



## GOMA 2.0

### **Medische machtiging in medische aansprakelijkheidszaken Notulen vierde bijeenkomst 13 oktober 2016 10.00 – 12.00 uur**

#### Aanwezig:

Hugo de Jager (advocaat in dienstbetrekking SRK)  
Aernout Santen (Centramed)  
John Beer (Beer advocaten)  
Harry Henschen (VvAA/ MediRisk)  
Elsbeth Mattern (Medas Medische Advies)  
Annemiek van Reenen ten Kate (Hofmans) (tot 11.00 uur)  
Anne van der Veen (AMC)  
Deborah Gribling (AMC)  
Arno Akkermans (hoogleraar privaatrecht VU)  
Annelies Wilken (universitair-docent VU)  
Deborah Lauria (toehoorder, De Letselschade Raad)

#### Afwezig:

Joke Smink (VUmc)  
Wil Camstra (OLVG)  
Lianne Hackeng (Pals Groep)  
Hilde van der Meer (KNMG)

#### **1. Welkom en korte voorstelronde**

1.1 Iedereen wordt welkom geheten en er wordt benadrukt dat het goed is dat de werkgroep – na geruime tijd te hebben stilgelegen – haar werkzaamheden weer op kan pakken. Sinds de laatste bijeenkomst in december 2014, hebben er zich diverse ontwikkelingen voorgedaan, waaronder een verdere toename van het aantal zelfregelende ziekenhuizen, voortgang in de verdere vormgeving van de GOMA 2.0, en met name ook de inwerkingtreding van de Wkkgz. Dit heeft waarschijnlijk consequenties voor de inhoud van de medische machtiging (en de bijbehorende toelichting) die wij in deze werkgroep ontwikkelen. Dit is een belangrijk punt van aandacht dat vandaag nader moet worden besproken.



1.2 De juristen van het AMC (aldaar verantwoordelijk voor de afhandeling van civielrechtelijke claims en tuchtzaken aldaar) zijn vandaag voor het eerst aanwezig en daarom stelt iedereen zich nogmaals kort voor.

1.3 De afvaardiging van zowel het VUmc als de Pals Groep is gewijzigd (vandaag beiden afwezig). Deze nieuwe deelnemers aan de werkgroep hebben inmiddels alle stukken (notulen van eerdere bijeenkomsten en concepten) ontvangen. Met de KNMG is afgesproken dat zij op de hoogte worden gehouden van de activiteiten van de werkgroep en afschrift ontvangen van de notulen van onze bijeenkomsten, alsmede van de concepten die worden ontwikkeld en dat de KNMG daar desgewenst op kan reageren.

## 2. Korte samenvatting van gang van zaken tot nu toe

2.1 Omdat de laatste bijeenkomst al weer geruime tijd geleden is, wordt allereerst een korte samenvatting gegeven van de gang van zaken tot nu toe. Na een eerste inventariserende bijeenkomst begin 2014, is er een eerste concept voor een medische machtiging in medische aansprakelijkheidszaken opgesteld. Naar aanleiding van de twee daaropvolgende bijeenkomsten van medio en eind 2014 zijn er steeds aanpassingen in deze concepten doorgevoerd. Voorafgaand aan deze bijeenkomst is daarnaast eveneens een eerste concept opgesteld voor een toelichting bij de medische machtiging. Over deze concept-toelichting heeft dus nog niet eerder discussie plaatsgevonden. Deze toelichting is op dit moment ook nog erg uitgebreid en kan wellicht beter worden beschouwd als een combinatie van de uiteindelijke toelichting bij de medische machtiging en een artikel in een vakblad (bijvoorbeeld TVP), waarin de werkgroep verslag doet van de totstandkoming van de medische machtiging en inzicht geeft in de overwegingen die daaraan ten grondslag hebben gelegen.

2.2 De belangrijkste punten die tot nu toe in de verschillende bijeenkomsten zijn besproken en (daarom) ook (in concept) zijn geregeld in de medische machtiging (en de toelichting daarop) zijn:

\* De patiënt moet zicht hebben op de inhoud van de medische informatie die door de gemachtigde zorgverlener wordt verstrekt, zodat de patiënt zijn medische informatie kan controleren op juistheid en relevantie alvorens deze informatie ter beschikking wordt gesteld aan de wederpartij (jurist van aangesproken zorgaanbieder of medisch adviseur / schadebehandelaar van verzekeraar) en eventuele derden (zoals bijvoorbeeld de rechter). Op het moment dat de medische informatie feitelijk onjuistheden bevat of informatie die evident irrelevant is, moet de patiënt de mogelijkheid hebben deze informatie te (laten) verwijderen. Tegelijkertijd moet worden gewaakt voor het gevaar van het 'strategisch filteren' van medische informatie. De oplossing lijkt gelegen 'transparantie selectie' van medische informatie. *In de toelichting op de medische machtiging is een voorstel gedaan voor het*



*operationaliseren van dit uitgangspunt.*

\* Verder kwam uit de bijeenkomsten tot nu toe naar voren dat er in de praktijk door de patiënt op twee verschillende manieren medische informatie aan de wederpartij kan worden verstrekt. De eerste manier is dat de patiënt zijn behandelend arts of zorgverlener toestemming geeft om medische informatie met betrekking tot de gevolgen van een bepaalde medische behandeling of gebeurtenis te verstrekken aan de jurist van de aangesproken zorgaanbieder en/of de aansprakelijkheidsverzekeraar. De tweede manier is dat de patiënt of zijn belangenbehartiger de (door hemzelf opgevraagde) medische informatie zelf doorstuurt aan de jurist van de aangesproken zorgaanbieder en/of de aansprakelijkheidsverzekeraar, nadat hij heeft besloten tot aansprakelijkstelling over te gaan. De patiënt en/of zijn belangenbehartiger houden op die manier zelf de regie over de medische informatieverstrekking. Bij voorkeur wordt een concept voor een medische machtiging ontwikkeld die tegemoet komt aan beide werkwijzen.

*[In de nieuwe concepten is dit geprobeerd door twee versies van de medische machtiging te maken: een eerste versie voor de situatie waarin de behandelend arts de medische informatie verstrekt, waarin de patiënt zowel toestemming geeft voor zowel het verstrekken van medische informatie, alsook voor de wijze waarop de verkregen informatie vervolgens mag worden gebruikt (**Machtigingsformulier medische aansprakelijkheid I**), en een tweede versie voor de situatie waarin de patiënt de medische informatie zelf verstrekt, waarin enkel toestemming wordt gegeven voor de wijze waarop de verkregen informatie mag worden gebruikt (**Machtigingsformulier medische aansprakelijkheid II**)].*

\* Een punt waar tot op heden nog geen overeenstemming over is bereikt is de vraag wie aan de zijde van de aansprakelijkheidsverzekeraar de medische informatie (in eerste instantie) ontvangt en wie daar de verantwoordelijkheid voor draagt. Is dat de medisch adviseur, is dat de schadebehandelaar of zijn dat de medisch adviseur en de schadebehandelaar gezamenlijk?

\* Een punt waarover ook nog geen duidelijkheid bestaat is de vraag welke 'regels' er gelden voor het verder verstrekken van medisch informatie door de medisch adviseur / schadebehandelaar van de verzekeraar aan derden, bijvoorbeeld in het kader van intercollegiaal overleg door de medisch adviseur of ten behoeve van een eenzijdig deskundigenbericht of een second opinion op een eerder uitgevoerd gezamenlijk deskundigenbericht.

*[In de concept-toelichting wordt hier een voorzet voor gegeven.]*

\* Tot slot dient de medische machtiging bruikbaar te zijn voor zowel schades die worden afgewikkeld door zelfregelende ziekenhuizen, als voor schades die worden afgewikkeld door tussenkomst van een aansprakelijkheidsverzekeraar.

### **3. Medische machtiging ter beoordeling van (de gevolgen van) medisch handelen**

3.1 Met behulp van de medische machtiging moet in principe alle medische informatie worden opgevraagd met betrekking tot de (gevolgen van) het omstreden medisch handelen / de omstreden medische gebeurtenis (aansprakelijkheid, causaal verband en schade). Op het moment dat – nadat



aansprakelijkheid is vast is komen te staan – er ter beoordeling van (de omvang van) de schade *andere* medische informatie nodig is die niet direct te maken heeft met het omstreden medisch handelen – bijvoorbeeld het volledige huisartsenjournaal of informatie van de arbo-arts in verband met eerdere (niet aan het medisch handelen gerelateerde) arbeidsongeschiktheid –, dient gebruik te worden van de gerichte medische machtiging zoals die destijds door (onder andere) de GAV in samenwerking met De Letselschade Raad is ontwikkeld. Zoals omschreven in paragraaf 3.3.1 van de Medische Paragraaf moet in dat geval duidelijk worden omschreven om welke informatie het precies gaat en waarom die informatie noodzakelijk is voor de beoordeling van de betreffende zaak.

3.2 De toelichting op de achterzijde van de concept-machtiging bepaalt in dat kader:

*Met behulp van deze machtiging kan uitsluitend worden opgevraagd medische informatie die van belang is voor de beoordeling van en betrekking heeft op (de gevolgen van) het medisch handelen van de aangesproken zorgverlener(s). Deze medische informatie wordt ook uitsluitend voor dat doel gebruikt. Als u de opgevraagde medische informatie in wenst te zien voordat deze door uw arts(en) / zorgverlener(s) aan de in deze machtiging genoemde personen wordt verstrekt, kunt u dit op de machtiging aangeven.*

*Als daarnaast (of nadat aansprakelijkheid is erkend of komen vast te staan) voor de beoordeling van de omvang van de schade eveneens inzage is gewenst in aanvullende medische informatie die niet in verband staat met de omstreden behandeling / gebeurtenis, gelden daarvoor de regels van de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) en moet daarvoor gebruik worden gemaakt van een aparte machtiging.*

#### **4. Proactieve taakstelling ziekenhuis op grond van de Wkkgz**

4.1 Er wordt toegelicht dat in het kader van de totstandkoming van de GOMA 2.0 thans wordt gewerkt aan een inhoudsopgave van de GOMA 2.0. In dit kader is gebleken dat de Wkkgz de opzet van onze huidige GOMA radicaal door elkaar gooit. De huidige werkwijze / denkwijze is reactief; de patiënt dient een klacht en/of claim in en naar aanleiding daarvan komt de zorgverlener in actie en wordt er medische informatie opgevraagd/verstrekkt. De Wkkgz gaat echter uit van een proactieve taakstelling van de zorgaanbieder die op grond van artikel 9 lid 2 jo 10 lid 3 Wkkgz aan de patiënt mededeling moet doen van de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening die voor de patiënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben. Juristen van het ziekenhuis zijn daar wellicht in bepaalde gevallen ook al bij betrokken en zullen in dergelijke gevallen dus ook al voordat de patiënt zich (eventueel) heeft gemeld, behoefte hebben aan inzage in medische informatie. Kortom: het spel begint dus niet in alle gevallen meer pas op het moment waarop de patiënt bij het ziekenhuis aanklopt (al dan niet vertegenwoordigd door een belangenbehartiger), maar vaak al eerder. Hoe daar mee om te gaan? Overigens komt het ook regelmatig voor dat een patiënt een klacht / claim indient naar aanleiding van



een behandeling / gebeurtenis waarbij het voor de zorgaanbieder niet duidelijk is dat er mogelijk iets niet goed is gegaan. In dat soort gevallen kon een zorgaanbieder natuurlijk niet reeds bij voorbaat proactief handelen.

4.2 De toenemende proactieve rol van de zorgaanbieder wordt door de aanwezigen erkend, maar men vraagt zich wel af of dit daadwerkelijk grote consequenties gaat hebben voor de manier waarop er in de huidige praktijk wordt omgegaan met (het vragen van toestemming voor) het inzien van medische informatie.

4.3 De juristen van het AMC lichten toe dat de huidige werkwijze binnen het AMC niet wezenlijk anders is dan voor de inwerkingtreding van de Wkkgz. Calamiteiten worden door de medische directie gemeld bij de IGZ. Incidenten worden gemeld via het incident-meldingssysteem. Als een calamiteit/incident evident een medische fout inhoudt, die evident schade heeft veroorzaakt, wordt juridische zaken daar over het algemeen in een vroegtijdig stadium bij betrokken. Verder komen klachten in eerste instantie terecht bij de klachtenfunctionaris, en claims en tuchtklachten bij juridische zaken. Het AMC laat zich in dat opzicht leiden door de wensen van de patiënt en begeleidt patiënten daar ook bij (klacht, tuchtklacht, claim, etc.). De juristen komen over het algemeen pas in actie naar aanleiding van een melding door een patiënt en krijgen pas inzage in patiëntendossiers op het moment dat de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven, althans niet tegen de voorgenomen inzage heeft geprotesteerd (zie volgende punt).

4.4 In het kader van de claimafhandeling binnen het AMC ontvangt de patiënt na aansprakelijkstelling een ontvangstbevestiging van de juristen van het AMC waarin staat dat er zonder tegenbericht van wordt uitgegaan dat de patiënt er akkoord mee is dat de juristen van het AMC in het kader van de aansprakelijkheidsbeoordeling / schadeafwikkeling kennis nemen van het medisch dossier van de patiënt. De ervaring van het AMC op dit punt is dat veruit de meeste patiënten en belangenbehartigers zich goed in deze werkwijze kunnen vinden.

## **5. De rol van de medisch adviseur**

5.1 In andersoortige letselschadezaken (niet medische aansprakelijkheidszaken) is de medisch adviseur aangewezen als beheerder van en verantwoordelijke voor de medische informatie die nodig is in het kader van de schadebegroting. Dit is als zodanig vastgelegd in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (GVPI) en is destijds ingegeven door de omstandigheid dat in letselschadezaken (binnen verzekeraars) niet zorgvuldig genoeg met medische informatie werd omgegaan en medische informatie voor te veel personen inzichtelijk was. Een belangenbehartiger vraagt zich af waarom dat in medische aansprakelijkheidszaken anders zou moeten zijn en pleit ervoor de medisch adviseur ook in medische aansprakelijkheidszaken de medische informatie te laten beheren en daar de (eind)verantwoordelijkheid voor te laten dragen. Dit houdt volgens hem ook in dat de medische informatie in eerste instantie ter beschikking wordt gesteld aan de medisch adviseur van de



verzekeraar, en de medisch adviseur vervolgens bepaalt welke medische informatie in het kader van de beoordeling van de medische aansprakelijkheid (en de schadebegroting) mag worden gedeeld bij de schadebehandelaar. Namens een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt benadrukt dat de gangbare (en wat hem betreft ook de meest wenselijke) praktijk is dat de schadebehandelaar bij de verzekeraar een centrale positie inneemt; de schadebehandelaar bepaalt (voornamelijk op basis van de medische informatie) of een medisch adviseur moet worden ingeschakeld, welke medisch adviseur moet worden ingeschakeld en welke vragen deze medisch adviseur dan moeten worden gesteld.

5.2 In de concept-toelichting is geprobeerd aan dit dilemma tegemoet te komen:

*In zijn algemeenheid geldt dat inzage in het medisch dossier bij een verzekeraar in beginsel is voorbehouden aan de medisch adviseur. Voor de omgang met medische informatie door aansprakelijkheidsverzekeraars in letselschadezaken (anders dan medische aansprakelijkheidszaken) is dit geregeld in de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL). Omdat de aansprakelijkheidsbeoordeling in medische aansprakelijkheidszaken – nog meer dan de beoordeling van de omvang van de schade als gevolg van een schadeveroorzakende gebeurtenis – niet alleen een medische, maar ook een juridische beoordeling betreft, is het in medische aansprakelijkheidszaken noodzakelijk dat niet alleen medici, maar ook juridische schadebehandelaars kennis kunnen nemen van de medische informatie van de patiënt. Dit geldt voor de schadebehandelaar van de aansprakelijkheidsverzekeraar net zo goed als voor de jurist van de aangesproken zorgaanbieder. Als de schadebehandeling wordt uitgevoerd door een aansprakelijkheidsverzekeraar, zal de patiënt in het Machtigingsformulier dus toestemming moeten geven voor het verstrekken van medische informatie aan zowel de jurist van de aangesproken zorgaanbieder (die doorgaans wel bij de zaak betrokken blijft), als de medisch adviseur én de schadebehandelaar van de verzekeraar.*

*Schadebehandelaars bij medische aansprakelijkheidsverzekeraars hebben dus aanzienlijke ruimere toegang tot medische informatie dan schadebehandelaars bij andersoortige aansprakelijkheidsverzekeraars. Met het oog op de privacy van patiënten is het daarom belangrijk dat schadebehandelaars bij medische aansprakelijkheidsverzekeraars een stevig verankerde geheimhoudingsplicht hebben. Hiertoe zal een bepaling in de GOMA 2.0 (moeten) worden opgenomen waarin wordt bepaald dat medische informatie enkel ter beschikking zal worden gesteld aan schadebehandelaars met een contractuele geheimhoudingsplicht ten aanzien van de hen verstrekte medische informatie. [Eventueel aanvullende privacy waarborgen opnemen in de GOMA 2.0?] Medisch adviseurs van aansprakelijkheidsverzekeraars dienen BIG geregistreerd te zijn [eveneens in de GOMA 2.0 opnemen?] en hebben uit dien hoofde dus een wettelijke geheimhoudingsplicht (medisch beroepsgeheim). Om te waarborgen dat er in iedere medische aansprakelijkheidszaak daadwerkelijk een medisch adviseur wordt ingeschakeld om de medische informatie te beoordelen en de*



*schadebehandelaar van de aansprakelijkheidsverzekeraar van advies dient te voorzien, zal er in de GOMA 2.0 eveneens een bepaling van die strekking (moeten) worden opgenomen.*

Een belangenbehartiger geeft aan dat deze voorwaarden niet voldoende zijn. Bij de aansprakelijkheidsverzekeraar dient een arts (eind)verantwoordelijk te zijn voor een medisch dossier. Het is immers heel privacygevoelige medische informatie.

5.3 Los van de vraag wie eindverantwoordelijk is voor de medische informatie, lijkt er wel consensus te bestaan over het feit dat de medisch adviseur en de schadebehandelaar van de verzekeraar in principe dezelfde medische informatie moeten kunnen inzien en beoordelen (*'Medische aansprakelijkheid is een juridisch onderwerp'*). Een medisch adviseur merkt op dat dit in de medische aansprakelijkheidszaken waarin zij werkt (verloeskundigenpraktijken, verzorgingshuizen etc. die niet zijn verzekerd bij een van de twee grote medische aansprakelijkheidsverzekeraars), zeker geen gangbare werkwijze is. Zij is ook in medische aansprakelijkheidszaken gewend dat de medisch adviseur de medische informatie ontvangt en beoordeelt en dat de medisch adviseur (doorgaans in zijn medisch advies) slechts beperkt medische informatie deelt met de schadebehandelaar. Deze werkwijze verschilt dus niet van de werkwijze in andersoortige letselschadezaken. De medisch adviseur geeft aan dat ze het lastig zou vinden (en ook moeilijk uit te leggen) als de werkwijze in medische aansprakelijkheidszaken (en de rol van de medisch adviseur) heel anders zou worden dan in andersoortige letselschadezaken.

## **6. Bespreking concept**

6.1 Een belangenbehartiger geeft aan dat hij het voorliggende concept en de toelichting op de medische machtiging intern heeft besproken en dat de rechtsbijstandsverzekeraar zich kan vinden in de werkwijze zoals die nu in de concepten wordt voorgesteld.

6.2 Een ziekenhuisjuriste vraagt zich af of het praktisch goed werkbaar is om de patiënt te vragen in de machtiging de naam van de behandelend arts/zorgverlener te noemen. Vaak weten patiënten de naam van deze arts niet (goed) of wordt de naam van de verkeerde persoon genoemd, hetgeen dan vaak tot vertraging leidt omdat – nadat de juist arts is achterhaald – dan weer een nieuwe machtiging moet worden ingevuld met de naam van de juiste persoon. Het e.e.a. is niet perse en in het belang van de patiënt. Bovendien zijn er vaak veel afdelingen betrokken en moet er op meerdere plekken informatie worden verzameld. Alle aanwezigen zijn het hiermee eens. Er wordt besloten de machtiging zo aan te passen dat de patiënt in algemene zin zijn behandelend arts(en) / zorgverlener(s) verbonden aan (naam ziekenhuis / instelling) machtigt om (...), en daarbij de patiënt de mogelijkheid te geven de naam van zijn behandelend arts te noemen als deze bekend is (maar de machtiging niet te beperken tot toestemming aan deze eventueel bij naam genoemde arts).



6.3 Een belangenbehartiger geeft aan dat hij zich – anders dan in het huidige concept is voorgesteld – niet kan vinden aan gelijktijdige informatieverstrekking aan zowel de medisch adviseur als de schadebehandelaar van de verzekeraar. Hij geeft de voorkeur aan informatieverstrekking aan eerst de medisch adviseur (die in zijn ogen ook verantwoordelijk is voor (het beheer van) de verstrekte medische informatie), die vervolgens bepaalt welke medische stukken aan de schadebehandelaar worden verstrekt (*‘Medische stukken moeten – zeker als ze naar de vijand gaan – eerst door de ogen van een medisch adviseur’*). Zie ook hetgeen eerder is besproken onder 5.1 – 5.3. De belangenbehartiger is het wel eens met de veronderstelling dat de medisch adviseur in veruit de meeste zaken het volledige door hem ontvangen dossier deelt met de schadebehandelaar. Omdat de schadebehandelaar deze informatie nu eenmaal nodig heeft om zijn werk te kunnen doen. Een ziekenhuisjuriste geeft aan veel moeite te hebben met het begrip vijand, dat de discussie in haar ogen onnodig polariseert.

6.4 Namens een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt daarop aangegeven dat als Centramed stukken ontvangt die exclusief gericht zijn aan de medisch adviseur, en de desbetreffende partij niet bereid toestemming te geven voor inzage door de schadebehandelaar, hij zich genoodzaakt zich aansprakelijkheid van de hand te wijzen (*‘Ons is niet gebleken dat (...)’*).

6.5 Er wordt voorzien dat er op dit punt mogelijk geen volledige consensus zal worden bereikt. In het kader van de medische machtiging lijkt het wel belangrijk om op dit punt een keuze te maken; het gaat namelijk om de vraag of we de medisch adviseur verantwoordelijk maken (ook tuchtrechtelijk gezien) en het primaat geven ten aanzien van de medische informatie (net zoals in andersoortige letselschadezaken) of vinden we dat dat in medische aansprakelijkheidszaken anders zou moeten zijn. Namens een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt aangegeven dat als een zaak uiteindelijk bij de rechter belandt, het ook niet de arts is – in dat geval de door de rechter benoemde deskundige – die het primaat heeft; de rechter beslist. Een belangenbehartiger plaatst daarbij de kanttekening dat het in dat geval wel de deskundige is die beoordeelt welke medische informatie hij nodig heeft (en opvraagt) ter beantwoording van de hem gestelde vragen.

6.6 Er blijkt verschil van mening te bestaan over de huidige gang van zaken in de praktijk, althans over de wijze waarop de thans in gebruik zijnde medische machtigingen door medische aansprakelijkheidsverzekeraar worden gehanteerd. Een belangenbehartiger licht toe dat de patiënt in de machtigingen die door Centramed en Medirisk worden gebruikt primair de medisch adviseur toestemming geeft om kennis te nemen van de medische informatie en dat de medisch adviseur deze informatie – voor zover noodzakelijk in het kader van de beoordeling van de claim – vervolgens mag delen met de schadebehandelaar. Uit de reactie van de aansprakelijkheidsverzekeraars blijkt dat dit niet de werkwijze is zoals die in de praktijk wordt toegepast. Er wordt toegelicht dat een aansprakelijkstelling binnenkomt bij de schadebehandelaar, die vervolgens aan de slag gaat met het verzamelen van (medische) informatie en in dat kader ook contact opneemt met de aangesproken





zorginstelling/arts om hun visie op het e.e.a. te vernemen. Vervolgens schakelt de schadebehandelaar een medisch adviseur in en stelt hem specifiek op de zaak toegesneden vragen (waarbij hij zich baseert op het medisch dossier).

6.7 Na bestudering van de betreffende machtigingen blijken deze (deels) multi-interpretabel te zijn. Ook ten aanzien van de door de werkgroep te ontwikkelen medische machtiging zouden we kunnen kiezen voor een dergelijke multi-interpretabele medische machtiging. Het is echter de vraag of we de praktijk daar echt verder mee helpen. Wellicht is het in het kader van de werkzaamheden van deze werkgroep mogelijk is om een werkwijze te ontwikkelen, waarbij het niet noodzakelijk is om de knoop op dit punt definitief door te hakken.

6.5 Iedereen lijkt zich te kunnen vinden in de onder 3 van de concept-toelichting beschreven werkwijze waarbij, op het moment dat de patiënt om een kopie van zijn medisch dossier verzoekt, er direct twee kopieën worden gemaakt en – nadat de medische machtiging is getekend – de tweede kopie aan de jurist van het ziekenhuis / de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt verstrekt. Ten aanzien van de omschreven werkwijze rondom van het ‘transparant selecteren van medische informatie’ wordt benadrukt dat dit een uitzonderingssituatie betreft (in veruit de meeste gevallen zal de patiënt geen bezwaar hebben tegen het verstrekken van het hele dossier), en dat dit wellicht nog duidelijker uit de toelichting zou moeten blijken.

6.5 Een belangenbehartiger geeft aan het van belang te vinden dat de naam van de medisch adviseur in de machtiging wordt genoemd. Als de naam bij aanvang van de zaak niet bekend is, wacht deze belangenbehartiger bij voorkeur een aantal weken (totdat de naam van de medisch adviseur wel bekend is) voordat hij zijn cliënt de medische machtiging laat tekenen. Namens een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt aangegeven dat er op zich geen principiële bezwaren bestaan tegen het noemen van de naam van de medisch adviseur, maar in de praktijk is op het moment dat een ontvangstbevestiging van de aansprakelijkstelling wordt gestuurd, over het algemeen nog niet bekend welke medisch adviseur zal worden ingeschakeld. Als daarop moet worden gewacht en er in de tussentijd geen medische machtiging wordt getekend, levert dit aanzienlijke vertraging op. Het is de vraag in hoeverre dat in het belang van de patiënt is. Als een extern medisch adviesbureau wordt ingeschakeld, is bovendien vaak pas achteraf bekend welke medisch adviseur in het betreffende dossier heeft geadviseerd. Het is niet problematisch deze naam dan achteraf door te geven. Het openstellen van de mogelijkheid voor de patiënt om bezwaar te maken tegen de persoon van de medisch adviseur, lijkt aansprakelijkheidsverzekeraars niet goed werkbaar.

## **7. Afsluiting**

Omdat de tijd helaas te kort is om alle openstaande punten te bespreken, spreken we af dat iedereen binnen 4 weken schriftelijk zijn commentaar geeft op de concept-machtiging en de concept-toelichting en dat de onderzoekers op basis daarvan tot een definitief concept komen. Namens het AMC wordt

aangegeven dat zij hun kanttekeningen bij de concepten tijdens de bijeenkomst allemaal naar voren hebben gebracht en zij verder dus niet zullen reageren.