvermelding of naamstempel is het duidelijkst. Werkt uw instelling met handtekening of paraaf, noteert u in dat geval ook uw naam of tenminste uw initialen. Het is dan noodzakelijk om op een

centrale plaats een actuele lijst te bewaren, waarop bij de paraaf ook de corresponderende naam en initialen vermeld staan. Deze parafenlijsten dienen, voorzien van datum, tien jaar te worden bewaard.

- **Wees voorzichtig met het gebruik van afkortingen**

U weet wat die afkortingen betekenen, maar weten anderen dat ook? Betekent bijvoorbeeld de afkorting 'AP' angina pectoris of achillespees? Wees terughoudend met het gebruik van afkortingen en beperkt u zich tot de gangbare afkortingen.

- **Let op duidelijke medicatieopdracht**

Bij het eventueel voorschrijven van medicatie moet de dosering duidelijk worden vermeld om eventuele vergissingen uit te sluiten. Het juist plaatsen van de decimaal punt lijkt een simpele zaak, maar de praktijk leert dat het goed is hierop de aandacht te vestigen.

- **Verwijder of overschrijf eventuele fouten in het dossier niet**

U kunt fouten doorstrepen, waarna u de correcte bevinding tezamen met de naam, datum en tijd opschrijft. Probeer nooit achteraf bepaalde veranderingen of opmerkingen tussen te voegen, ook niet als er een klacht of claim wordt aangekondigd. Soms is het wel nuttig om op eerdere verslaglegging nog een aanvulling te geven (bijvoorbeeld als u later nog iets te binnen schiet), maar doet u dit dan op een aparte plek (onder de eerdere aantekening of op een los vel) en met toevoeging van naam en datum.

Tips

- Operatie: vermeld in het dossier altijd duidelijk aan welke zijde een patiënt geopereerd wordt. Schrijf links en rechts voluit om vergissingen door het gebruik van verschillende afkortingen of leesbaarheid te voorkomen!
- Vergeet niet bij intubatie te zorgen voor een goed gedocumenteerde gebitsstatus (en intubatiecondities). Leg het volgende vast:
 - dat de patiënt is geïnformeerd over risico's als gebitsletsel;
 - dat naar de conditie van het gebit is gevraagd;
 - dat mondonderzoek is verricht, met eventuele bijzonderheden;
 - predisponerende factoren voor een potentieel 'bemoeilijkte' intubatie;
 - eventueel getroffen voorzorgsmaatregelen;
 - postoperatief geconstateerde beschadigingen.

Informed consent en hulpmiddelen

Op grond van de WGBO dient een patiënt in staat te worden gesteld om een weloverwogen keuze te maken voordat hij toestemming geeft voor een behandeling; informed consent of geïnformeerde toestemming genoemd. Daarvoor is het nodig dat de hulpverlener voldoende informatie aan de patiënt verstrekt (informatieplicht). De hulpverlener moet de patiënt inlichten over aard en doel van voorgenomen onderzoek en/of behandeling, de redelijkerwijs te verwachten gevolgen van een ingreep, de daaraan verbonden risico's (waaronder complicaties), de globale kans op verwezenlijking hiervan en de eventuele alternatieven en andere methoden. In de praktijk is het vaak moeilijk te bepalen hoeveel informatie nodig is. Algemeen geldt dat de informatieplicht *uitgebreider* is als:

- de behandeling extra ingrijpend is,
- het risico vaker voorkomt,
- het risico onder de gegeven omstandigheden eerder te verwachten is,
- de voorgenomen ingreep minder noodzakelijk is (cosmetische en andere medisch niet strikt noodzakelijke operaties),
- er meerdere alternatieven voor de ingreep zijn,
- het een nieuwe behandelmethode betreft die nog weinig is toegepast en/of omstrede is.

Wie de schoen past Een orthopeed besluit samen met een patiënt tot een risicovolle teencorrectie, omdat de patiënt geen zin heeft in orthopedische schoenen. Complicaties leiden tot een beenamputatie. Patiënt ontkent vervolgens ooit bezwaren te hebben gemaakt tegen orthopedische schoenen en dient een schadeclaim in die hoog oploopt. De arts kan niet aantonen dat de patiënt zelf de operatie wilde, omdat hij deze overweging nooit heeft genoteerd. De aansprakelijkheid wordt erkend.

Het is vaak niet te doen om alle informatie over informed consent uitgebreid te noteren. In de praktijk worden, vaak in samenwerking met de afdeling patiëntenvoorlichting, hulpmiddelen ontwikkeld om de noodzaak van uitvoerige aantekeningen in het dossier te verminderen. Voorbeelden daarvan zijn: toestemmingsformulieren, checklists, brochures/folders, audiovisueel materiaal en interne, vastgelegde afspraken over wie welke informatie verstrekt.

MediRisk beveelt het gebruik van toestemmingsformulieren overigens niet aan. Deze formulieren zijn niet zaligmakend en in ons land ook niet gangbaar. Gebruik ervan ontslaat de hulpverlener niet van zijn plicht om de

patiënt op andere wijze (bijvoorbeeld mondeling) te informeren. Het enkel en alleen laten ondertekenen van een formulier wekt de suggestie van gemakzucht. Daarbij komt dat de arts-patiënt relatie formeler kan worden, wat mogelijk tot argwaan bij de patiënt kan leiden. Een toestemmingsformulier kan deze relatie dan ook aantasten en tot een schijnzekerheid leiden. Toestemmingsformulieren kunnen wel een nuttige functie vervullen wanneer het cosmetische en andere medisch niet strikt noodzakelijke ingrepen betreft.

Het kan wel zinvol zijn om een *checklist* patiëntenvoorlichting te (laten) ontwikkelen. In een checklist wordt opgesomd wat minimaal aan de patiënt moet worden verteld en kan worden aangevinkt of dit al is gebeurd en eventueel door wie dit moet gebeuren. Zeker als de checklist is toegesneden op een specifiek onderzoek of bepaalde behandeling kan deze dienen als geheugesteuntje voor de hulpverlener en als hulpmiddel ter ondersteuning van de communicatie. U kunt een kopie van de checklist toevoegen aan het dossier.

Een ander hulpmiddel is het meegeven van patiënteninformatiefolders en het wijzen op videomateriaal of websites. Hiermee kan de voorlichting niet worden vervangen, maar wel worden beperkt tot de hoofdpunten met verwijzing naar het voorlichtingsmateriaal. Door in het patiëntendossier te vermelden welk aanvullend materiaal is gegeven of waarnaar is verwezen, staat de hulpverlener sterker in een eventuele juridische procedure. Het is ook van belang dat de patiënt alle informatie daadwerkelijk begrepen heeft. Vraag daarnaar.

Tot slot kan veel dubbel werk en miscommunicatie worden voorkomen door tussen hulpverleners afspraken te maken over wie welke voorlichting op



welk moment geeft (bijvoorbeeld in zorg- en behandelprotocollen). Deze afstemming is zowel interdisciplinair als extramuraal van belang. Als de arts daar aanleiding toe ziet, kan hij zijn *informatieplicht overdragen* aan een ander, zoals een gespecialiseerde verpleegkundige. De arts blijft echter eindverantwoordelijk voor de juistheid van de voorlichting. Voor het dossier is het in dat opzicht van belang dat hij schriftelijke afspraken heeft gemaakt over welke informatie de verpleegkundige mag verstrekken en wat hierover in het dossier genoteerd moet worden.

Tips

- Aantekeningen als ‘patiënt uitgelegd wat zij wel en niet kon verwachten’ of ‘weet consequenties’ zijn gewoonlijk niet voldoende om aan te tonen dat de verstrekte informatie voldoende uitvoerig was geweest. Leg niet alleen vast dat de patiënt geïnformeerd is, maar ook (kort) wát gezegd is.
- Meer praktische informatie over informed consent vindt u in de MediRisk Special Informed Consent. U kunt deze vinden op onze site www.medirisk.nl, bij publicaties. Leest u ook de KNMG-uitgave ‘Van Wet naar Praktijk: informatie en toestemming’, te vinden op www.knmg.nl/wgbo

BEWAARTERMIJN EN Vernietiging

Bewaartermijn algemeen

Patiëntendossiers moeten ingevolge de WGBO vijftien jaar worden bewaard. In de praktijk gaat men ervan uit dat deze termijn gaat lopen vanaf het einde van de behandeling (na de laatste contactdatum). Landelijk bestaat overigens veel discussie over (de interpretatie en uitwerking van) deze wettelijke termijn. Vernietiging na verstrijking van deze termijn mag *alleen* achterwege blijven als een specifieke wettelijke regeling een andere bewaartermijn voorschrijft (bijvoorbeeld dossiers academische ziekenhuizen) of als uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit dat gegevens langer bewaard moeten blijven. Daarnaast kan een patiënt met de hulpverlener afspreken dat het dossier langer (of korter) wordt bewaard.

Bij gegevens die op grond van goed hulpverlenerschap langer bewaard moeten blijven, kan gedacht worden aan gegevens die van belang zijn voor de patiënt (bijvoorbeeld bij langlopende of terugkerende behandelingen of gegevens uit de periode van minderjarigheid) maar ook voor anderen, zoals

gegevens betreffende erfelijke aandoeningen (van belang voor de familie). Ook kan het belang van de hulpverlener zelf aan de orde zijn indien de gegevens belangrijk zijn voor de bewijsvoering in een juridische procedure.

Het komt voor dat dossiers, met name verpleegkundige dossiers en SEH-formulieren, binnen de bewaartermijn worden vernietigd. Wij raden dit af. In ieder geval kan het voortijdig vernietigen van gegevens in geval van schade ertoe leiden dat u in een lastige positie komt te verkeren. Ruimtegebrek of het slechts zelden opgevraagd worden van gegevens zijn geen argumenten om een kortere bewaartermijn dan vijftien jaar te hanteren.

Claim, klacht, tuchtklacht

Zodra het vermoeden ontstaat dat een bepaalde (be)handeling mogelijk juridische gevolgen zal hebben, is het aan te bevelen de gegevens over de patiënt veilig te stellen of duidelijk te waarmerken zodat zij niet worden vernietigd. Gedacht kan worden aan gegevens als het anesthesieverslag, operatieverslag, PA-verslagen, verwijs- en ontslagbrieven e.d.

Tips

- Wees extra alert op het bewaren van een patiëntendossier wanneer een handeling mogelijk juridische gevolgen kan hebben, dus wanneer een klacht of schadeclaim dreigt.

Hoeveel langer bewaren

Het voorgaande kan de vraag oproepen hoeveel langer dossiers met belangrijke gegevens voor de patiënt of diens familie en zogenaamde 'risico'-dossiers (dreigende klacht of claim) bewaard moeten worden.

Voor dossiers die vanuit het oogpunt van goed hulpverlenerschap langer moeten worden bewaard, geldt dat de hulpverlener per situatie zelf zal moeten bepalen of en hoeveel langer de gegevens bewaard moeten worden. Van overheidswege wordt verwacht dat wetenschappelijke verenigingen zelf overzichten opstellen van soorten gegevens die in het belang van de patiënt of zijn familie langer dan vijftien jaar bewaard moeten worden. Daarbij zou tevens bepaald kunnen worden hoeveel langer deze gegevens bewaard moeten worden.

Verjaringstermijn

Voor 'risico'-dossiers is de verjaringstermijn van belang. Een tuchtklacht kan worden ingediend tot tien jaar na het moment waarop de betreffende handeling van de beroepsbeoefenaar heeft plaatsgevonden. Voor schadeclaims zijn er twee verjaringstermijnen. Zodra een patiënt bekend is geworden met zowel de *schade* als met de daarvoor *aansprakelijke persoon* (en dat kan ook jaren na het voorval zelf zijn), begint vanaf de daaropvolgende dag een *verjaringstermijn van vijf jaar* te lopen. Onderneemt de patiënt geen actie binnen vijf jaren nadat hij met de schade en de aansprakelijke persoon bekend is geworden, dan heeft een schadeclaim op grond van verjaring in beginsel geen kans van slagen. Soms is echter niet geheel duidelijk of de termijn van vijf jaar is verlopen. Houdt u daar rekening mee bij eventuele 'risico'-dossiers.

Als sinds het schadevoorval twintig jaar is verlopen, kan in ieder geval géén schadeclaim meer worden ingediend. Dit is de zogenaamde *absolute verjaringstermijn van twintig jaar*. Een en ander is geregeld in artikel 3:310 Burgerlijk Wetboek.

Vernietiging = recht, tenzij

Wanneer een patiënt om vernietiging van (delen van) zijn dossier verzoekt, dient hieraan in principe te worden voldaan en geldt de bewaartermijn van vijftien jaar niet. Ook als de patiënt zichzelf hiermee benadeelt, moet aan het verzoek worden voldaan. Wel dient de hulpverlener de patiënt voorafgaand aan de vernietiging te wijzen op de risico's van vernietiging.

Het verzoek van een patiënt tot vernietiging dient *niet* te worden ingewilligd als in het dossier gegevens staan die van aanmerkelijk belang zijn voor *anderen* dan de patiënt. Hierbij kan worden gedacht aan familieleden van een patiënt die (vermoedelijk) aan een erfelijke ziekte lijdt. Ook de hulpverlener tegen wie een claim dreigt te worden ingediend, kan een gerechtvaardigd belang hebben bij het bewaren van de gegevens! Een patiënt heeft het recht op vernietiging van zijn *gehele* patiëntendossier of, als daar specifiek om wordt verzocht, van een gedeelte daarvan. Met vernietigen wordt ook daadwerkelijk vernietigen bedoeld, dus het versnijden, verbranden of anderszins verwijderen van de gegevens. Denkt u hierbij ook aan de gegevens die vermeld staan op de (hang)mappen en in de computer.

Een verzoek van de patiënt tot vernietiging van de patiëntgegevens dient schriftelijk en door de patiënt ondertekend (met kopie van zijn legitimatiebewijs) te worden ingediend. MediRisk vindt deze formele eisen belangrijk; problemen achteraf kunnen ermee voorkomen worden. Wij adviseren om

het verzoek tot vernietiging van een dossier en de schriftelijke bevestiging hiervan te bewaren (in het lege dossier of in een aparte map).

GEHEIMHOUDINGSPLICHT EN TOEGANKELIJKHEID

Toegankelijkheid gegevens

Dossiers bevatten persoonlijke gegevens van een patiënt. Daarom moet de beheerder van het archief (de directie of de hulpverlener) de geheimhouding van de dossiergegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt kunnen garanderen.

Tegelijk moeten de dossiers ook beschikbaar en toegankelijk zijn voor de hulpverlener; ook tijdens weekenden en voor verschillende locaties van een ziekenhuis. Er moet dus een goed evenwicht worden gevonden tussen privacybescherming en toegankelijkheid voor de hulpverleners.

Duidelijke afspraken over de wijze van beschikbaar houden van dossiers (waaronder vastlegging van uitleengegevens ter tracering van een dossier) zijn dan ook belangrijk.

Inzage gegevens door rechtstreeks betrokken hulpverleners

Alleen de gegevens die *relevant* zijn voor een bepaalde behandeling zijn zonder toestemming van de patiënt voor de medebehandelaar(s) toegankelijk. Dit recht op inzage vervalt als de patiënt hiertegen uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt.

Hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt, hebben recht op inzage in het dossier van de patiënt, tenzij de patiënt hiervoor geen toestemming heeft gegeven.



Inzage door patiënt = recht

De patiënt heeft recht op inzage in zijn dossier. Ook heeft hij recht op een kopie van zijn dossier, tegen betaling van een redelijke vergoeding (zie Besluit kostenvergoeding rechten betrokkenen WBP). De patiënt is *geen eigenaar* van het dossier. Hij heeft dan ook geen recht op afgifte van originele gegevens. Het is in principe niet verstandig originele gegevens uit handen te geven.

Het recht op inzage in en afschrift van medische gegevens geldt in beginsel voor alle gegevens in het dossier, dus ook röntgenfoto's, verwijsbrieven en ontslagbrieven. De hulpverlener kan zich richting de patiënt *niet* beroepen op de zogenaamde 'therapeutische exceptie' (het in het belang van de patiënt achterhouden van bepaalde informatie over diens behandeling of gezondheidstoestand).

Overigens: de mogelijkheid van een schadeclaim mag nooit reden zijn om inzage te weigeren.

Tips

- Soms worden de originele röntgenfoto's aan de patiënt meegegeven voor een vervolgbehandeling in een ander ziekenhuis of voor een second opinion. Als u dit doet, vermeld dit dan ook duidelijk in het dossier. Daarmee wordt discussie achteraf (over wie de foto's in bezit zou moeten hebben e.d.) voorkomen.
- Houd er rekening mee dat alle informatie die in het patiëntendossier is opgenomen onder het inzagerecht valt. Bewaar werkaantekeningen van de hulpverlener, gegevens rond een klacht, claim, MIP- of VIM-melding of melding bij de Inspectie daarom apart van het dossier.

Als een patiënt inzage wil, dient de hulpverlener vooraf te controleren of het dossier geen vertrouwelijke gegevens over anderen (zoals familieleden) bevat. Dat deel van het dossier dient niet ter inzage te worden gegeven (ter voorkoming van de schending van privacy).

De patiënt heeft recht op inzage zonder tussenkomst of aanwezigheid van de hulpverlener of anderen. U kunt natuurlijk aanbieden om bij de inzage aanwezig te zijn om enige uitleg te geven over de medische terminologie; de keus is echter aan de patiënt.

Inzage door derden

Voor het geven van inzage in het dossier aan een *ander* dan de patiënt is in beginsel toestemming van de patiënt noodzakelijk. Hij moet daartoe een schriftelijke, ondertekende machtiging afgeven. Als de patiënt jonger is dan twaalf jaar dienen zijn ouders of voogd om toestemming te worden verzocht. Bij minderjarigen in de leeftijd van twaalf tot en met vijftien jaar is in principe toestemming van de minderjarige zelf én van de ouder of voogd nodig. Patiënten vanaf zestien jaar kunnen zelf toestemming geven. Als een patiënt ouder is dan zestien jaar, maar wilsonbekwaam (niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen), moet diens vertegenwoordiger toestemming worden gevraagd.

Wanneer *nabestaanden* om inzage in een patiëntendossier verzoeken, is het uitgangspunt dat het beroepsgeheim ook na het overlijden geldt. De voormalige behandelaar van de patiënt moet bepalen of de overledene bij leven geen bezwaar zou hebben gehad tegen het verlenen van inzage. De hulpverlener kan deze zogenaamde veronderstelde toestemming meestal aannemen als de nabestaande een zwaarwegend belang aanvoert voor de wens tot inzage. Daarbij moet de hulpverlener komen tot een afweging 'in de geest van de overledene', een overweging overigens die niet eenvoudig in een enkele zin is te vatten. De toestemming van een overledene voor inzage kan in beginsel worden verondersteld wanneer nabestaanden vragen of onduidelijkheden hebben over de ingreep of behandeling en/of de gegevens wensen in verband met het indienen van een klacht of claim. Ook kan de toestemming worden verondersteld als bij de nabestaanden een noodzaak bestaat over gegevens van de overledene te beschikken in verband met de vaststelling van genetische risico's. Overigens gelden rond de aanvraag van gegevens in verband met een (levens)verzekering strikte afspraken over het afgeven van een verklaring omtrent de doodsoorzaak, gemaakt tussen de KNMG en de (levens)verzekeringsmaatschappijen.

Het verzoek van derden om inzage of kopie van patiëntgegevens kan de hulpverlener voor lastige vragen stellen. Wanneer mag of moet een uitzondering worden gemaakt op het toestemmingsvereiste van de patiënt?

Wat te doen met een verzoek van de politie? Is dan ook toestemming van de patiënt nodig? En hoe moet worden omgegaan met een verzoek van een advocaat of bijvoorbeeld een keuringsarts? Ook echtscheidingsituaties kunnen voor lastige problemen zorgen: mag de ouder die geen voogdij heeft inzage krijgen in het dossier van het minderjarige kind?

Om procedures te voorkomen is het van groot belang om u in dit soort situaties goed te laten adviseren. Hetzij door de juridisch adviseur van het ziekenhuis, hetzij door uw beroepsvereniging en/of rechtsbijstand-verzekeraar.

Tips

- Als een patiënt de klachtenfunctionaris of -commissie heeft gemachtigd tot inzage van het dossier, dan dient de klachtenfunctionaris of -commissie voor zover mogelijk eerst de betrokken hulpverlener op de hoogte te stellen. De hulpverlener dient immers het dossier eerst te screenen op de aanwezigheid van vertrouwelijke gegevens over anderen.
- Wij adviseren u om de overwegingen, die u doen besluiten de nabestaande wel of geen inzage te geven in het dossier van de overleden patiënt, altijd in het dossier te noteren zodat daarover achteraf geen misverstanden kunnen ontstaan.
- Voor uitgebreide informatie over gegevensverstrekking aan derden, zoals advocaten en politie, wijzen wij u graag op de 'richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' van de KNMG.

Contact met MediRisk

Heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen of behoefte aan advies in een concrete zaak, neemt u dan gerust contact op met MediRisk.

Op www.medirisk.nl vindt u meer informatie over onder andere dossiervoering en informed consent. Als u de inloggegevens niet tot uw beschikking heeft, dan kunt u deze als verzekerde via medirisk@vvaa.nl opvragen.

