

Special

MediRisk

INFORMED CONSENT

VOOR ARTSEN, PATIËNTENVOORLICHTERS
EN ANDERE ZIEKENHUISMEDEWERKERS,
BETROKKEN BIJ VOORLICHTING AAN
PATIËNTEN

2

Wet en rechter

Moet u een weinig voorkomend risico aan een patiënt meedelen? En is het echt nodig om elk wissewasje te noteren? Lees over de juridische implicaties van informed consent.



Op de werkvloer

Effectief afstemmen over informed consent, kan dat? Drie ziekenhuizen participeerden in een pilot van MediRisk. Internist Den Hartog uit ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede: 'Deze checklist geeft me als hoofdbehandelaar zekerheid.'



Aangeklaagd

Aangeklaagd wegens informed consent. Arts en advocaat over het ontstaan en voorkómen van deze claims.



6

plus **10** tips uit
de schadepraktijk

5

MediRisk, artsen & Informed Consent

Dat een goede voorlichting rond de medische behandeling in het belang van de patiënt is, staat buiten kijf. Een goed geïnformeerde patiënt werkt beter mee aan zijn behandeling. Hij geeft bewust toestemming voor een behandeling, inclusief de risico's, en accepteert dan ook eerder de eventuele negatieve uitkomst van deze behandeling. Dit werkt voor een arts ook prettig. Artsen die hun voorlichting tevens onderling afstemmen en goed noteren, weten waarvoor ze zelf verantwoordelijk zijn. Zij voorkomen hiermee dubbel werk en onderlinge irritaties (bijvoorbeeld rond de overdracht). En, niet te vergeten, wordt voorkomen dat een patiënt tegenstrijdige of halve informatie krijgt en dus eigenlijk niet weet waarvoor hij toestemming geeft, een gegarandeerde bron van wantrouwen en onvrede.

Het informeren van patiënten, afstemmen hierover en noteren hiervan in het dossier kost wél tijd... Maar dat kosten misverstanden, klachten en claims vanwege gebreken in de informatieverstrekking aan de patiënt ook. Want misschien ervaart u inaccurate voorlichting niet als een probleem, maar de patiënt vaak wel. Dit blijkt uit de vele (tucht)klachten en claims die zijn terug te voeren op gebreken in de communicatie en voorlichting. Serieuze aandacht voor informed consent is dan ook belangrijk voor het realiseren van een efficiënte en kwalitatieve zorgverlening en leidt tot minder klachten en claims.

MediRisk heeft ruime ervaring met de perikelen rond informed consent. Hoe kunt u de voorlichting aan de patiënt nu zó uitvoeren dat u er minimale last en maximale zekerheid van hebt? In deze Special leest u over de juridische valkuilen rond informed consent. MediRisk voorziet u vanuit de schadepraktijk van tips voor uw praktijkvoering. Doe er uw voordeel mee!

Aangeklaagd wegens informed consent

Artsen die worden aangeklaagd vanwege gebrekkige informed consent hebben een zware bewijsplicht. Goede verslaglegging kan hun positie versterken. Maar daarvoor hebben zij vaak weinig tijd. Advocaat Michel de Ridder geeft tips en chirurg Michiel Verhofstad vertelt hoe hij het aanpakt.

Mensje Melchior

Michel de Ridder, advocaat bij KBS-advocaten in Utrecht, ziet in zijn praktijk nogal wat artsen die met een schadeclaim zijn geconfronteerd omdat patiënten vinden dat ze niet goed zijn geïnformeerd. De arts moet het tegendeel bewijzen, terwijl notities hierover in het dossier vaak ontbreken. De Ridder geeft een kenmerkend voorbeeld. Een orthopedisch chirurg plaatst een kunstheup bij een patiënt waarna een beenlengteverschil ontstaat. De patiënt daagt hem voor de civiele rechter. Hij claimt dat de orthopeed hem niet op dit risico heeft gewezen en wil een schadevergoeding. De arts heeft een informed consent-gesprek met hem gevoerd,

Michiel Verhofstad,
chirurg-traumatoloog
Sint Elisabeth
Ziekenhuis te Tilburg



foto's: Rob Bogerd

maar kan zich niet meer herinneren wat hij heeft besproken. 'Doordat de orthopedisch chirurg zich de details van het gesprek niet meer herinnerde, was hij overgeleverd aan wat de patiënt vertelde en zijn eigen notities. Maar hij had niets opgeschreven'. De rechter ging er daarom vanuit dat de arts niets over het risico had verteld. De orthopeed kwam er toch nog goed vanaf. De Ridder: 'Er was geen behandelalternatief voor deze patiënt. Daarom achtte de rechter het niet aannemelijk dat de patiënt geen operatie had gewild als de arts hem wel op dit risico had gewezen. Hij wees de vordering tot schadevergoeding af.'

Sterke bewijzen

Hoe zorg je er als arts voor dat je bij de rechter genoeg bewijzen in handen hebt? Alleen de aantekening 'informed consent' of een summiere algemene WGBO-sticker is niet genoeg.

De Ridder: 'Artsen moeten minimaal aantekenen welke risico's en behandelalternatieven ze hebben besproken. Daarbij moeten ze noteren dat de patiënt het heeft begrepen en toestemming heeft gegeven.' De praktijk is echter anders. Door tijdsdruk schiet goede verslaglegging er nogal eens bij in. De Ridder: 'Organiseer het zo dat het zo min mogelijk tijd kost. Ideaal zijn checklists voor veel voorkomende operaties en behandelingen waarop alle risico's en behandelalternatieven staan aangegeven. Artsen moeten die lijsten vooral gebruiken als controlemiddel, om in de gaten te houden dat ze echt alles bespreken. Vink ze niet alleen af, maar bespreek die risico's ook echt en vergewis je ervan dat de patiënt het allemaal heeft begrepen.'

De Ridder geeft nog een simpele tip. 'Over veel ingrepen bestaan goede folders met de belangrijkste informatie. Geef die na het gesprek mee en teken dat in het dossier aan. De rechter zal dat serieus nemen. De patiënt is op de belangrijkste risico's gewezen en heeft zelf nog een zekere onderzoeksplicht. Hij kan altijd nog vragen stellen.' Let er wel op dat bij vernieuwing van patiëntenfolders een oude versie op een centrale plek bewaard wordt, waarschuwt De Ridder. 'Anders verdwijnt het bewijsmateriaal en sta je alsnog met lege handen.'

Gepassioneerd maatwerk

Naast tijdgebrek hebben artsen nog een ander probleem met informed consent. Sommige patiënten willen helemaal niet alles weten. Chirurg-traumatoloog Michiel Verhofstad van het Sint Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg: 'Goede informed consent moet aansluiten bij het niveau van de patiënt. De gemiddelde patiënt wil niet het naadje van de kous weten. Sommige patiënten leggen het zelfs helemaal in mijn handen. "Doe maar wat u goed vindt, dokter" krijg ik dan te horen. En dan heb je nog de patiënten die al heel goed geïnformeerd zijn. Elke keer is het weer aftasten wie ik voor me heb. Ik wil niet dat patiënten schrikken en van een operatie afzien omdat ik té veel over mogelijke complicaties heb verteld.'

Ondanks het dagelijkse aftasten is de chirurg blij met de informatieplicht. 'Het dwingt mij om een systematische werkwijze te hanteren en samen met de patiënt een strijdplan te maken. Ik zorg ervoor dat het gesprek geen routine wordt. Ik wil het niet afraffelen en probeer altijd met passie en overtuiging informatie te geven. Ook bij het tiende gesprek voor een liesbreukoperatie. Ik wil een sfeer scheppen waarin patiënten hun verhaal kunnen vertellen en vragen kunnen stellen.'

De chirurg werkt bij voorlichting samen met anderen: 'Zo doen bij ons physician assistants of nurse practitioners een pre-operatief spreekuur. Zij vertellen wat patiënten kunnen verwachten en leggen nog een keer de risico's uit.'

Verhofstad noteert wel eens minder dan eigenlijk zou moeten. 'Bij kleine ingrepen met beperkte risico's blijft het vaak bij de notitie 'informed consent gedaan'. Ik weet dat ik uit zou moeten schrijven wat ik heb besproken, maar dan zou ik meer tijd kwijt zijn met de verslaglegging dan met de operatie zelf. Dat kan de bedoeling toch niet zijn. Door mijn ervaring weet ik bij welke patiënten ik op mijn hoede moet zijn. Bijvoorbeeld bij kritische patiënten en bij mensen waar de behandelrelatie

tot dan toe nogal

stroef was, noteer

ik wel gedetailleerd.

Dat is

een defensieve handeling,

voor

als het ooit

tot een

klacht

komt.' ■



Michel de Ridder,
advocaat KBS te
Utrecht

10 tips UIT DE SCHADEPRAKTIJK

WAT DOEN EN WAT VOORAL LÂTEN...

NIETS NOTEREN IS NATUURLIJK NOOIT GOED. WANT HOE BEWIJST U DAN DAT U DE PATIËNT WEL DEGELIJK HEBT GEÏNFORMEERD?

BIJ HET NOTEREN VAN GEGEVEN INFORMATIE MOET U WEL ALERT ZIJN OP EEN AANTAL VALKUILEN. TIEN TIPS UIT DE SCHADEPRAKTIJK VAN MEDIRISK.

☞ INFORMEER TIJDIG

Een goede 'informed consent' betekent niet alleen dat de patiënt toestemming voor een ingreep verleent, maar óók dat hij dit doet op basis van voldoende besef van de alternatieven en risico's. Zorg voor bedenktijd. En verklein de kans op misverstanden: verstrek informatie altijd ruim van tevoren en liefst in verschillende vormen (bijvoorbeeld via gesprek, folder, video). En spreek niet vlak van tevoren nog ingrijpende wijzigingen af met patiënt.

☞ DUIDELIJK ZO?

Check zoveel mogelijk of de patiënt u heeft begrepen. Laat hem bijvoorbeeld uw verhaal zelf samenvatten. Wees u bewust van emotionele en taalbarrières bij de patiënt.

☞ HOE ERNSTIGER DE COMPLICATIE, HOE MEER INFORMATIE

Naast veel voorkomende risico's en complicaties dient u ook complicaties met vérstrekkende gevolgen te vermelden. Bij electieve ingrepen stelt de rechter hogere eisen aan de informatieplicht dan bij urgente ingrepen.

☞ INFORMATIE IS MAATWERK

Patiënten kunnen om persoonlijke redenen bepaalde risico's en informatie erg belangrijk vinden. Denk aan cosmetische gevolgen bij een fotomodel. Of het risico op onvruchtbaarheid of impotentie. Als een patiënt dit te berde brengt, legt u dan vast dát en waarom hierover gesproken is.

☞ NIET ALLEEN DÁT, MAAR OOK WÁT

De aantekening 'Info verstrekt' is doorgaans té nietszeggend om later te kunnen bewijzen dat u de patiënt goed heeft geïnformeerd. Uit uw aantekening in het dossier moet niet alleen blijken dát u informatie heeft besproken, maar ook (summier) wát is besproken. Bijvoorbeeld in hoeverre u de patiënt geïnformeerd heeft over risico's. En, kernachtig, welke risico's u heeft benoemd.

☞ FOLDER ALLÉÉN NIET VOLDOENDE

Het uitreiken van een folder (of andere ondersteunende documentatie) alleen is niet voldoende. Summiere aantekeningen kúnnen in combinatie met een folder voldoende zijn, als u tevens noteert welke specifieke folder u heeft uitgereikt.



Illustratie: Loet van Moll

☞ AFVINKLIJST WEL OF NIET?

Niet-ingevulde afvinklijsten en niet-ondertekende informed consentformulieren zien er altijd onheilspellend uit. Van tevoren ingevulde afvinklijsten zijn daarentegen ook niet geloofwaardig. Gebruik van checklisten kan op zich heel nuttig zijn, zeker als diverse hulpverleners bij de behandeling betrokken zijn. Maar wees dan wel consequent in het invullen ervan. Vergeet u iets af te vinken of in te vullen, dan heeft u snel de schijn tegen.

☞ TOESTEMMINGSFORMULIEREN

...waarin wel de voorgenomen ingreep of behandeling is beschreven, maar niet staat wat patiënt daarover aan voorlichting heeft gekregen, hebben evenmin een juridische betekenis.

☞ 'VOLGENS DE PROCEDURE VOORGEELICHT'

Een veel geziene valkuil is dat men (achteraf) verwijst naar gebruikelijke procedures volgens welke de voorlichting plaatsvindt. Staat hierover in het dossier niets vermeld ('omdat het altijd zo gebeurt'), dan is moeilijk aan te tonen dat u met déze patiënt die procedure heeft doorlopen.

☞ ALS DE BEHANDELING MISGAAT...

....ga dan zo snel mogelijk in gesprek met de patiënt. Praten over tegenvallers vindt niemand makkelijk. Toch is openheid over de feitelijke gang van zaken aan te raden. Toon uw medeleven en informeer de patiënt over de vaststaande feiten, inclusief de mislukkingen. Kijk echter uit voor speculaties over de oorzaak en spreek niet van een 'fout' als u hier niet volstrekt zeker van bent. Hiervoor is vaak nader onderzoek nodig. Wek geen onterechte verwachtingen door uitspraken als 'hiervoor ben ik verzekerd', maar informeer de patiënt desgevraagd wel over de wijze waarop een claim kan worden ingediend. En last but not least, voorkom een defensief optreden óf juist het te snel aantrekken van het boetekleed. MediRisk of bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris in uw instelling kan u hierbij adviseren.

Kijk voor verdere tips op www.medirisk.nl > schadepreventie > omgaan met klachten, claims & fouten

Op de werkvloer

CHECKLIST INFORMED CONSENT GEEFT HOUVAST

patiënt en een korte aantekening in de status, nog het meeste in goede patiëntenfolders. Van het gesprek blijft maar 20% hangen, vaak wat de patiënt graag wil horen. Ik zeg er wel bij dat de patiënt de folder goed moet doorlezen en bij vragen contact met mij kan opnemen. Het meegeven van die folder zou ik eigenlijk in mijn status moeten noteren.

Paul Bom, orthopedisch chirurg, Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, ex-secretaris NOV

Hoe kunt u informed consent nu echt effectief toepassen? Drie ziekenhuizen participeerden in een pilot van MediRisk. Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede legt informed consent vast. Internist Den Hartog: 'Als hoofdbehandelaar geeft mij dat zekerheid.'

Mensje Melchior

De start van de predialysepoli van Ziekenhuis Gelderse Vallei was een mooi moment om de procedure voor informed consent kritisch door te nemen. Gelderse Vallei testte praktische hulpmiddelen voor informed consent binnen een pilot van MediRisk. De predialysepoli nam eerst de informatiefolders voor patiënten onder de loep. Coördinator patiëntenvoorlichting Marieke Ettema: 'We spitsen de informatie die we meegeven zoveel mogelijk toe op de individuele patiënt. Eerst krijgt een patiënt in een eigen patiëntenmap de belangrijkste algemene informatie mee. Daarna krijgen ze gefaseerd meer informatie, bijvoorbeeld over vaccinaties en de voor- en nadelen van hemodialyse. Aansluitend aan het bezoek aan de internist heeft de patiënt verder een gesprek met verpleegkundigen of de diëtiste.' De afdeling heeft ook het informatietraject beter gestroomlijnd. De artsen noteren

in de medische status wat zij met de patiënt hebben besproken en noteren de opdrachten op een checklist. Ettema: 'Verpleegkundigen en diëtisten vinken op een digitale checklist in de computer aan wat zij met de patiënt hebben besproken.'

Snel

Internist-nefroloog Theo den Hartog vindt de gefaseerde informed consent aanpak veel prettiger werken. 'Ik vertel een patiënt bijvoorbeeld dat op termijn een nierfunctievervangende behandeling nodig zal zijn. Ook vertel ik dat een peritoneaaldialyse de voorkeur geniet. Dit kruis ik op de checklist aan. De verpleegkundige legt vervolgens uit wat precies de voor- en nadelen van deze dialysevorm zijn. Ik kan nu snel zien of dat ook echt is gebeurd, en daarmee de voortgang controleren en zien of er zaken zijn blijven liggen.'

Draagvlak

Goede informed consent is dus het resultaat van een goed afgestemd multidisciplinair behandelproces. Dat bleek ook uit de andere twee pilots. Anita Hack, medewerker patiëntenvoorlichting in het BovenIJ ziekenhuis: 'Dit vergt voldoende draagvlak onder alle hulpverleners. Want je kunt informed consent niet ophangen aan het uitdelen van folders alleen'. Ook Janny Bruining, coördinator patiëntenvoorlichting in de IJsselmeerziekenhuizen beaamt dit en stelt dat de pilot daar heeft geleid tot hernieuwde aandacht voor informed consent in de hele organisatie.

Black box

Dat draagvlak is nodig. Want in de praktijk geven verschillende hulpverleners voorlichting, maar is het de arts die de eindverantwoordelijkheid draagt. Hij moet nagaan of de patiënt echt goed is voorgelicht. Daarom is het belangrijk dat verpleegkundigen net als artsen noteren wat ze hebben besproken. Den Hartog: 'Op deze predialysepoli werken wij bij uitstek multidisciplinair en dat betekent dat meerdere mensen de voorlichting voor hun rekening nemen. Voor mij is het nu minder een black box dan vroeger. Nu weet ik zeker dat alles goed overkomt. Als hoofdbehandelaar vind ik dat een heel prettig idee.'

Foto: Frank Muller



In de WGB0 staat het zwart op wit: de patiënt heeft recht op informatie opdat hij een afgewogen beslissing kan maken en gerichte toestemming kan geven. Anno 2006 blijkt dat het toepassen van deze wet nog steeds niet eenvoudig is. Wat zeggen de wetgever en rechter over inform med consent?

Aan goede voorlichting valt niet te ontkomen, ook al leidt tijdgebrek tot een spanningsveld. De NVvH pleit voor volledige voorlichting en heeft een WGB0-sticker ontwikkeld waarbij besproken onderwerpen kunnen worden afgevinkt. De specialist zou verder meer een controlerende taak moeten krijgen, zoals je nu ziet bij groepsvoorlichting en inzet van de nurse practitioner. Dat scheelt tijd.'

Piet Leguit, voormalig chirurg Diakonessenhuis Utrecht

→ Welke risico's en gevolgen moet ik noemen?

U moet de patiënt de complicaties noemen die tot de reële mogelijkheden behoren. Laat u hierbij de kans dat de complicatie optreedt én de ernst van die complicatie meewegen. Bij minder vaak voorkomende risico's is de ernst van de complicatie en de situatie van de individuele patiënt bepalend. Gaat u er niet te snel vanuit dat risico's algemeen bekend zijn. Zo moet u de kans op een recidief bij een liesbreukoperatie wel noemen. Verder geldt als uitgangspunt dat de patiënt niet onnodig ongerust moet worden gemaakt.

Maar wanneer is een risico nu zó klein, dat u het niet hoeft te noemen? De rechter stelt zich op het standpunt dat een absoluut percentage niet te geven is. Of een miniem risico genoemd moet worden, hangt af van de omstandigheden. In rechterlijke uitspraken worden de complicaties die medisch wetenschappelijke verenigingen zelf noemen vaak als richtlijn genomen. Vervolgens moet u aan de hand van de specifieke omstandigheden van de patiënt 'maatwerk' leveren. Een hard uitgangspunt is dus helaas niet te geven.

→ Wanneer heb ik een 'verzwaarde' informatieplicht?

Bij een medisch niet noodzakelijke ingreep zoals cosmetische chirurgie, maar ook bij niet-reguliere en experimentele behandelingen. Als de patiënt vooraf volledig op de hoogte wil zijn van een medisch

niet noodzakelijke ingreep dient u ook te wijzen op zeldzame risico's die niet in percentages zijn uit te drukken.

→ Kan ik mijn informatieplicht overdragen aan een ander, zoals een gespecialiseerde verpleegkundige?

Het geven van informatie over de behandeling kunt u delegeren aan een ander, maar u blijft als arts wel eindverantwoordelijk voor de correctheid van de voorlichting. Dit betekent dat u ervoor moet zorgen dat:

- u schriftelijke afspraken maakt over welke informatie de verpleegkundige mag verstrekken,
- wat hierover in het dossier genoteerd wordt,
- deze verpleegkundige voldoende en actuele kennis en kunde heeft om specifieke, op de patiënt toegespitste informatie te verstrekken,
- u bereikbaar bent voor de verpleegkundige voor overleg,
- u tussentijds controleert en periodiek evalueert of patiënten op deze wijze goede voorlichting krijgen.

Zorg er verder voor dat u als behandelaar beschikbaar bent om de patiënt alsnog zelf voor te lichten, als deze dat vraagt.

→ Als een medische handeling van groot belang is voor de patiënt, moet ik dan aandringen en de aarzelende patiënt overtuigen toestemming te geven voor de handeling?

over informed consent



Illustratie: Wietse Bakker

U adviseert de patiënt en geeft aan waar zijn voorkeur als behandelaar naar uitgaat, zonder de risico's van niet-ingrijpen te overdrijven, en zet de alternatieven op een rij. Dit is dus méér dan het geven van informatie. Het moet een objectief advies zijn, gebaseerd op evidence based medicine dan wel richtlijnen van de beroepsgroep. Sterk aandringen wordt niet van u verwacht. De patiënt neemt uiteindelijk de beslissing.

Bij een eventuele weigering moet u nagaan of de patiënt de gevolgen van een eventuele weigering overziet. Geef de patiënt dus bedenktijd en betrek zo nodig de huisarts. En noteer uw aanpak in het dossier!

➔ Wat te doen als tijdens de operatie een andere of aanvullende ingreep nodig blijkt, waarover ik niet met de patiënt heb gesproken en waarvoor dus toestemming ontbreekt?

Was de situatie redelijkerwijs niet te voorzien en kon u de mogelijkheid dus ook niet vooraf bespreken met de patiënt, dan kán ingrijpen zonder informed consent verantwoord zijn. In de rechtspraak wordt een aantal voorwaarden gesteld:

- de andere of aanvullende ingreep kan niet zonder ernstig risico worden nagelaten,
- deze is in het belang van de patiënt én
- deze kan zonder ingrijpende

gevolgen voor de patiënt worden uitgevoerd.

➔ Wat te doen als de patiënt zijn toestemming intrekt?

De patiënt kan altijd de toestemming weer intrekken. De medische handelingen moeten dan worden beëindigd. Van u wordt wel verwacht dat u de patiënt de gevolgen van diens weigering duidelijk maakt.

Het is raadzaam hiervan een duidelijke notitie in het dossier te maken!

➔ Moet ik elk wissewasje noteren?

Als een patiënt beweert dat u onvoldoende informatie heeft verstrekt of geen toestemming heeft gevraagd, is het aan u om te bewijzen dat deze claim van de patiënt niet terecht is. Met een goed ingevuld dossier bent u hiertoe al gauw in staat. Een onvolledig dossier brengt u bewijsrechtelijk al snel in een lastige positie. Maar het is natuurlijk onmogelijk om alles maar in het dossier te noteren. Hulpmiddelen zoals patiëntenfolders, video's en checklisten patiëntenvoorlichting bieden soms uitkomst. Verwijs in het dossier naar de verstrekte informatie.

U moet de informatie wel altijd afstemmen op de individuele patiënt. Noteert u daarom ook in het dossier de individuele risico's die u besproken heeft.

Niet elke aantekening acht de rechter voldoende. De aantekening 'patiënt uitgelegd wat zij wel en niet kon verwachten' was niet voldoende om te bewijzen dat de verstrekte informatie voldoende uitvoerig was geweest. Ook de aantekening 'weet consequenties' was onvoldoende. Noteert u dan ook niet alleen DAT u met de patiënt heeft gesproken, maar ook WAT er is besproken. ■

'De KNO-artsen zijn duidelijk geconfronteerd met het belang van informed consent, toen de tuchtzaken werden geanalyseerd.'

Peter Olde Kalter, KNO-arts Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Gooi-Noord en Hilversum, mede-auteur van rapport KNO-arts en tuchtrecht 1993-2003

MediRisk

CONTACT MET MEDI RISK

MediRisk heeft vanuit de schadepraktijk ervaring met de consequenties van informed consent voor medische aansprakelijkheid. Onze focus is dan ook gericht op de aansprakelijkheidskant van informed consent. Voor vragen en advies op dit schadegerelateerde terrein kunt u contact opnemen met MediRisk. Telefoon (030) 247 48 10, e-mail medirisk@VVAA.nl. Kijk ook www.medirisk.nl > veelgestelde vragen.

Heeft u als KNMG-lid vragen over informed consent of behoefte aan advies in een concrete zaak, belt u dan met de Artseninfolijn van de KNMG: 030-2823322 of mail via artseninfolijn@fed.knmg.nl. Zie ook www.knmg.nl/artseninfolijn

Voor advies en ondersteuning bij de implementatie van de WGBO in uw dagelijkse praktijk, kunt u contact opnemen met de afdeling patiëntcommunicatie van uw instelling. Veel van deze professionals patiëntcommunicatie zijn verenigd in de Vereniging Patiëntenvoorlichting (VPV); een beroepsvereniging voor beroepsbeoefenaren binnen de patiënten- en cliëntenvoorlichting. Zij stelt professionals in staat de steeds verdergaande ontwikkeling in de patiëntcommunicatie op de voet te volgen. Hierbij staat kwaliteitsbevordering van patiëntenvoorlichting centraal. Kijk ook op www.patiëntenvoorlichting.info

HOE KUNT U DE VOORLICHTING AAN DE PATIËNT ZÓ UITVOEREN DAT U ER MINIMALE LAST EN MAXIMALE ZEKERHEID VAN HEBT? LEES DEZE SPECIAL!

COLOFON

Deze special is een uitgave van Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A.

Orteliuslaan 750 / Postbus 8409 / 3503 RK Utrecht
Telefoon (030) 247 4810
Fax (030) 247 42 88
E-mail medirisk@VVAA.nl
Website www.medirisk.nl

September 2006

Redactie: MediRisk
Beeld: Loet van Moll, Frank Muller, Rob Bogerd, Bard87
Vormgeving: Bard 87, 's-Graveland
Tekst: MediRisk, Mensje Melchior

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 zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van MediRisk.

© MediRisk B.A.