

**Toelichting  
Wet op de Geneeskundige  
Behandelingsovereenkomst (WGBO)**

Juli 2013



# Toelichting Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

---

Inleiding .....	3
Reikwijdte .....	3
Tot stand komen behandelingsovereenkomst .....	3
Relatie met de algemene leveringsvoorwaarden ggz .....	4
Relatie met de wet BIG .....	4
Relatie met de wet Bopz .....	4
Relatie met de wet Mentorschap / curatele .....	5
Belangrijkste onderwerpen uit de WGBO: .....	5
1. Informatieplicht .....	5
2. Toestemmingsvereiste .....	7
3. Dossier .....	10
4. Geheimhouding .....	15
5. Wilsonbekwaam .....	16
6. Centrale aansprakelijkheid .....	18
7. Verplichting van de patiënt .....	19
8. Goed hulpverlener .....	22
Bronnen .....	23
Bijlage 1: Samenhang begrippen behandelingsovereenkomst-dossier-behandelplan .....	24

## Inleiding

Het uitgangspunt van de WGBO is gelijkwaardigheid van de positie van patiënt en hulpverlener. De hulpverlener handelt volgens zijn professionele verantwoordelijkheid als goed hulpverlener. Het doel van de WGBO is de positie van de patiënt te versterken. De WGBO beschrijft daartoe een aantal rechten en plichten van patiënten en hulpverleners. In deze toelichting zal nader in worden gegaan op de reikwijdte en plichten van de ggz-hulpverlener. Daarnaast komen een aantal veelgestelde vragen aan bod<sup>1</sup>.

Momenteel is er een politieke discussie gaande over het voortbestaan van de WGBO in zijn huidige vorm. Indien hier meer over bekend is, zal dit via de ledennieuwsbrief van GGZ Nederland worden bericht.

In deze handreiking zal eerst de reikwijdte en samenhang tussen de WGBO en andere wetgeving worden toegelicht. Daarna zullen de belangrijkste bepalingen uit de WGBO worden toegelicht en verduidelijkt met praktische voorbeelden.

Indien u vragen en/of opmerkingen over deze handreiking of de WGBO heeft dan kunt u contact opnemen met een van de juristen van GGZ Nederland via 033-4608900 of via [info@ggznederland.nl](mailto:info@ggznederland.nl).

## Reikwijdte

De WGBO regelt zaken rond de geneeskundige behandeling van patiënten.

Patiënten die onvrijwillig behandeld worden in het kader van de wet Bopz vallen onder de wet Bopz, maar indien deze patiënten behandeld worden voor somatische aandoeningen is de WGBO van toepassing. Tevens is de WGBO van toepassing op gedwongen opgenomen patiënten in het geval van een psychiatrische behandeling buiten het Bopz-plan om, dat wil zeggen een behandeling voor een geestesstoornis die niet de stoornis is die het gevaar heeft veroorzaakt op grond waarvan de patiënt tegen zijn wil in is opgenomen. Een voorbeeld is een patiënt die gedwongen is opgenomen in verband met schizofrenie, maar eveneens een (nog ongevaarlijk) eetprobleem heeft.

## Tot stand komen behandelingsovereenkomst

Het is van belang vast te stellen wanneer een behandelingsovereenkomst tot stand komt, immers vanaf dat moment treden de rechten en plichten uit de WGBO in werking.

Een behandelingsovereenkomst in de zin van de WGBO is een overeenkomst waarbij de hulpverlener zich tegenover de patiënt of andere opdrachtgever verbindt tot het verrichten van geneeskundige handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op de patiënt. Dit betekent dat wanneer een patiënt zich wendt tot een GGZ-instelling met een zorgvraag die aansluit bij het zorgaanbod van de instelling, er sprake is van een behandelingsovereenkomst in de zin van de WGBO. Immers een overeenkomst komt tot stand door aanbod en aanvaarding en er is sprake van een aanbod van de GGZ-instelling die wordt geaccepteerd door de patiënt en/of zijn wettelijk vertegenwoordiger(s).

Desalniettemin dient elke instelling duidelijk aan te geven wat het moment is waarop de overeenkomst tot stand komt: (b.v. bij de intake). Door een algemeen advies welke niet op de patiënt is gericht, bijvoorbeeld op een website, komt geen behandelingsovereenkomst tot

---

<sup>1</sup> De beantwoording van een vraag is afhankelijk van de individuele situatie en omstandigheden. Indien u een vraag heeft kunt u contact opnemen en deze vraag voorleggen aan GGZ Nederland



stand. Ook bij het maken van een eerste afspraak is nog geen sprake van een behandelingsovereenkomst. Dit in tegenstelling tot een telefonische (inhoudelijke) intake waarbij al wel sprake kan zijn van een behandelingsovereenkomst. Bij E-health is het moment van totstandkoming van de overeenkomst lastiger vast te stellen. Het is aan de instelling om hierover duidelijkheid tegenover de patiënt te scheppen.

Aangezien het moment van totstandkoming niet altijd even duidelijk is vast te stellen adviseren wij de WGBO in de precontractuele fase, waar mogelijk, analoog toe te passen. De WGBO is nog niet van toepassing, echter de hulpverlener zal op basis van instellingsregels, professioneel statuut etc. zich eveneens als goed hulpverlener moeten gedragen.

De behandelingsovereenkomst geldt tussen de GGZ-instelling en de patiënt, of indien deze minderjarig of wilsonbekwaam is, de wettelijk vertegenwoordiger(s) van de patiënt. De WGBO geeft geen verplichting om de overeenkomst schriftelijk te sluiten, zorgverzekeraars vragen daar soms wel om.

## Relatie met de algemene leveringsvoorwaarden ggz

Sinds 1 januari 2013 zijn de [algemene leveringsvoorwaarden ggz](#) van toepassing. Deze voorwaarden vormen de basis voor het tot stand komen van een behandelingsovereenkomst en geven aan wat de patiënt en de zorginstelling bij de uitvoering daarvan mogen verwachten. De voorwaarden vormen hiermee een aanvulling op de bepalingen uit de WGBO.

## Relatie met de wet BIG

De WGBO regelt de *relatie* tussen een hulpverlener en de patiënt. Een hulpverlener is een natuurlijk persoon (arts) of een rechtspersoon (instelling) die zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf verbindt tot het verrichten van geneeskundige handelingen, rechtstreeks betrekking hebbend op de patiënt. Geneeskundige handelingen zijn handelingen op het gebied van de geneeskunst en aanpalende handelingen die met de geneeskundige handelingen een samenhangend geheel vormen, zoals verplegen, verzorgen en het bieden van nazorg.

De wet BIG regelt de bevoegdheid en de bekwaamheid van de BIG-professional en geeft bepalingen rondom het *beroep* (opleiding en registratie) en rond de *verrichtingen* (voorbereiden handelingen, tuchtrecht) van de beroepsbeoefenaar.

## Relatie met de wet Bopz

De wet Bopz is van toepassing op patiënten waarvoor een inbewaringstelling door de burgemeester of een rechterlijke machtiging is afgegeven. De WGBO is van toepassing op vrijwillig behandelde/opgenomen patiënten én op onvrijwillig behandelde/opgenomen patiënten in geval van een somatische behandeling of in geval van een psychiatrische behandeling buiten het Bopz-plan (d.w.z. behandeling van een andere stoornis dan die waarvoor de patiënt onvrijwillig opgenomen was). In het algemeen is de WGBO van toepassing wanneer de wet Bopz geen specifieke regels stelt met betrekking tot een bepaald onderwerp. Bij een voorwaardelijke machtiging betekent dit dat de WGBO van toepassing is totdat er een beroep op de voorwaardelijke machtiging wordt gedaan.

Het behandelingsplan in de Bopz wordt beperkt tot die therapeutische interventies die gericht zijn op het wegnemen van het gevaar en het verbeteren van de stoornis op een zodanige manier dat het gevaar op grond waarvan de patiënt in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen. Buiten dit beperkte plan is de WGBO van toepassing op de overige behandelingen.

### **Relatie met de wet Mentorschap / curatele**

Indien er sprake is van een wilsonbekwame, meerderjarige patiënt en er is geen curator of een mentor dan wordt op basis van de WGBO de patiënt vertegenwoordigd door (in deze volgorde):

1. de persoon die schriftelijk gemachtigd is door de patiënt
2. de echtgenoot of partner van de patiënt
3. ouder, kind, broer, zus.

Een mentor of curator wordt alleen benoemd indien andere vormen van vertegenwoordiging niet mogelijk zijn, omdat:

- er geen vertegenwoordiger is;
- bovengenoemde personen niet bereid zijn de vertegenwoordiging op zich te nemen;
- er binnen de familie onenigheid is over de keuze van de vertegenwoordiger;
- bovengenoemde personen niet een 'goed vertegenwoordiger' zijn.

### **Belangrijkste onderwerpen uit de WGBO:**

#### 1. Informatieplicht

##### Welke informatie?

De hoofdregel is dat de hulpverlener de patiënt duidelijk en desgevraagd schriftelijk moet inlichten. Een aspect van de verplichting tot het verstrekken van duidelijke en begrijpelijke inlichtingen is te bevorderen dat de patiënt optimaal kan meewerken aan het herstel of de bevordering van zijn gezondheid. Daarnaast zorgt de informatie ervoor dat de patiënt zijn gezondheidstoestand kan beoordelen en een beslissing kan nemen over de voorgestelde medische verrichting. De hulpverlener is verplicht de patiënt informatie te verstrekken over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit betekent dat de hulpverlener informatie verstrekt over:

- de aard en het doel van de behandeling;
- de te verwachten gevolgen en de risico's van de behandeling en de gevolgen en risico's indien de patiënt niet toestemt met een (voorgestelde) behandeling;
- mogelijke alternatieven;
- de staat van en de vooruitzichten m.b.t. de gezondheid van de patiënt

Bovenstaande informatieplicht brengt met zich mee dat de hulpverlener de patiënt ook informeert over eventueel gemaakte fouten. In de jurisprudentie<sup>2</sup> is bepaald dat

---

<sup>2</sup> Onder meer Rb. Arnhem, 25 juni 1992, TvGR 1993/12, Rb Den Haag, 21 september 1994, TvGR 1995/12, HR 23 april 2010, LJN: BL4882



informatie die algemeen bekend mag worden verondersteld niet expliciet genoemd hoeft te worden. Dit geldt eveneens voor informatie die geen invloed zal hebben op de toestemming van de patiënt, bijvoorbeeld bij zeer zeldzame risico's<sup>3</sup>. Het is immers niet mogelijk om duidelijke informatie aan de patiënt te geven indien de arts elke minimalistisch risico moet benoemen, de patiënt wordt dan overspoeld door informatie. De maatstaf voor de inhoud en omvang van de informatieplicht van de arts/hulpverlener wordt bepaald aan de hand van de volgende vraag: wordt de informatie binnen de beroepsgroep, door een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts, medegedeeld? Hierbij wordt opgemerkt dat er rekening gehouden dient te worden met het bevattingsvermogen en culturele achtergrond van de patiënt.

#### Op welke manier inlichten/informereren?

De informatie is duidelijk (in duidelijke bewoordingen en indien nodig in de moedertaal van de patiënt), desgevraagd schriftelijk en eventueel aangepast aan het bevattingsvermogen en leeftijd van de patiënt. De informatieplicht geldt namelijk ook ten opzichte van minderjarigen en wilsonbekwamen.

#### Therapeutische exceptie

De hulpverlener mag informatie tijdelijk voor de patiënt achterhouden indien de verstrekte informatie kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zal opleveren. Dit wordt de therapeutische exceptie genoemd. Voorwaarde voor toepassing van therapeutische exceptie is dat de hulpverlener zijn besluit eerst collegiaal toetst. De toepassing van de therapeutische exceptie en de motivering hiervan worden in het dossier vastgelegd door de hulpverlener. In geval van therapeutische exceptie moet de hulpverlener de informatie aan een ander dan de patiënt verschaffen. Zodra het nadeel voor de patiënt niet meer aan de orde is, verstrekt de hulpverlener de informatie alsnog aan de patiënt. De therapeutische exceptie geldt niet voor het inzagerecht.

Indien een patiënt aangeeft slechts tot op zekere hoogte of helemaal niet geïnformeerd te willen worden moet dit gerespecteerd worden, tenzij het belang dat de patiënt hierbij heeft niet opweegt tegen het nadeel dat hieruit kan voortvloeien voor de patiënt zelf of derden. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de patiënt medicijnen gebruikt die de rijvaardigheid beïnvloeden of er een aanzienlijk risico bestaat dat de patiënt anderen besmet met een gevaarlijke ziekte.

#### Veelgestelde vragen

- *In hoeverre is de informatieplicht uit de WGBO van toepassing op de relatie therapeut/ patiënt binnen een RIAGG?*

De WGBO is onverkort van toepassing, inclusief de informatieplicht. In de onderzoeksfase (die al wel deel uitmaakt van de behandelovereenkomst) kan vaak nog geen informatie verstrekt worden over de diagnose, omdat de diagnose pas na de onderzoeksfase gesteld kan worden. Hierover dient de patiënt geïnformeerd te worden. Bevindingen, vermoedens en prognoses worden in het individuele dossier vastgelegd totdat een mogelijke behandeling op basis van een uiteindelijk gestelde diagnose gestart

---

<sup>3</sup> Zeldzaam wordt in de jurisprudentie omschreven als de kans dat deze zich voordoet in voldoende mate onder de 1% ligt (Hof 's-Hertogenbosch 9 februari 2010, LJN:BL4904).

kan worden. Ook achteraf heeft de patiënt recht op inzage in het dossier, om te kunnen nagaan hoe de therapeut tot zijn diagnose is gekomen.

- *Op welk moment moet de patiënt geïnformeerd worden over de algemene voorwaarden ggz die van toepassing zijn op de behandelingsovereenkomst?*

Voorafgaand aan of ten tijde van het sluiten van de overeenkomst met de patiënt dien je mondeling of schriftelijk aan te geven dat de algemene voorwaarden deel uitmaken van die overeenkomst. De algemene voorwaarden dienen als papieren versie ter hand gesteld te worden of langs elektronische weg beschikbaar gesteld te worden op zodanige wijze dat de voorwaarden kunnen worden gedownload en opgeslagen. Indien ervoor wordt gekozen de algemene voorwaarden langs elektronische weg beschikbaar te stellen – indien de overeenkomst zelf niet via elektronische weg tot stand komt – is wel uitdrukkelijke instemming door de patiënt met deze wijze van verstrekking vereist. Als de patiënt hier niet mee akkoord gaat, dient hem een papieren versie overhandigd te worden.

- *Een patiënt heeft een telefonische intake gehad bij een ggz-instelling. Vanwege wachtlijsten is de behandeling van de patiënt nog niet begonnen. Wie is er verantwoordelijk indien de patiënt in de tussentijd zelfmoord pleegt?*

Verantwoordelijkheden zijn moeilijk van tevoren vast te stellen. De instelling dient duidelijk aan te geven op welk moment de behandelingsovereenkomst tot stand komt. Zoals eerder aangegeven zal de instelling in de precontractuele fase, indien mogelijk, de WGBO analoog moeten toepassen. Dit betekent dat de instelling bij de intake een afweging dient te maken over het verloop van de behandeling. Alle beschikbare informatie dient in deze afweging meegenomen te worden en de patiënt dient duidelijk geïnformeerd te worden, ook als er bij deze instelling voor deze patiënt een wachttijd geldt. In het dossier dienen de overwegingen, beslissingen en acties genoteerd te worden.

De patiënt dient ook over de mogelijkheden om contact op te nemen, bv. in geval van crisis, geïnformeerd te worden. Als er na een zorgvuldige afweging geen signalen waren voor de zelfmoord en de patiënt heeft zelf geen contact opgenomen, dan heeft de instelling alles gedaan wat op dat moment in zijn macht lag.

## 2. Toestemmingsvereiste

De toestemming van de patiënt is nodig voor alle verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst en voor het aangaan van de behandelingsovereenkomst (zie voor het aangaan van de behandelingsovereenkomst de inleiding)<sup>4</sup>.

De toestemming moet gebaseerd zijn op een goede informatieverstrekking (zie 1.), men spreekt dan van informed consent (geïnformeerde toestemming). De toestemming moet wilsbekwaam ter zake zijn gegeven.

---

<sup>44</sup> In deze handreiking wordt slechts ingegaan op toestemming in het kader van de verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Toestemming voor het aangaan van de behandelingsovereenkomst blijft buiten beschouwing.

Toestemming van de patiënt mag worden verondersteld indien de desbetreffende verrichting niet ingrijpend van aard is. Hierbij moet bedacht worden dat patiënten over het algemeen een verrichting eerder als ingrijpend kwalificeren dan artsen of hulpverleners. Om te beoordelen of een verrichting van ingrijpende aard is, zal gekeken moeten worden naar de ingreep én naar de mogelijke gevolgen van de verrichting. Een voorbeeld van een verrichting van niet ingrijpende aard is het meten van de bloeddruk of gewicht. Een bloedprik kan niet ingrijpend zijn, maar als het bedoeld is om vast te stellen of iemand een ernstige ziekte heeft is het wel van ingrijpende aard. De hulpverlener zal daarom in een individuele afweging moeten maken en geadviseerd wordt om zoveel mogelijk toestemming te vragen.

Toestemming mag ook worden verondersteld indien behandeling noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel voor de patiënt, maar de patiënt niet in staat is deze te geven (in geval van bewusteloosheid bijvoorbeeld) en er geen (tijdige) toestemming van de patiënt dan wel diens vertegenwoordiger verkregen kan worden.

Op verzoek van de patiënt legt de hulpverlener in ieder geval vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard de patiënt zijn toestemming heeft gegeven. De toestemming kan ten alle tijden weer worden ingetrokken oftewel de patiënt kan op ieder moment terugkomen op zijn gegeven toestemming.

#### Minderjarigen

Voor minderjarigen tot 12 jaar is alleen de toestemming vereist van ouder(s) met gezag c.q. de wettelijke vertegenwoordiger(s). Deze toestemming is niet vereist voor medisch noodzakelijke behandelingen in geval van een noodsituatie waarbij de toestemming van de ouder(s) c.q. de wettelijke vertegenwoordiger(s) niet afgewacht kan worden. Tussen 12 en 16 jaar is zowel de toestemming vereist van de ouder(s) c.q. de wettelijke vertegenwoordiger(s) als van het kind. De toestemming van de ouders is niet vereist wanneer een behandeling noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel bij het kind of wanneer de ouder(s) toestemming blijven weigeren en het kind de behandeling weloverwogen blijft wensen en de hulpverlener is van oordeel dat de behandeling in het belang van de minderjarige is. Vanaf 16 jaar is een minderjarige, mits wilsbekwaam, in staat zelfstandig toestemming te geven voor behandeling. Ook in het geval van minderjarigen wordt aanbevolen de toestemming in het dossier vast te leggen.

*Voor meer informatie over toestemming en/of het aangaan van de Behandelingsovereenkomst bij minderjarigen: zie notitie GGZ Nederland, '[behandeling minderjarigen in het kader van de WGBO](#)', 2012. Zie [www.ggz-connect.nl](http://www.ggz-connect.nl) onder het thema 'Zorg en Recht'.*

#### Veelgestelde vragen

- *Wat kan een huisarts doen die wordt geroepen bij een patiënt die een suïcidepoging heeft ondernomen, maar de noodzakelijke hulp - bijvoorbeeld een maagspoeling - weigert?*

Iedereen heeft het recht om een behandeling te weigeren. Dit recht is vastgelegd in de WGBO en de Grondwet. Tussen huisarts en patiënt is sprake van een doorlopende behandelingsovereenkomst, waarbij de huisarts steeds de toestemming van de patiënt nodig heeft om tot behandeling te kunnen overgaan.

Indien de patiënt geen toestemming geeft voor behandeling, kan de huisarts alleen tot behandeling overgaan nadat is vastgesteld dat de patiënt wilsbekwaam is ter zake en voor de behandeling vervangende toestemming van een vertegenwoordiger is verkregen. Indien



de wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen de behandeling waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, mag hij slechts tegen zijn wil worden behandeld indien dit kennelijk nodig is ter voorkoming van ernstig nadeel voor de wilsonbekwame patiënt. In noodsituaties, waarbij er geen tijd is om vervangende toestemming te verkrijgen, kan onverwijld tot behandeling worden overgegaan indien het strekt ter voorkoming van kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt.

In bovenstaande situatie zal altijd een conflict van plichten ontstaan bij de hulpverlener: aan de ene kant is de hulpverlener gehouden als goed hulpverlener hulp te bieden, aan de andere kant heeft de patiënt recht om die hulp te weigeren. De plicht van goed hulpverlenerschap weegt zwaarder naarmate de patiënt meer in een levensbedreigende situatie verkeert.

In het algemeen kan gesteld worden dat het aanvragen van een IBS om een maagspoeling mogelijk te maken, niet op zijn plaats is (als daar al tijd voor zou zijn). In principe levert dat een oneigenlijk gebruik van de Wet Bopz op, die immers alleen regels stelt ten aanzien van gevaarsituaties die voortkomen uit de psychiatrische stoornis. Als de huisarts het nodig acht dat de patiënt per direct de maagspoeling nodig heeft, dan kan hij behandelen op basis van het voorkomen van ernstig (somatisch) nadeel voor de patiënt.

De huisarts dient zich wel te vergewissen van de (negatieve) wilsverklaring van de patiënt, de patiënt kan bijvoorbeeld een non-reanimatieverklaring hebben opgesteld. De hulpverlener dient deze verklaring te beoordelen op wilsbekwaamheid ten tijde van het opstellen van de verklaring. Indien de hulpverlener van de wilsverklaring wil afwijken dienen hiervoor gegronde redenen te zijn.

- *Moet de minderjarige vanaf 12 jaar instemmen met het verblijf in K&J psychiatrie?*

Ja, alle afspraken moeten in principe op instemming berusten (afspraken over huisregels, pedagogische maatregelen en individuele behandelafspraken). Nu valt van adolescenten, op grond van hun ontwikkelingsfase, te verwachten dat zij zich zullen afzetten tegen regels die volwassenen stellen. Wanneer hierin echter wordt volhard, moet dit toch worden opgevat als ontbrekende instemming met het behandelingsplan of met het verblijf. Het aanvragen van een Bopz maatregel ligt dan voor de hand. Andere maatregelen om gedrag aan te passen (geen dwang, maar drang) moeten dan overwogen worden; uiterste consequentie is overplaatsing of ontslag.

- *Kan de patiënt op grond van zijn zelfbeschikkingsrecht eisen dat een hulpverlener een bepaalde behandeling start?*

Nee. Tegenover de zelfbeschikking van de patiënt staat de professionele autonomie van de hulpverlener. Met professionele autonomie wordt kortweg de vrijheid van de hulpverlener ten aanzien van het materiële (medisch) handelen, de toepassing daarvan op de individuele patiënt en de beslissingen die de hulpverlener in dat verband neemt, bedoeld. De vrijheid van de hulpverlener is echter niet absoluut, nu hij ook gebonden is aan het leveren van (kwalitatief) goede zorg, het goed hulpverlenerschap en aan de (medisch) professionele standaard.

Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt houdt in dat de patiënt toestemming moet geven voor de behandeling en kan kiezen voor andere vormen van behandeling. Indien de patiënt het niet eens is met de voorgestelde behandeling, zal de hulpverlener aan de patiënt alternatieve behandelingen moeten voorstellen om zo alsnog overeenstemming over de te

volgen behandeling te verkrijgen. De arts volgt de eis van een patiënt met betrekking tot zijn behandeling niet op in geval dit strijd zou opleveren met het goed hulpverlenerschap.

### 3. Dossier

---

#### Inhoud dossier

De hulpverlener heeft de plicht een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. In het dossier houdt hij aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt, de verrichtingen, verklaringen van de patiënt en bewaart hij de gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening. Zogenaamde persoonlijke werkaantekeningen die dienen als geheugensteun voor de gedachtenvorming van de hulpverlener (indrukken, vermoedens, vragen) blijven buiten het dossier. Hiermee zijn deze aantekeningen ook niet ter inzage voor de patiënt. Komt de hulpverlener tot de conclusie dat de aantekeningen in het belang van de kwaliteit en continuïteit van zorg nodig zijn, dan moet de hulpverlener deze aantekeningen toevoegen aan het dossier. Eveneens informatie over klachten, meldingen van incidenten en calamiteiten en keuringsgegevens behoren niet tot het patiëntendossier. Deze gegevens worden in een aparte registratie bewaard, tenzij ze van direct belang zijn voor de zorgverlening. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de uitkomst van een (tucht)procedure direct invloed heeft op de zorgverlening; slechts de uitspraak wordt dan bewaard, niet alle stukken die gebruikt zijn tijdens de juridische procedure.

#### Rechten patiënt

De patiënt heeft recht op inzage en afschrift van zijn dossier, tenzij uitoefening van dit recht de persoonlijke levenssfeer van een ander schaadt. Daarnaast heeft de patiënt recht op aanvulling en correctie van het dossier, bijvoorbeeld een aanvullende zienswijze van de patiënt of een correctie van een onjuistheid van feitelijke aard. Tot slot kan de patiënt verzoeken het dossier te verwijderen en vernietigen. Op verzoek van de patiënt worden de stukken uit het dossier binnen 3 maanden vernietigd, tenzij een wettelijke bepaling zich hiertegen verzet, dit een aanmerkelijk belang van een ander zou schaden of dit strijd oplevert met het goed hulpverlenerschap. Met het oog op de bewijsfunctie wordt het aangeraden om het verzoek van de patiënt tot vernietiging van het dossier schriftelijk te laten indienen en te bewaren in een aparte registratie. Meer informatie over het vernietigen van het dossier leest u in de veelgestelde vragen hieronder.

Bewaartermijn van de stukken in het medisch dossier is vijftien jaar (uit praktisch oogpunt gerekend vanaf moment dat de behandeling eindigt) of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. De bewaartermijn begint te lopen op het moment van vastleggen van de gegevens, dus bij het aangaan van de behandelingsovereenkomst. Uit praktische overwegingen berekenen de meeste instellingen de bewaartermijn vanaf het eindigen van de behandelingsovereenkomst de instelling dient duidelijk aan te geven wanneer dit het geval is (net zoals duidelijk aangegeven moet worden op welk moment een behandelingsovereenkomst tot stand komt, zie pagina 3 e.v.). Dit kan het geval zijn bij chronische patiënten. Voor verdere informatie over de bewaartermijn van het dossier, zie de veelgestelde vragen hieronder.

*Voor de samenhang tussen de begrippen dossier - behandelingsovereenkomst – behandelingsplan zie schema bijlage 1.*

### Veelgestelde vragen

- *Mogen gegevens uit het patiëntendossier zonder toestemming van de patiënt worden verstrekt aan een instelling waarmee wordt samengewerkt?*

Nee, tenzij er gerichte toestemming van de patiënt is. In het geval van collegiale consultatie waarbij de andere hulpverlener niet direct bij de actuele behandeling betrokken is, dan dient de consultatie anoniem te gebeuren. Informatie-uitwisseling tussen hulpverleners die direct bij de behandeling betrokken zijn dient niet verder te gaan dan die informatie die nodig is voor de te verrichten werkzaamheden. De informatie die gedeeld wordt, is onderdeel van het dossier.

*Meer informatie over de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg: [GGZ Nederland e.a., Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg \(2010\)](#)*

- *Welke kosten mogen in rekening gebracht worden voor kopieën van (delen) van het medisch dossier?*

De WGBO gaat uit van een 'redelijke' vergoeding. Hiervoor wordt aansluiting gezocht bij het 'Besluit kostenvergoeding rechten betrokkene Wbp'. Kort gezegd mag een instelling de volgende tarieven in rekening brengen: voor het verstrekken van een mededeling mag u een vergoeding van € 0,23 per pagina vragen met een maximum van € 5,00 per mededeling. Bestaat de mededeling uit meer dan 100 pagina's, uit een afschrift van een moeilijk toegankelijke gegevensverwerking of uit afdrucken van een of meer röntgenfoto's, dan mag u in afwijking van bovengenoemde bedragen een redelijke vergoeding in rekening brengen die ten hoogste €22,50 bedraagt.

- *Welke bewaartermijnen gelden voor het patiëntendossier?*

De hoofdregel voor de bewaartermijnen wordt gegeven in de WGBO, die uitgaat van een bewaartermijn van vijftien jaar na het eindigen van de behandeling. Het is gebruikelijk dat deze termijn gaat lopen op het moment dat de patiënt de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Dit betekent dat het dossier van minderjarigen in de regel tot het 34<sup>e</sup> levensjaar van de patiënt moet worden bewaard. Op verzoek van de wilsbekwame patiënt kan eerder tot vernietiging overgegaan worden. Een hulpverlener kan het dossier langer bewaren indien dit redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Dit is alleen toegestaan als:

- Dit redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit: bijvoorbeeld bij een langlopende behandeling; bij de verwachting dat iemand zich na beëindiging van de behandeling later weer onder behandeling stelt en wanneer de huidige behandeling belangrijke informatie bevat voor mogelijk opvolgende behandelingen waaronder erfelijkheidsinformatie
- Als dit van aanmerkelijk belang is voor een ander: bijvoorbeeld als er een klachtprocedure loopt tegen de hulpverlener, een verwachte klachtprocedure is geen grond.

Overigens wordt niet snel overgegaan tot het langer bewaren van dossiers. Geadviseerd wordt de beslissing tot langer bewaren goed te motiveren en dit in het dossier vast te leggen. Enkel uit praktische of systeemtechnische redenen een dossier langer bewaren is niet toegestaan. Geanonimiseerde en niet herleidbare gegevens hebben geen bewaartermijn en kunnen in een aparte registratie bewaard worden zolang voor de (onderzoeks)activiteiten nodig is en mits er de nodige voorzieningen zijn getroffen.

De Wet Bopz geeft een bewaartermijn voor de gegevens van vijf jaar na het einde van de Bopz-maatregel van de patiënt. Deze gegevens mogen niet eerder vernietigd worden, zelfs niet op verzoek van de patiënt. Officiële beschikkingen, zoals genoemd in art. 56 Bopz moeten ten minste vijf jaar na dagtekening van de beschikking en ten hoogste tot vijf jaar na het einde van het verblijf van de betrokkene in het ziekenhuis worden bewaard. Daarna dient alles vernietigd te worden. Deze termijn geldt voor alle afschriften van rechterlijke beslissingen en de uittreksels daarvan en voor de beslissingen van de burgemeester. Ook de geneeskundige verklaringen mogen niet langer dan vijf jaren worden bewaard in het patiëntendossier. Overige Bopz-stukken dienen ook na 5 jaar verwijderd te worden, tenzij het goed hulpverlenerschap vergt dat je de stukken langer bewaart. Bv. als patiënt na afloop van een Bopz-maatregel vrijwillig in zorg blijft.

Als een patiënt toestemming heeft gegeven voor bijvoorbeeld een wetenschappelijk onderzoek met geneesmiddelen, dan kan hij van de onderzoeker vernietiging van gegevens verlangen tegelijkertijd met zijn verzoek om vernietiging van zijn patiëntendossier. De onderzoeker mag alleen die gegevens die relevant zijn voor het onderzoek vastleggen en bewaren in een aparte registratie. Zo mogelijk geanonimiseerd. Het volledige patiëntendossier kan dan op verzoek vernietigd worden volgens de regels van bewaren en vernietigen van de WGBO en de Wet Bopz, terwijl de onderzoeksgegevens bewaard blijven. Indien de patiënt/proefpersoon daar ondanks eerder gegeven toestemming bezwaar tegen maakt, dient de onderzoeker deze gegevens alsnog te vernietigen, tenzij goed hulpverlenerschap vergt dat de gegevens langer bewaard moeten worden. Of dat zo is, moet door de hulpverlener afgewogen worden. Geadviseerd wordt de beslissing tot langer bewaren goed te motiveren en dit in het dossier aan te tekenen.

*Meer informatie over bewaartermijnen en verjaringstermijnen in de ggz: GGZ Nederland, 'notitie verjaringstermijnen en bewaartermijnen' (2013)*

- *Geldt de bewaartermijn uit de WGBO ook voor een RIBW?*

Binnen de RIBW worden in het algemeen vrijwillige begeleidingen geboden en geen geneeskundige behandelingen. Hierdoor vallen de begeleidingsgegevens niet onder de WGBO. Dit betekent dat de Wbp (Wet bescherming persoonsgegevens) van toepassing is en dat bewaring geldt zolang het belang dat rechtvaardigt. In geval van langdurige zorg in een RIBW wordt aanbevolen gegevens zolang te bewaren als in het kader van kwalitatieve begeleiding noodzakelijk wordt gevonden, in de regel 1 tot 2 jaar na afloop van de begeleiding, of eerder vernietigen indien de patiënt hierom verzoekt.

- *De patiënt is het niet eens met een verslag in zijn dossier. Hij schrijft een verklaring en verzoekt de hulpverlener deze verklaring in het dossier op te nemen. De hulpverlener is het niet eens met deze verklaring, kan de hulpverlener weigeren de verklaring in het dossier op te nemen?*

De patiënt kan zijn dossier uitbreiden met een verklaring. Hiermee kan bereikt worden, dat naar de mening van de patiënt een volledig of juist beeld van zijn persoon of gezondheidstoestand in het dossier wordt geschetst. Dit kan een eigen verklaring, maar ook een aanvullende of afwijkende zienswijze van een andere hulpverlener zijn. Bijvoorbeeld in het kader van een second opinion. De hulpverlener is verplicht de verklaring in het dossier op te nemen, ook al is hij het met de inhoud van de verklaring niet eens.

- *Een opgenomen patiënt heeft de directie van een instelling gevraagd om vernietiging van zijn dossier. Moet het dossier vernietigd worden tijdens de opname?*

In dit geval botst de verplichting van de behandelaar om een dossier aan te leggen, met het recht van de patiënt om vernietiging van zijn dossier te vragen. Om zijn werkzaamheden goed te kunnen doen, moet een hulpverlener kunnen terugvallen op schriftelijke informatie die in het dossier is vastgelegd. Het gaat erom dat duidelijk is dat vernietiging van het dossier niet in het belang van de patiënt kan worden geacht, alleen dan kan de hulpverlener met een beroep op goed hulpverlenerschap weigeren het dossier te vernietigen. De hulpverlener zal de patiënt erop moeten wijzen dat deze niet kan verwachten dat hij goede zorg krijgt als de hulpverlener niet kan terugvallen op een goed gedocumenteerd dossier. Wellicht kunnen afspraken gemaakt worden over de vernietiging van delen van het dossier die op dit moment niet direct nodig zijn voor de behandeling of over vernietiging onmiddellijk na beëindiging van de behandeling. Daarnaast heeft de patiënt de mogelijkheid het dossier aan te vullen, als hij van mening is dat bepaalde informatie onjuist of onvolledig is. Als er geen overeenstemming komt, en de patiënt blijft bij zijn verzoek om het hele dossier onmiddellijk te vernietigen, kan de patiënt gebruik maken van de klachtmogelijkheden binnen de instelling of een beroep op de rechter.

- *Kan een instelling er later door een patiënt op aangesproken worden dat voor hem belangwekkende gegevens zijn vernietigd, hoewel de patiënt zelf om vernietiging heeft gevraagd?*

Als een dossier, of delen daarvan, op verzoek van de patiënt zijn vernietigd, kan de patiënt zich later beroepen op het feit dat er gegevens zijn vernietigd die achteraf nog van belang blijken te zijn. Het is daarom van belang dat het verzoek van de patiënt om het dossier te vernietigen schriftelijk wordt ingediend en bewaard, zodat hier later geen discussie over kan ontstaan. Indien de patiënt een tuchtzaak aanspant waarin een beroep wordt gedaan op het onterecht vernietigen van het dossier en de instelling kan aantonen dat dit op verzoek van de patiënt is gedaan, dan zal de klacht naar verwachting ongegrond worden verklaard. Het is daarnaast aan te raden dat een instelling een patiënt die om vernietiging van zijn dossier vraagt, erop wijst wat de gevolgen daarvan kunnen zijn. Zonder dossier wordt het voor zowel de hulpverlener als de patiënt moeilijk om te bewijzen wat er gedurende de opname is gebeurd. Het is echter niet zo dat een patiënt, door vernietiging van zijn dossier te vragen, afstand doet van zijn recht om een procedure aan te spannen of om vergoeding voor geleden schade te krijgen.

- *De ouders van een patiënt (onder de 12 jaar) verzoeken de behandelend arts om wijziging c.q. verwijdering van een bepaald gedeelte van een medisch rapport. Heeft de arts de plicht om aan dit verzoek te voldoen?*

Patiënten hebben het recht om het dossier of delen daarvan te laten vernietigen. De hulpverlener moet in principe binnen 3 maanden hieraan voldoen, tenzij belangen van anderen of een wettelijke bepaling zich tegen de vernietiging verzetten. Een belang kan zijn dat de arts in een gerechtelijke procedure is verwickeld (een toekomstige procedure is onvoldoende om het verzoek om vernietiging af te wijzen), waarbij het betreffende dossier gebruikt kan worden als bewijsmiddel. Een ander voorbeeld is dat het dossier genetische informatie betreft omtrent een erfelijke ziekte, waardoor een familielid een zwaarwegend belang heeft om de gegevens te bewaren. Een voorbeeld waar een wettelijke bepaling zich verzet tegen vernietiging, is art. 3 van het Besluit patiëntendossier Bopz, die een minimale bewaartermijn van 5 jaar verplicht.

Voor de wilsbekwame minderjarige onder de 12 kunnen de wettelijk vertegenwoordiger(s) een verzoek tot vernietiging doen. Dit geldt eveneens voor de wilsbekwame patiënt. Als de minderjarige vertegenwoordigd wordt door de ouders, dan zal rekening moeten worden gehouden met de tegenstelling tussen de belangen van de vertegenwoordigers (i.c. de ouders die om vernietiging verzoeken) en de patiënt zelf.

Volgens de Memorie van Toelichting behoeft de hulpverlener niet altijd de wil van de vertegenwoordiger, i.c. de ouder, te volgen, met name als het vermoeden bestaat dat de vertegenwoordiger zich meer door subjectieve overwegingen laat leiden en niet uitsluitend in het belang van de vertegenwoordigde patiënt handelt. Ook als de vertegenwoordiger wel in het belang van de patiënt handelt, kan de arts afwijken van het oordeel van die vertegenwoordiger wanneer de professionele standaard dit van hem vergt.

De wilsbekwame patiënt boven de 12 jaar zal toestemming moeten geven voor het vernietigingsverzoek van de wettelijk vertegenwoordigers.

Om achteraf discussie te voorkomen wordt geadviseerd om na de vernietiging een document te bewaren waarin staat opgenomen wanneer de vernietiging was, wat er is vernietigd, op welke wijze en wie er hierbij aanwezig waren. Dit kan bewaard worden in een aparte registratie (geen patiëntendossier) met als tab: vernietiging dossiers.

De hulpverlener heeft nog een andere plicht, namelijk de plicht om die gegevens en die stukken in het dossier op te nemen, die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. Voor de afweging of de hulpverlener al dan niet moet overgaan tot vernietiging, kan een collega geraadpleegd worden (zonder dat de namen van betrokkenen worden genoemd). De ouders hebben in ieder geval het recht een eigen (afwijkende) verklaring toe te laten voegen aan het dossier.

- *De ouders van een patiënt die in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, eisen afschriften van delen van het medisch dossier van de meerderjarige patiënt. De patiënt heeft wel toestemming gegeven voor inzage, maar niet om kopieën te geven.*

Een patiënt kan, als hijzelf inzage neemt in zijn dossier, altijd vragen om kopieën. Die zullen dan ook aan hem verstrekt moeten worden. Wanneer derden inzage mogen hebben in het dossier, is het niet vanzelfsprekend dat de toestemming voor de inzage zonder meer inhoudt dat ook afschriften mogen worden gegeven. De patiënt zal dus een gerichte toestemming moeten geven om kopieën van (delen) van zijn medische dossier aan derden te verstrekken.

- *Een patiënt heeft enkele familieleden schriftelijk toestemming gegeven om zijn dossier in te mogen zien. Naderhand laat deze patiënt mondeling aan zijn behandelaar weten dat hij deze toestemming intrekt. Er is door zijn familieleden druk op hem uitgeoefend om deze toestemming te geven. De familieleden beroepen zich nu op de schriftelijke toestemming en eisen inzage. Moet de inzage gegeven worden?*

Een patiënt kan zijn toestemming aan derden om inzage te hebben in zijn dossier op elk moment intrekken. Het verdient de voorkeur dat dit schriftelijk gebeurt. Wanneer het mondeling gebeurt, moet de behandelaar dit gedateerd vastleggen in het patiëntendossier. De familieleden hebben dan geen recht op inzage.

Wanneer een behandelaar de stellige indruk heeft, bijvoorbeeld doordat de patiënt zich daar in bedekte termen over uitlaat, dat hij door derden (waaronder familie en/of partner) in meer of mindere mate onder druk is gezet om aan hen toestemming te geven voor inzage in zijn dossier, dan mag de behandelaar inzage weigeren; een dergelijke afgedwongen inzage is

strijdig met het belang van de patiënt. Daarnaast is het verlenen van inzage in zo'n geval strijdig met de zorg van een goed hulpverlener.

- *Een patiënt is onderzocht in een instelling in de buurt (instelling X). Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verzoek van instelling Y., de instelling waar de patiënt behandeld wordt. Het onderzoeksverslag van instelling X. maakt deel uit van het medisch dossier van instelling Y. De patiënt verzoekt instelling Y. om inzage. Moet er toestemming gevraagd worden aan instelling X. voor inzage van het onderzoeksverslag?*

Nee, de patiënt heeft recht op inzage in het volledige medische dossier, inclusief het onderzoeksverslag. De hulpverlener kan het inzagerecht alleen beperken als hij van mening is dat inzage van het onderzoeksverslag de privacy van anderen aantast of inzage geven strijdig is met een wettelijke verplichting waaronder het goed hulpverlenerschap.

#### 4. Geheimhouding

De toestemming van de patiënt is vereist om inlichtingen over hem, inzage in of afschrift van de bescheiden van zijn dossier te verstrekken aan eenieder die niet rechtstreeks betrokken is bij de behandeling. Uitzonderingen hierop zijn:

- wettelijke plicht (therapeutische exceptie, melding in verband met Infectieziektewet, etc.);
- noodtoestand (art. 40 Sr) in de zin van conflict van plichten (zie voor de voorwaarden de veelgestelde vragen hieronder);
- zwaarwegend belang.

In elke situatie dient de hulpverlener af te wegen welke informatie noodzakelijk is om te verstrekken aan de ander.

Meer informatie over het beroepsgeheim: [GGZ Nederland, handreiking beroepsgeheim \(2012\)](#).

Meer informatie over gegevensuitwisseling:

- [GGZ Nederland e.a. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg \(2010\)](#)
- [GGZ Nederland e.a., handreiking bemoeizorg \(2007\)](#)<sup>5</sup>
- GGZ Nederland, 'Over sommige patiënten moet je praten', (2012): een handreiking die nader ingaat op de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

#### Veelgestelde vragen

- *Wat kan en moet de hulpverlener doen als hij van mening is dat zijn patiënt niet langer verantwoord kan autorijden (bijv. vanwege beginnende dementie) maar dit desondanks blijft doen, waardoor ook gevaar voor anderen ontstaat?*

---

<sup>5</sup> Op dit moment wordt deze handreiking herschreven. De definitieve versie zal medio 2013 gepubliceerd worden op GGZ Connect onder het thema 'zorg en recht'

De hulpverlener zal eerst moeten proberen de patiënt te motiveren om zijn auto te laten staan. In overleg met de patiënt kan de hulpverlener daarbij de familie of de huisarts inschakelen.

Wanneer dit niet lukt en er is nog geen aanleiding een IBS aan te vragen, zijn er door de geheimhoudingsplicht uit hoofde van de WGBO weinig mogelijkheden om andere personen of instanties in te schakelen. Doorbreking van deze zwijgplicht is naar de heersende opvatting echter mogelijk wanneer de hulpverlener in een noodtoestand geraakt in de zin van een conflict van plichten; daarvoor moeten de volgende omstandigheden zich voordoen:

- vast moet staan dat de toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger niet te verkrijgen is;
- het doorbreken van de zwijgplicht is de enige weg om het dreigende gevaar te kunnen keren
- de hulpverlener verkeert door de ontstane situatie in gewetensnood;
- er is bij het niet-doorbreken van de geheimhoudingsplicht ernstige schade voor de patiënt of anderen te verwachten;
- het moet vrijwel zeker zijn dat het doorbreken van de zwijgplicht de gevreesde schade voorkomt of beperkt.

Wanneer de hulpverlener heeft vastgesteld dat de patiënt wilsonbekwaam is moet hij over deze kwestie van het onverantwoord autorijden rechtstreeks contact zoeken met de mentor, curator of de wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt teneinde hierover afspraken te maken.

Is de patiënt wilsbekwaam en acht de hulpverlener zich in deze casus gelegitimeerd om zijn zwijgplicht te doorbreken dan zal hij in eerste instantie met de familie overleggen over de meest adequate aanpak. Lukt dat niet, dan is het informeren van de politie c.q. het aanvragen van een herkeuring bij het CBR gewenst om op die manier mogelijk te voorkomen dat er slachtoffers vallen.

Ook van deze stappen is het aan te bevelen de patiënt op de hoogte te stellen. Nogmaals: er is immers door de hulpverlener geconcludeerd dat er sprake is van ernstig dreigend gevaar.

Een ander aspect vormt de mogelijke aansprakelijkheid van de hulpverlener/instelling voor onrechtmatige daad wanneer de instelling/hulpverlener eventueel toegebrachte schade had kunnen voorkomen; een zorgvuldige handelwijze als hiervoor omschreven (informatie en advies vanuit de instelling) zal voorkomen dat een dergelijke civiele aansprakelijkstelling snel zal plaatsvinden.

## 5. Wilsonbekwaam

---

### Vertegenwoordiging

De patiënt is wilsbekwaam totdat het tegendeel blijkt. Bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid stelt de hulpverlener zich onder meer de vraag: in welke mate is deze patiënt (individuele afweging), gelet op de toestand waarin hij verkeert bekwaam om ten aanzien van de aan de orde zijnde specifieke aangelegenheid een beslissing te nemen? Indien er sprake is van een wilsonbekwame, meerderjarige patiënt, dan treedt namens hem een vertegenwoordiger op; ingeval er geen curator of mentor door de rechter is benoemd, dan wordt op basis van de WGBO de patiënt vertegenwoordigd door (in deze volgorde):

- de persoon die schriftelijk gemachtigd is door de patiënt;
- de echtgenoot of partner van de patiënt;
- ouder, kind, broer, zus.



De hulpverlener kan afwijken van het oordeel van de vertegenwoordiger wanneer goed hulpverlenerschap dit van hem verlangt. De instelling heeft de plicht om de bevoegdheid van de vertegenwoordiger vast te stellen. Ondanks dat er een vertegenwoordiger is dient de patiënt, waar mogelijk, betrokken te worden in de beslissingen.

#### Dwangbehandeling

Indien de wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard dan wordt de behandeling waar de vertegenwoordiger toestemming voor heeft gegeven gestaakt, tenzij de verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Dit is bijvoorbeeld het geval als een patiënt met ernstige diabetes insuline weigert.

#### Schriftelijke wilsverklaring

Een schriftelijke wilsverklaring opgesteld door de destijds wilsbekwame patiënt wordt opgevolgd, tenzij de hulpverlener gegronde redenen aanwezig acht om hiervan af te wijken. Een wilsverklaring kan negatief of positief zijn, bijvoorbeeld de patiënt geeft aan toestemming te weigeren in bepaalde gevallen (negatief) dan wel geeft aan wie beslist als hij dit zelf niet meer kan (positief).

#### Veelgestelde vragen

- *Mag een behandelaar van een meerderjarige patiënt informatie verstrekken aan een advocaat die namens de ouders optreedt om een ondercuratelestelling van de patiënt te bereiken? De behandelaar ziet ook de noodzaak in om de patiënt onder curatele te stellen. Het schriftelijke verzoek van de advocaat is voorzien van een machtiging van de ouders.*

Een behandelend arts mag niet ingaan op een verzoek om dergelijke informatie te verstrekken. Feitelijke informatie mag wel verstrekt worden met toestemming van de patiënt. De KNMG heeft een brochure uitgegeven, waarin richtlijnen zijn opgenomen over de wijze waarop artsen met medische gegevens behoren om te gaan. In de KNMG-[Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens \(2010\)](#) staat als richtlijn dat een medische verklaring voor een ondercuratelestelling door een onafhankelijk arts moet worden opgesteld. De reden daarvan is dat het voor een behandelend arts in verband met zijn relatie met de patiënt moeilijk zal zijn om onbevooroordeelde conclusies en oordelen te geven. Dat dit zo kan zijn, blijkt uit de toevoeging dat de behandelaar de noodzaak inziet om zijn patiënt onder curatele te stellen.

Het verdient in zijn algemeenheid aanbeveling om een medische verklaring op te laten maken door een onafhankelijk ter zake deskundige arts. Uitgangspunt is dat degene die de medische verklaring opmaakt in staat moet zijn om onbevooroordeeld tot conclusies en oordelen te komen.

*Voor meer informatie over het beroepsgeheim en verstrekken van gegevens aan derden, zie [GGZ Nederland, handreiking beroepsgeheim \(2012\)](#).*

- *Wat moet en wat mag de behandelaar toestaan wanneer hij wordt geconfronteerd met een door de patiënt gemachtigde die om informatie en/of om inzage in het dossier verzoekt? Is de instelling verplicht om aan personen die inzage in of een afschrift van patiëntengegevens willen, naar een legitimatiebewijs te vragen?*

Het recht op inzage en afschrift komt een beperkt aantal personen toe, namelijk - naast uiteraard de patiënt zelf - slechts die personen die de WGBO als vertegenwoordigers opsomt, te weten: curator of mentor; schriftelijk gemachtigde; echtgenoot of levensgezel;

ouder; kind; broer of zus van de patiënt. En dan voor zover de informatie noodzakelijk is om rechtsgeldige vervangende toestemming voor een behandeling te geven.

De instelling heeft de plicht om de bevoegdheid van de vertegenwoordiger vast te stellen. Een schriftelijke machtiging van de hand van betrokkene met een concreet omschreven vraag of toestemming voor inzage in (delen van) diens dossier, geeft de hulpverlener de mogelijkheid om in te gaan op het verzoek. Nadat de hulpverlener beoordeeld heeft of degene die om informatie vraagt, ook inderdaad bevoegd is om de patiënt te vertegenwoordigen, kan de hulpverlener informatie verstrekken of inzage verlenen. De verlening mag de reikwijdte van de machtiging niet te buiten gaan. Ontbreekt er een schriftelijke machtiging of kan degene die zich opwerpt als vertegenwoordiger zich niet identificeren, dan moet de hulpverlener het verzoek om informatie/inzage weigeren. Het is ten zeerste aan te raden om een kopie van een geldig legitimatiebewijs te vragen.

- *Een patiënt is handelingsonbekwaam verklaard en heeft een curator aangewezen gekregen. Enige maanden later wil de hulpverlener medicatie in het behandelplan opnemen. De behandelaar acht de patiënt wilsbekwaam voor het instemmen met medicatie. Wat is de rol van de curator in deze?*

Een patiënt die onder curatele staat mag geen rechtshandelingen verrichten, waaronder het aangaan van een behandelingsovereenkomst. De curator behartigt de belangen van de patiënt. In de WGBO en de Wet Bopz heeft een wilsbekwame patiënt die onder curatele staat de ruimte om mee te beslissen over beslissingen die hem aangaan. Dit is onder meer het behandelingsplan, het inzagerecht, recht op vernietiging etc. De hulpverlener zal per situatie moeten inschatten of de patiënt naast handelingsonbekwaam ook wilsbekwaam voor deze situatie is. Indien de hulpverlener de patiënt wilsbekwaam acht, dan zal de curator een stap terug moeten doen.

## 6. Centrale aansprakelijkheid

---

De instelling kan (mede-) aansprakelijk gesteld worden voor tekortkomingen die voortvloeien uit de nakoming van de overeenkomst. Deze aansprakelijkheid kan - net als die van de hulpverlener - niet worden uitgesloten of beperkt.

### Veelgestelde vraag

- *Een APZ is aansprakelijk gesteld voor seksueel misbruik van een patiënte door een medepatiënt. Hoe ver reikt de zorgplicht en hoe groot is de aansprakelijkheid van de GGZ- instellingen?*

Hoe ver de zorgplicht van een instelling gaat, is een vraagstuk van toezicht door de instelling. Het toezicht moet zodanig zijn dat geestelijke en lichamelijke integriteit van patiënten inclusief de veiligheid gewaarborgd worden door bepaalde te nemen maatregelen. Die maatregelen kunnen bestaan uit bewaking van het gebouw en terrein, protocollen of meldingsprocedures voor ongewenst gedrag<sup>6</sup>, terreinontzegging, instructies aan de medewerkers bij constatering van strafbare feiten, calamiteiten of incidenten.

---

<sup>6</sup> In deze casus gaat het niet om huiselijk geweld, maar mocht dit wel zo zijn, dan is elke ggz-instelling sinds 1 januari 2013 verplicht om een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te hebben. Voor meer informatie,

Dergelijke protocollen, instructies e.d. moeten voor medewerkers beschikbaar zijn, bij voorkeur in handboeken. In ieder geval zal het bedrijfsmatig handelen van een GGZ-instelling duidelijk en transparant moeten zijn.

Van een GGZ-instelling mag niet verwacht worden dat het elk risico van verblijf of gedrag van patiënten kan onderkennen en met doeltreffende maatregelen uitsluit. Er zal pas sprake kunnen zijn van een verwijt, indien de instelling had kunnen weten dat er ernstig en reëel gevaar was en desondanks verzuimd heeft maatregelen te treffen.

Na een incident zal de instelling moeten onderzoeken hoe dit incident heeft kunnen gebeuren en of er nog maatregelen getroffen kunnen worden die dit in de toekomst kunnen voorkomen.

## 7. Verplichting van de patiënt

De patiënt heeft de verplichting om de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking te geven die de hulpverlener redelijkerwijs voor het uitvoeren van de behandelingsovereenkomst nodig heeft. Daarnaast is er een betalingsverplichting voor wat betreft de eigen bijdrage of andere kosten die voortvloeien uit de hulpverlening. Indien de patiënt door het (opzettelijk) niet nakomen van zijn verplichtingen het de hulpverlener het verlenen van goede zorg onmogelijk maakt, kan dat voor de zorgaanbieder reden zijn om de behandelingsovereenkomst op te zeggen.

Het eenzijdig opzeggen van de behandelingsovereenkomst kan enkel op grond van "gewichtige redenen". De wet legt dit criterium niet uit en het ligt aan de omstandigheden van het individuele geval, welke 'gewichtige redenen' er zijn. Een ernstig agressie incident **kan** bijvoorbeeld reden zijn om de behandelingsovereenkomst eenzijdig te eindigen. Als de zorgaanbieder na afweging overgaat tot eenzijdig opzeggen van de behandelingsovereenkomst, blijft hij verplicht tot het leveren van nazorg. GGZ Nederland geeft een uitleg over het ontslag van de patiënt en de zorgplicht in de handreiking ['\(voorwaardelijk\) ontslag', GGZ Nederland \(2012\)](#).

### Veelgestelde vragen

- *Wat zegt de wet over plichten van psychiatrische instellingen na ontslag?*

De instelling heeft een (na)zorgplicht. Zowel bij de voorbereiding van - als na het ontslag dient er aandacht te worden besteed aan huisvesting, middelen van bestaan etc. Indien ontslag plaatsvindt tegen de wens van de patiënt in, heeft de instelling een inspanningsverplichting tot nazorg. Dit wil zeggen dat de instelling 'voldoende' zorg moet besteden aan:

- a) onderdak van de patiënt buiten de instelling (naaste (familie)betrekkingen waarschuwen; adressen geven van voorzieningen in de buurt; heeft patiënt eigen kamer/huis?);
- b) de financiën van de patiënt (kan men zichzelf redden?);
- c) behoefte aan vervolgbehandeling en/of nazorg door een andere instelling of hulpverlener, en zo ja welke? De instelling die de patiënt met ontslag/verlof stuurt, moet in overleg met de patiënt een instelling of hulpverlener informeren over het aanstaande ontslag.

Volgens de beginselen van de WGBO kan de overeenkomst niet gemakkelijk eenzijdig door de instelling/hulpverlener worden opgezegd. Pas als de indicatie tot geneeskundig behandelen is komen te vervallen of als er sprake is van een gewichtige reden die de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in de weg staat (bijvoorbeeld als de

---

zie GGZ Nederland, ['over sommige patiënten moet je praten'\(2012\)](#)

patiënt keer op keer behandelingen en voorgestelde alternatieven weigert), kan de instelling de patiënt 'overdragen' aan een andere instelling/hulpverlener.

De patiënt met wie de behandelingsovereenkomst wordt beëindigd op grond van organisatorische of budgettaire redenen moet voldoende gelegenheid geboden worden om een alternatieve oplossing te vinden. Dat geldt ook voor beëindiging op grond van ernstige conflicten met de familie. Het al dan niet voorhanden zijn van een passend redelijk alternatief voor hulp buiten de instelling op aanvaardbare termijn is bepalend voor de opzeggingstermijn. De instelling en arts moeten meewerken bij het zoeken van alternatieve zorg elders. Tot die tijd moet de instelling zorgdragen voor continuïteit in de hulpverlening aan de patiënt.

Indien een patiënt tegen advies van de hulpverlener de behandeling staakt en de instelling verlaat, heeft de instelling/hulpverlener de plicht als een 'goed huisvader' te handelen. De Kwaliteitswet Zorginstellingen legt bij de zorgaanbieder de plicht om de zorgverlening zodanig te organiseren, dat een en ander leidt tot verantwoorde zorg. Dat betekent dat directies bepaalde protocollen dienen te ontwikkelen, waarvan het protocol 'weggelopen patiënten' er één kan zijn. In dat protocol kunnen punten worden opgenomen, zoals: zodra signalen worden opgevangen dat een patiënt wil weglopen, wordt contact opgenomen met naaste (familie)betrekkingen voor overleg; nagaan in welke toestand de patiënt verkeerde vlak voor het weglopen; is de patiënt gevaarlijk; kan de patiënt zich buiten de instelling handhaven; moet een IBS worden aangevraagd; moet de huisarts gewaarschuwd worden; zijn er andere personen die geïnformeerd moeten worden?

*Meer informatie over het ontslag van de patiënt en de zorgplicht leest u in de handreiking [‘\(voorwaardelijk\) ontslag’, GGZ Nederland \(2012\)](#).*

- *Hoe kan men een wilsonbekwame meerderjarige patiënt die niet mee (b)lijkt te willen werken aan enige vorm van behandeling, toch behandelen?*

Indien het gaat om een vrijwillig opgenomen wilsonbekwame patiënt, is de WGBO van toepassing.

De algemene regels van de WGBO zijn:

- 1) geen behandeling zonder toestemming
- 2) van de wettelijk vertegenwoordiger, nu de wilsonbekwame patiënt zelf geen rechtsgeldige toestemming kan geven;
- 3) indien het niet mee willen werken aan de behandeling uitgelegd moet worden als verzet, is geen behandeling mogelijk tenzij de patiënt zelf zonder de voorgestelde behandeling kennelijk ernstig nadeel zou ondervinden.

De wilsonbekwaamheid moet zijn vastgesteld, en vastgelegd in het dossier van de patiënt. Indien het gaat om een onvrijwillig opgenomen wilsonbekwame patiënt, is de wet Bopz van toepassing.

De algemene regels van de wet Bopz zijn:

- 1) geen behandeling zonder toestemming;
- 2) van de wettelijk vertegenwoordiger, nu de wilsonbekwame patiënt geen rechtsgeldige toestemming kan geven;
- 3) indien de patiënt zich verzet tegen de met de vertegenwoordiger overeengekomen behandeling, is behandeling mogelijk voor zover aannemelijk is dat zonder die

behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen of voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om acuut gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden.

- 4) Men moet de patiënt schriftelijk informeren over zowel het wilsonbekwaam ter zake verklaren als over de aangekondigde dwangbehandeling. De argumenten hiertoe en de rechtsbescherming moeten worden meegedeeld.
  - o *In welk opzicht verschilt de regeling van dwangbehandeling op grond van de Wet Bopz met die van de WGBO?*

De regels rondom behandeling en dwangbehandeling op grond van de Wet Bopz hebben een beperkte reikwijdte. In de eerste plaats moet het altijd gaan om patiënten die met een Bopz-maatregel verbonden zijn aan een Bopz-instelling. Daarnaast geldt de regeling van de Wet Bopz alleen voor die vormen van behandeling die betrekking hebben op het wegnemen van het gevaar dat voortkomt uit de geestesstoornis. Het behandelingsplan is gericht op het zodanig wegnemen van het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken, dat de betrokkene niet langer in het ziekenhuis behoeft te verblijven. Zo mogelijk geschiedt dit door het bewerkstelligen van een verbetering van de stoornis. Indien dit niet mogelijk is, geschiedt dit door het anderszins wegnemen van het gevaar. Het behandelingsplan dient dus gericht te zijn op het verbeteren van de stoornis die de patiënt gevaar doet veroorzaken. In de formulering wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de stoornis zelf niet te verbeteren is, maar dat het gevaar een gevolg is van de stoornis het aangrijpingspunt voor de behandeling moet zijn.

Behandelingen - al dan niet psychiatrisch van aard - die daarbuiten liggen, moeten voldoen aan de regels van de WGBO.

De algemene regels van de WGBO geldend voor de vrijwillig (opgenomen) patiënt, zijn:

1. geen behandeling zonder toestemming van patiënt;
2. bij een ter zake wilsonbekwame patiënt dient toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger te worden verkregen,
3. indien een wilsonbekwame patiënt niet meewerkt aan de behandeling waar zijn vertegenwoordiger toestemming voor heeft gegeven, is geen behandeling mogelijk. Dit geldt niet indien de patiënt zelf zonder de voorgestelde behandeling kennelijk ernstig nadeel zou ondervinden (bijvoorbeeld een patiënt met ernstige diabetes wil geen insuline spuiten)

NB: dwangbehandeling op grond van de WGBO bij een wilsbekwame patiënt is dus niet mogelijk!

Bij enige dwang die van tijdelijke aard is, geeft deze wettelijke regeling enige ruimte om zowel extramuraal als intramuraal, dwang toe te passen in de WGBO-situaties. Daarbij geldt echter een belangrijke grens, die niet expliciet in de WGBO wordt genoemd maar die voortvloeit uit de verhouding tussen de WGBO en de Wet Bopz. Die grens houdt in dat een dwangbehandeling op grond van de WGBO niet mag leiden tot een situatie van vrijheidsbeneming. Vrijheidsbeneming behoort immers tot het domein van de Wet Bopz. Concreet gesteld kan de hulpverlener aannemen dat een patiënt met WGBO-dwang kortdurend mag worden vastgepakt, bijvoorbeeld om hem een injectie toe te dienen. De hulpverlener kan een dwangbehandeling die gedurende langere tijd gepaard gaat met opsluiting op een afdeling of in een separeercel, echter niet met een beroep op de WGBO

legitimeren. Een dwangbehandeling op grond van de WGBO zal doorgaans dus naar aard en duur beperkt zijn, en veelal een ad hoc karakter hebben ('vrijheidsbeperking'). De hulpverlener moet de dwangbehandeling kunnen legitimeren vanuit de zorg voor de patiënt.<sup>7</sup>

De algemene regels van de Bopz geldend voor de gedwongen opgenomen patiënt, zijn:

1. geen behandeling zonder toestemming van patiënt;
2. bij een wilsonbekwame patiënt dient toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger te worden verkregen,
3. indien de patiënt zich verzet tegen een (met de vertegenwoordiger) overeengekomen behandeling, is geen behandeling mogelijk tenzij wordt voldaan aan de criteria van art. 38c Bopz.

- o *Een patiënt weigert voedsel en vocht. Is het nodig om een IBS aan te vragen om de patiënt onder dwang van voedsel/vocht te voorzien?*

Indien de patiënt voedsel/vocht weigert ten gevolge van een psychiatrische stoornis, waardoor vervolgens gevaar ontstaat, zal bezien moeten worden of de patiënt wel of niet bereid is vrijwillig te verblijven. De Hoge Raad heeft beslist dat in sommige gevallen aangenomen mag worden dat er geen sprake is van vrijwillig verblijf. Indien een patiënt vrijwillig binnen de instelling blijft, kan er tot dwangbehandeling worden overgegaan in het kader van de WGBO om ernstig nadeel te voorkomen.

Na toediening van voedsel/vocht (in principe geldt hetzelfde voor toediening van medicatie), moet de hulpverlener de afweging maken: of IBS of RM aanvragen, of binnen afzienbare tijd stoppen met dwang. De WGBO-dwang is echt ad hoc bedoeld of om een noodsituatie (ernstig nadeel) af te wenden.

Indien er redenen zijn om aan te nemen dat de patiënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot verblijf en aan alle voorwaarden voor een onvrijwillige opname is voldaan, behoort een onvrijwillige opname ex Wet Bopz tot de mogelijkheden. De hulpverlener moet de afweging maken of een IBS dan wel een RM aangevraagd moet worden.

Na opname via hetzij een IBS hetzij een RM is de Bopz van toepassing.

## 8. Goed hulpverlener

---

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen. In de jurisprudentie is hieraan de volgende uitwerking gegeven: 'dit betekent dat hij de zorg moet betrachten die de redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht'.

De hulpverlener handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

- o *Er wordt een klacht ingediend tegen een hulpverlener wegens schending van het goed hulpverlenerschap. De patiënt stelt dat de hulpverlener geen gebruik heeft gemaakt van de nieuwste behandelmethode. De hulpverlener verweert zich met het feit dat hij niet op de hoogte was van deze ontwikkeling. Kan dit?*

De rechter heeft in een uitspraak<sup>8</sup> bevestigd dat er gekeken dient te worden naar hetgeen de beroepsbeoefenaar in zijn hoedanigheid als beroepsbeoefenaar

---

<sup>7</sup> Implementatie van de WGBO, deel 2 informatie en toestemming pagina 114

redelijkerwijs had behoren te doen en redelijkerwijs aan kennis had behoren te bezitten. De rechter zal bekijken of van deze hulpverlener in redelijkheid verlangd mag worden dat hij deze nieuwe kennis behoort te bezitten. Het niet bijhouden van literatuur die in de beroepsgroep inmiddels algemeen geaccepteerd of bekend is kan worden verweten als onzorgvuldig handelen.

## Bronnen

- GGZ Nederland (2007) **Vraagbaak psychiatrie en recht** SDU Uitgevers
- KNMG, GGZ Nederland e.a. (2010) **Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg**
- Leenen, H.J.J. (2007) **Handboek Gezondheidsrecht deel 1**
- **KNMG e.a. (2004), van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO deel 1 tot en met 4**
- GGZ Nederland (2012), **handreiking (voorwaardelijk) ontslag**
- GGZ Nederland (2012), **handreiking beroepsgeheim**
- Markenstein, L.F. (2006) **Tekst en toelichting WGBO**
- Memorie van Toelichting WGBO, kamerstukken 21561
- GGZ Nederland (2012), **handreiking behandeling minderjarigen in het kader van de WGBO.**

---

<sup>8</sup> HR 19 maart 2004, RVDW 2004/53

## Bijlage 1: Samenhang begrippen behandelingsovereenkomst-dossier-behandelplan



**Toelichting:** de overeenkomst komt tot stand wanneer de patiënt instemt met het op de zorgvraag gebaseerde zorgaanbod. Vanaf dat moment zijn alle bepalingen uit de WGBO van toepassing. Op die overeenkomst zijn de huisregels, algemene leveringsvoorwaarden en protocollen van toepassing.

Het dossier maakt deel uit van de overeenkomst. Hierin wordt het zorg-/behandelplan vastgelegd, waarin de precieze invulling van de zorg verder wordt uitgewerkt. Ook andere afspraken (zoals de betrokkenheid van de familie) worden hierin uitgewerkt.