



GOMA 2.0

Medische machtiging in medische aansprakelijkheidszaken Notulen tweede bijeenkomst 7 april 2014

Aanwezig:

Hugo de Jager (advocaat in dienstbetrekking SRK)
Wietske Kool (VU medisch centrum)
Aernout Santen (Centramed)
John Beer (Beer advocaten)
Harry Henschen (VvAA/ MediRisk)
Hilde van der Meer (KNMG)
Wil Camstra (OLVG)
Carlien Hutchison (Medas)
Arno Akkermans (hoogleraar privaatrecht VU)
Annelies Wilken (docent-onderzoeker VU)
Deborah Lauria (toehoorder, De Letselschade Raad)

Afwezig:

Freek Schultz (Pals Groep)
Annemiek van Reenen ten Kate (Hofmans)
Pieter van der Nat (Beer Advocaten)
Elsbeth Mattern (Medas Medische Advies)

1. **Introductie**

1.1 Omdat er een aantal nieuwe mensen aanwezig zijn, wordt weer begonnen met een korte voorstelronde en wordt door de onderzoekers nogmaals kort de achtergrond van deze werkgroep toegelicht. Wil Camstra is op verzoek bij de werkgroep aangesloten om zo een sterkere vertegenwoordiging van de zelfregelende ziekenhuizen te verkrijgen en een beter beeld van de knelpunten die de problematiek rondom de medische machtiging binnen ziekenhuizen oplevert. Carlien Hutchison vervangt Elsbeth Mattern omdat zij was verhinderd.



2. Notulen eerste bijeenkomst 17 januari 2014

2.1 De onderzoekers lichten toe dat het de bedoeling is dat de notulen (via internet) openbaar gemaakt zullen worden, zodat voor de buitenwereld transparant en inzichtelijk kan worden gemaakt op welke manier de te ontwikkelen medische machtiging tot stand is gekomen. Ervaring leert dat dit belangrijk is in het kader van de uiteindelijke acceptatie van de te ontwikkelen medische machtiging ('totstandkomingstransparantie').

2.2 Namens de ziekenhuizen wordt nogmaals herhaald dat zij erg veel moeite hebben met de passage in punt 2.17 van de notulen waarin staat: *'Er is altijd een dossiertje in het ziekenhuis waarin staat wat er echt is gebeurd en dat de patiënt (en zijn belangenbehartiger) niet te zien krijgt'*. De belangenbehartiger die deze uitspraak heeft gedaan, licht toe dat hij met deze uitspraak (mede) doelt op de documenten die worden opgesteld in het kader van 'Veilig melden'en/ of meldingen aan de IGZ, en dat hij er moeite mee heeft dat het slachtoffer (en zijn belangenbehartiger) (meestal) geen inzage krijgen in dergelijke documentatie. Van de kant van de ziekenhuizen wordt erop gewezen dat deze documenten een ander doel dienen dan het vaststellen van aansprakelijkheid in een individuele casus. De onderzoekers merken op dat in de optimale situatie, slachtoffers geen behoefte hebben in inzage in dergelijke documentatie, omdat zorgverleners uit hoofde van hun professionele standaard uit zichzelf volledige openheid betrachten met betrekking tot de feitelijke gang van zaken rondom het incident (in lijn met artikel 7 GOMA). De praktijk is echter weerbarstiger.

2.3 Naar aanleiding van- en in vervolg op punt 2.22 van de notulen wordt namens de ziekenhuizen beaamd dat van hen een proactieve houding mag worden verwacht met betrekking tot het geven van feitelijke openheid van zaken naar aanleiding van incidenten. Voor ziekenhuizen is echter regelmatig lange tijd onduidelijk dat patiënten van mening zijn dat er zich een incident heeft voorgedaan. In dergelijke gevallen kan een ziekenhuis enkel 'reactief' onderzoek doen naar de feiten, hetgeen zij vanzelfsprekend dan ook behoort te doen. Van patiënten mag op hun beurt worden verwacht dat zij zo snel mogelijk duidelijk maken wat er volgens hen verkeerd is gegaan / dat zij een klacht melden.

2.4 Er wordt afgesproken dat deze en de overige input die tijdens deze bijeenkomst op de notulen van 17 januari 2014 is geleverd in de notulen wordt verwerkt, en deze notulen nogmaals ter instemming rondgestuurd zullen worden alvorens ze openbaar te maken.

3. Ruchtbaarheid aan het initiatief

3.1 Namens de zelfregelende ziekenhuizen wordt opgemerkt dat de ziekenhuizen pas in een laat stadium bij de totstandkoming van de GOMA zijn betrokken. Dit is mogelijk ook één van de redenen waarom de GOMA niet zo erg leeft binnen de ziekenhuizen. Het zou daarom wellicht verstandig zijn de ziekenhuizen, ook niet zelf-regelende ziekenhuizen, in vroegtijdig stadium in te lichten over (en desgewenst te betrekken bij) het onderhavige initiatief, mede om op die manier ook het draagvlak te



vergroten. De onderzoekers vragen hierbij de hulp en input van de leden van de werkgroep en met name ook de thans betrokken ziekenhuizen zelf.

3.2 Met betrekking tot het betrekken van vertegenwoordigers van de NVZ en NPCF bij de bijeenkomsten van de werkgroep, merken de onderzoekers op dat we tot op heden goede ervaringen hebben opgedaan met het werken met kleine werkgroepen met daarin weliswaar representatieve, maar vooral deelnemers met inhoudelijke kennis van zaken, die op persoonlijke titel deelnemen zonder dat deze deelnemers voor iedere inhoudelijk te zetten stap het mandaat van de achterliggende organisatie nodig hebben. Nadat er een inhoudelijk goed product is ontwikkeld (zoals bijvoorbeeld een medische machtiging), wordt dit in een tweede fase in bredere kring voorgelegd aan de diverse betrokken brancheorganisaties om verder draagvlak te verwerven.

3.3 Er wordt geopperd om de NVZ en NPCF in ieder geval op de hoogte te brengen van het initiatief en hen de notulen van de bijeenkomsten ter informatie op te sturen. Het definitief beschikbaar komen van de notulen van de eerste (en tweede?) bijeenkomst, is wellicht een goed moment om diverse organisaties nogmaals nadrukkelijk op het onderhavige initiatief te attenderen en hen te vragen input te leveren. In de PC GOMA worden de vorderingen van de onderhavige werkgroep overigens (aan de hand van de notulen) ook besproken en via dit kanaal worden de verschillende organisaties derhalve eveneens op de hoogte gehouden. Daarnaast wordt de suggestie gedaan om een weblog te openen onder de naam 'GOMA 2.0 in wording' zodat de branche daar mede naar aanleiding van de eveneens via de weblog te publiceren notulen, hun input op het een en ander te leveren. De Letselschade Raad zal onderzoeken of dit tot de mogelijkheden behoort. De KNMG en De Letselschade Raad zullen het initiatief in ieder geval onder de aandacht brengen van de NVZ.

4. Concept medische machtiging

Inleiding

4.1 De onderzoekers hebben een eerste concept voor een medische machtiging opgesteld waarvan de bedoeling is dat het in de meerderheid van de medische aansprakelijkheidszaken bruikbaar is (zie **bijlage 1**). In dit concept is geprobeerd tegemoet te komen aan (i) de mogelijkheid voor de patiënt om de medische informatie in te zien voordat het aan de medisch adviseur (van de zorgaanbieder of van diens verzekeraar) wordt toegestuurd; (ii) de mogelijkheid voor de medisch adviseur om medische informatie te delen met bepaalde in (de toelichting bij) de machtiging genoemde personen binnen de zorgaanbieder of diens verzekeraar; en (iii) de verplichting om de patiënt vooraf te informeren als medische informatie wordt verstrekt aan anderen dan voornoemde personen (bijvoorbeeld in het kader van een 'second opinion').



4.2 Daarnaast is er vooralsnog voor gekozen om onderscheid te maken tussen enerzijds medische informatie die betrekking heeft op het incident en anderzijds medische informatie die niet direct te maken heeft met het incident. Bijgaande medische machtiging ziet uitsluitend op het opvragen van deze medische informatie met betrekking tot het incident.¹ Nadat aansprakelijkheid is erkend of is komen vast te staan, kan daarnaast (meestal in een later stadium) ter beoordeling van de omvang van de schade ook behoefte ontstaan aan medische informatie die niet direct te maken heeft met het incident (denk bijvoorbeeld aan informatie uit iemands medische voorgeschiedenis). Deze informatie zal vaak moeten worden opgevraagd bij andere behandelend artsen en zorgverleners dan de aangesprokenen. De onderzoekers stellen voor voor het opvragen en gebruiken van dergelijke informatie aansluiting te zoeken bij de regels en goede praktijken uit de Medische Paragraaf en hiervoor de gerichte medische machtiging te gebruiken, zoals die onlangs is ontwikkeld op initiatief van (onder meer) De Letselschade Raad en de GAV. Deze machtiging zou dan qua terminologie nog beter afgestemd moeten worden op gebruik in medische aansprakelijkheidszaken.

4.3 Een medisch adviseur merkt terecht op dat voor de beoordeling van de aansprakelijkheid in sommige gevallen ook informatie uit iemands medische voorgeschiedenis relevant kan zijn (denk bijvoorbeeld aan een gemiste diagnose of vragen omtrent de indicatie voor een bepaalde behandeling / ingreep). Het is derhalve maar zeer de vraag of het bovenstaande onderscheid op deze manier kan worden gemaakt. De onderzoeker zullen hier nogmaals goed naar kijken. In ieder geval is duidelijk dat men met het trefwoord ‘medische voorgeschiedenis’ hier niet uit de voeten kan.

Medische machtiging wellicht niet nodig?

4.4 Een belangenbehartiger vraagt zich af of het in het licht van artikel 7 van de GOMA² überhaupt nodig is om een medische machtiging te ontwerpen die betrekking heeft op de medische informatie met betrekking tot het incident; op grond van dit artikel is de zorgverlener immers reeds verplicht deze informatie proactief te verzamelen en te verstrekken aan de patiënt. De onderzoekers lichten toe dat deze redentatie is opgebouwd vanuit de vraag wat de aangesproken zorgverlener *moet*, terwijl de medische machtiging met name betrekking heeft op wat de zorgverlener *mag*, namelijk welke medische

¹ Bij de voorbereiding van dit eerste concept werd er vanuit gegaan dat ter beoordeling van de medische aansprakelijkheid vaak enkel medische informatie met betrekking tot het incident nodig zou zijn (welke informatie zich over het algemeen in het dossier van de aangesproken arts / zorgverlener bevindt). Tijdens de onderhavige bijeenkomst bleek echter dat er – anders dan in de Medische Paragraaf is gedaan – in medische aansprakelijkheidszaken ter beoordeling van de aansprakelijkheid een minder strikte scheiding kan worden gemaakt tussen medische informatie met betrekking tot het incident en medische informatie die niet direct betrekking heeft op het incident. Zie hierover punt 4.3 van deze notulen.

² Artikel 7 GOMA: ‘In geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, spant de zorgverlener zich, in aanvulling op het ter beschikking stellen van een medisch dossier, in voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten.’



informatie mag hij delen, zowel intern (met de juridische afdeling) als extern met de aansprakelijkheidsverzekeraar.

4.5 De belangenbehartiger licht zijn idee nader toe. In de fase voorafgaand aan het daadwerkelijk aansprakelijk stellen van het ziekenhuis en het indienen van een claim, is de zorgverlener (op grond van de GOMA) verplicht jegens de patiënt openheid van zaken te betrachten en hem in dat kader alle noodzakelijke medische informatie te verstrekken. Daar is – anders dan een eventuele machtiging van de patiënt ten behoeve van zijn eigen belangenbehartiger – (nog) geen medische machtiging voor nodig. De patiënt beschikt vervolgens (als het goed is) over alle relevante medische informatie en als hij besluit om de zorgverlener daadwerkelijk aansprakelijk te stellen, kan hij daarbij alle noodzakelijke medische informatie voegen ter onderbouwing van zijn claim. Op die manier krijgt de juridische afdeling van het ziekenhuis en / of de schadebehandelaar van de aansprakelijkheidsverzekeraar dan de beschikking over de medische informatie en is een machtiging niet (langer) noodzakelijk.

4.6 Een aansprakelijkheidsverzekeraar merkt op hier op zich wel iets in te zien, maar dat het voor de juridische afdeling en/of de aansprakelijkheidsverzekeraar dan wel mogelijk moet zijn om bij de aangesproken zorgverlener na te gaan of er geen relevante medische informatie ontbreekt. Een belangenbehartiger merkt dat het wat hem betreft onvoorstelbaar is dat er door slachtoffers (of hun belangenbehartigers) medische informatie wordt achtergehouden. Dit zou uitsluitend in uitzonderlijke situaties denkbaar zijn (bijvoorbeeld het achterhouden van psychiatrische rapportages), maar moet dan wel goed worden gemotiveerd. Het lijkt echter in de praktijk wel voor te komen.

4.7 Deze 'route' voor het verstekken van medische informatie aan de juridische afdeling van het ziekenhuis en/of de aansprakelijkheidsverzekeraar via de patiënt maakt een medische machtiging waarin de patiënt de arts toestemming geeft om bepaalde medische informatie aan de juridische afdeling van het ziekenhuis en/of de aansprakelijkheidsverzekeraar te verstrekken, inderdaad overbodig. De patiënt zit aan het roer voor wat betreft de medische informatieverstrekking en heeft zicht op de informatiestroom 'tussen' aangesproken zorgverlener en de juridische afdeling van het ziekenhuis en/of de aansprakelijkheidsverzekeraar. Het blijft dan echter nog wel steeds noodzakelijk om goede afspraken te maken over 'de omgang' met de verstrekte medische informatie; welke personen mogen deze medische informatie inzien, moet er toestemming gevraagd worden voor het verstrekken van medische informatie in het kader het vragen van een intercollegiaal advies / second opinion aan een derde-arts, etc. Door een belangenbehartiger wordt toegelicht dat er binnen zijn kantoor een 'verklaring' in ontwikkeling is waarmee in dergelijke afspraken wordt voorzien. Deze verklaring wordt aan de medische stukken toegevoegd die als bijlage bij de aansprakelijkstelling worden meegestuurd en bevat een beschrijving van welke personen er onder welke voorwaarden kennis mogen nemen van het medisch dossier. Deze verklaring, alsmede de bijbehorende toelichting, wordt als **bijlage 2** aan deze notulen gehecht.



4.8 De onderzoekers vragen zich af of deze splitsing tussen (i) het traject voorafgaand aan de aansprakelijkstelling (waarbij uitsluitend de patiënt en de arts betrokken zouden zijn) en (ii) het traject na de aansprakelijkstelling (waarbij eveneens de juridische afdeling van het ziekenhuis en/of de aansprakelijkheidsverzekeraar betrokken is) rijmt met werkelijkheid. Uit onderzoek is gebleken dat artsen vaak niet weten hoe zij het gesprek met de patiënt na een incident op een goede wijze moeten voeren (open disclosure en goede communicatie), hetgeen gelet op de complexiteit van het één en ander ook begrijpelijk is. Zij hebben daarin meestal ondersteuning nodig en deze ondersteuning wordt hen vaak geboden door de organisatie waarvan zij deel uitmaken, zoals bijvoorbeeld ondersteuning door een klachtenfunctionaris en wellicht ook de juridische afdeling van het ziekenhuis. Men kan zich derhalve afvragen of niet ook in de fase voorafgaand aan de aansprakelijkstelling al de mogelijkheid zou moeten bestaan om bepaalde medische informatie te delen, in ieder geval met betrokkenen binnen het ziekenhuis (of een andersoortige aangesproken zorgverlener).

4.9 De vraag is ook of deze 'route' eveneens voor de hand liggend is als een slachtoffer (nog) geen belangenbehartiger heeft.

4.10 Namens één van de ziekenhuizen wordt opgemerkt dat als de juridische afdeling van een ziekenhuis – in bovenstaand traject – een aansprakelijkstelling van een patiënt ontvangt met daarbij als bijlage het medisch dossier dat in een eerder stadium door de aangesproken zorgverlener aan de patiënt is verstrekt, het ziekenhuis er dan wel vanuit zou moeten kunnen gaan dat deze medische informatie ook zonder verdere medische machtiging mag worden doorgestuurd aan de aansprakelijkheidsverzekeraar. Een belangenbehartiger merkt op dat de medische informatie wat hem betreft uitsluitend aan de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar mag worden toegestuurd. Aansprakelijkheidsverzekeraars zijn het daarmee niet eens.

4.11 Namens de ziekenhuizen wordt toegelicht dat als zij schade zelf regelen, zij in beginsel geen gebruik maken van een medisch adviseur. De betrokken jurist beoordeelt de ingediende claim samen met de aangesproken zorgverlener. Er wordt dan wel altijd een machtiging van de patiënt gevraagd, zodat de aangesproken zorgverlener medische informatie kan delen met de jurist. Indien er incidenteel in dat interne traject behoefte bestaat aan raadpleging van een derde-arts, wordt via de aansprakelijkheidsverzekeraar een medisch adviseur ingeschakeld.

Toestemming voor second opinion / intercollegiaal overleg

4.12 Naar aanleiding van punt 2.10 van de notulen van 17 januari 2014 rijst discussie over het ter beschikking stellen van medische gegevens aan een derde-deskundige in het kader van een second opinion. Iedereen lijkt het erover eens te zijn dat geen van de partijen het recht kan worden ontzegd om, nadat een gezamenlijk deskundigenbericht of deskundigenbericht in opdracht van de rechter is uitgebracht, daarover een second opinion te vragen bij een derde deskundige. Als de verzekeraar dit zou willen, is echter de vraag of het slachtoffer daar toestemming voor moet geven alvorens medische



informatie aan deze derde-deskundige wordt verstrekt, en of in dat kader nog onderscheid moet worden gemaakt tussen het deskundigenrapport dat door de eerste deskundige is opgesteld en de medische informatie die daaraan ten grondslag is gelegd (zo zou bijvoorbeeld kunnen worden betoogd dat er geen toestemming nodig is voor het verder verstrekken – in het kader van de schadebehandeling – van het deskundigenbericht, maar wel voor de daaraan ten grondslag liggende (of eventuele andere) medische informatie).

4.13 Een medisch adviseur merkt op dat een soortgelijke vraag zich ook in andere (eerdere) stadia van het medisch beoordelingstraject voordoet. Zo kan een medisch adviseur – veelal een generalist – al in een vroegtijdig stadium behoefte hebben aan intercollegiaal overleg met en / of specialistisch advies van een collega-arts. Ook dan rijst de vraag of er toestemming van het slachtoffer moet worden verkregen alvorens medische informatie kan worden gedeeld met een collega-arts.

4.14 De onderzoekers geven aan dat ze zouden willen streven naar een medische machtiging die toestemming voor het eventueel raadplegen van een derde-deskundige / collega-arts voor intercollegiaal overleg en /of een second opinion vooraf insluit. Het steeds afzonderlijk vragen van toestemming aan het slachtoffer lijkt praktisch niet goed werkbaar. De onderzoekers hebben met het eerste concept van de medische machtiging tegemoet willen komen aan de wens van belangenbehartigers dat slachtoffers (en hun belangenbehartigers) er van op de hoogte worden gesteld dat een derde-deskundige / collega-arts wordt ingeschakeld en welke medische informatie er aan hen wordt verstrekt. Een vraag die nog open lijkt te staan is of dit steeds vooraf zou moeten, zodat het slachtoffer de mogelijkheid heeft om zich tegen raadpleging van de voorgenomen derde-deskundige / collega-arts te verzetten indien daar gegronde redenen voor zijn. In de notulen van 17 januari jl. is daar in punt 2.15 reeds het volgende over opgemerkt:

Door een belangenbehartiger wordt er op gewezen dat er bepaalde (beroeps)deskundigen zijn, aan wie hij zijn cliënten (en hun medische gegevens) niet wil blootstellen. Dat is één van de belangen van patiënten om vooraf enige invloed te willen hebben op de personen aan wie hun medische informatie (door de aansprakelijkheidsverzekeraar) al dan niet wordt verstrekt. Aansprakelijkheidsverzekeraars hebben hier begrip voor, maar wijzen wel op het risico dat alle door de aansprakelijkheidsverzekeraar voorgestelde deskundigen dan eenvoudig (zonder goede gronden) door de patiënt (of zijn belangenbehartiger) kunnen worden afgewezen. Er moet worden gezocht naar een manier waarop we dit alles in de medische machtiging tot uitdrukking kunnen laten komen (bijvoorbeeld: 'toestemming, tenzij...' waarbij het bezwaar tegen de persoon in kwestie altijd moet worden gemotiveerd o.i.d.). Iedereen lijkt het er over eens te zijn dat we hier te maken hebben met een gerechtvaardigd belang van de patiënt waaraan (op nader vast te stellen wijze) moet worden tegemoet gekomen.

4.15 Hier wordt door de belangenbehartiger nog aan toegevoegd dat als het slachtoffer zich op onredelijke gronden verzet tegen de inschakeling van een derde-deskundige / collega- arts, het altijd



het slachtoffer blijft (samen met zijn belangenbehartiger) dat het risico draagt van een onredelijke opstelling.

4.16 Door een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt opgemerkt dat ook het 'enkele informeren' zich wat hem betreft niet uit zou moeten strekken tot iedere stap (zoals bijvoorbeeld het plegen van intercollegiaal overleg door de medisch adviseur), maar zich zou moeten beperken tot uitzonderlijke gevallen (zoals bijvoorbeeld wanneer er een second opinion wordt gevraagd na een gezamenlijk deskundigenbericht of na een deskundigenbericht in opdracht van de rechter). Het expliciet vragen van toestemming gaat de aansprakelijkheidsverzekeraar sowieso te ver, althans zij voorzien dat dit onwerkbaar zal blijken te zijn.

Concrete opmerkingen t.a.v. concept

- Het begrip 'incident' is overgenomen uit de GOMA, maar in dit kader minder geschikt (denk bijvoorbeeld ook aan verwijten met betrekking tot 'delay', etc.); er wordt nagedacht over een betere term zoals bijvoorbeeld behandeling
- Een belangenbehartiger benadrukt het een goede zaak te vinden dat in het huidige concept de naam van medisch adviseur moet worden opgenomen.
- Een aansprakelijkheidsverzekeraar benadrukt dat op grond van de medische machtiging wat hem betreft de medische informatie zowel aan de medisch adviseur, als aan de schadebehandelaar van de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt verstrekt (op deze wijze kan de hierna in punt 5.3 besproken problematiek ook worden voorkomen).

Voor het overige wordt iedereen wordt uitgenodigd per mail te reageren op het concept voor de medische machtiging.

5. Afsluiting en rondvraag

5.1 De onderzoekers zouden van de ziekenhuizen nog graag een exemplaar ontvangen van de machtigingen die door hen worden gebruikt.

5.2 De deelnemers van de werkgroep spreken de voorkeur uit voor een machtiging die zowel betrekking heeft op de juridische afdeling van het ziekenhuis als de aansprakelijkheidsverzekeraar.

5.3 Door een medisch adviseur wordt aandacht gevraagd voor de kwetsbare positie van de medisch adviseur. Enerzijds wordt de medisch adviseur binnen de aansprakelijkheidsverzekeraar verantwoordelijk geacht voor het beheer van medische informatie, maar anderzijds wordt hij eveneens geacht relevante medische informatie te delen met bepaalde in (de toelichting bij) de machtiging genoemde personen binnen de zorgaanbieder of diens verzekeraar. Zodra een medisch adviseur echter



(bijvoorbeeld als bijlage bij zijn medisch advies) medische informatie verstrekt aan bijvoorbeeld de schadebehandelaar van de aansprakelijkheidsverzekeraar, en deze schadebehandelaar vervolgens op onjuiste wijze gebruik maakt van deze medische informatie (bijvoorbeeld door deze informatie verder te verstrekken aan personen die daartoe niet gerechtigd zijn), loopt de medisch adviseur het risico daar tuchtrechtelijk voor verantwoordelijk gehouden te worden. Er moet worden gezocht naar een manier waarop dit voorkomen zou kunnen worden; zodra het medisch dossier bij de jurist ligt zou de medisch adviseur daar niet meer voor verantwoordelijk voor moeten kunnen worden gehouden.