



beeld: Getty Images

Met de invoering van het EPD nemen aansprakelijkheidsrisico's voor artsen toe

# Meer schadeclaims door EPD

mr. Jacqueline Meyst-Michels,  
advocaat bij Van Benthem &  
Keulen N.V. te Utrecht

mr. Simona Tiems, advocaat  
bij Van Benthem & Keulen N.V.  
te Utrecht

Correspondentie: jmeyst@vbk.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Het landelijke EPD brengt veranderingen met zich mee in de werkwijze van artsen. Onderbelicht zijn de gevolgen daarvan voor hun aansprakelijkheidsrisico's. Volgens de minister vallen die wel mee, juristen denken er anders over.

**I**n de memorie van toelichting op het wetsvoorstel waarin het landelijk EPD wordt geïntroduceerd wordt geconcludeerd dat de aansprakelijkheidsrisico's in de gezondheidszorg met de komst van het landelijk EPD niet wezenlijk verschillen van de huidige.<sup>1</sup> De extra risico's bestaan vooral uit incidentele gezondheidsschade door onjuiste of ontbrekende gegevens en privacy schade bij een beveiligingslek in het EPD. De minister baseert deze conclusie op het rapport 'Aansprakelijkheden rond het EPD', dat de Universiteit van Tilburg in opdracht van de minister heeft opgesteld.<sup>2</sup> Als advocaten menen wij dat de aansprakelijkheidsrisico's voor hulpverleners wel degelijk toenemen. Hulpverleners die werken met het landelijk EPD, moeten meer handelingen

verrichten waarbij fouten kunnen worden gemaakt. Bovendien moeten zij gebruikmaken van andere partijen, bijvoorbeeld ICT-bedrijven en andere hulpverleners.

## Uniforme taal

Op grond van artikel 7:454 Burgerlijk Wetboek (BW) moeten hulpverleners een schriftelijk of elektronisch dossier bijhouden van de patiënten die zij behandelen.<sup>3 4</sup> De gegevens in deze dossiers vallen onder hun geheimhoudingsverplichting. Voor de duidelijkheid: de elektronische vorm van dit medisch dossier staat los van het landelijk EPD. Het landelijk EPD gaat verder dan louter digitalisering. Een hulpverlener kan niet langer volstaan met het raadplegen van zijn eigen dossier of afgaan op wat de

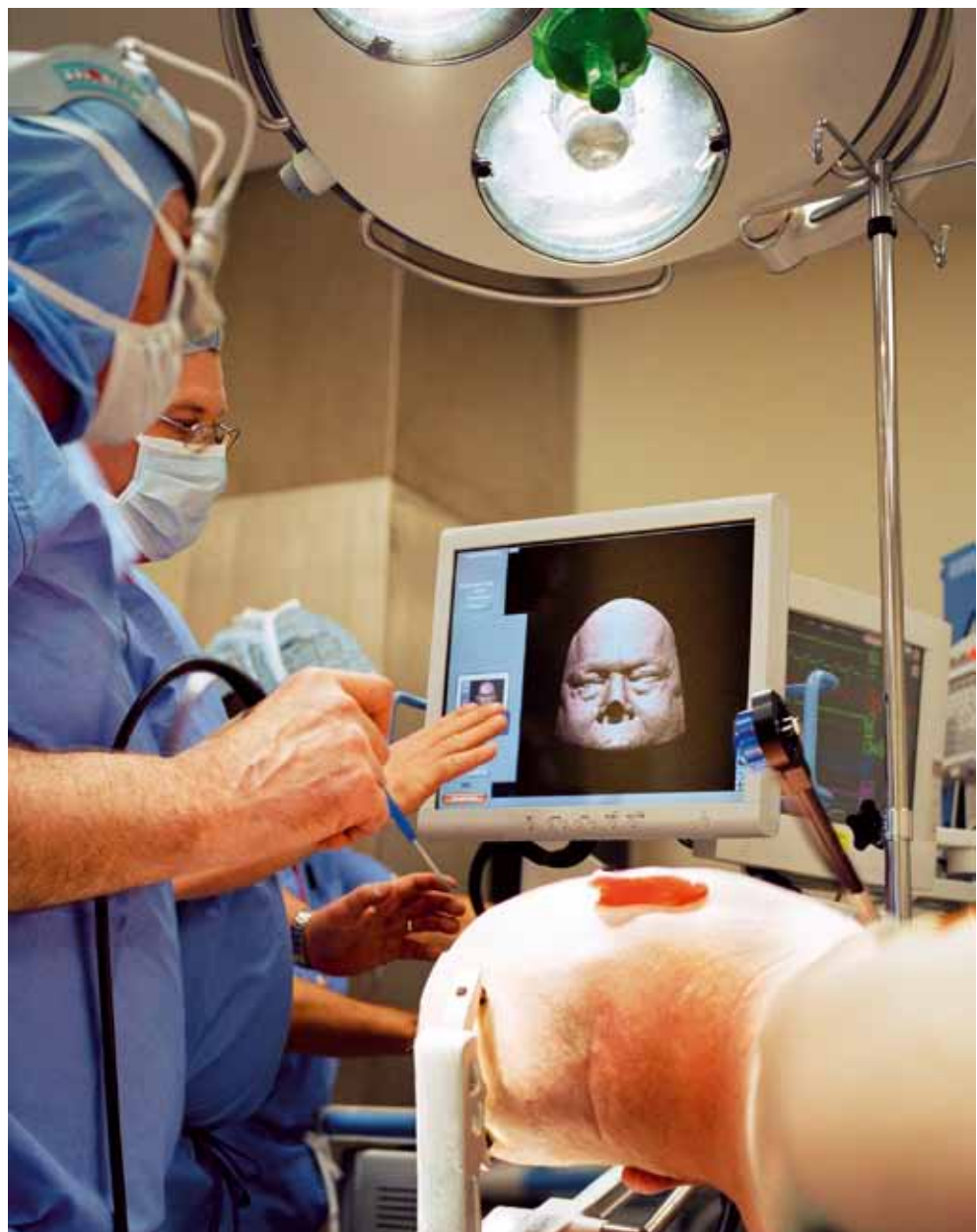
patiënt hem vertelt. Hij zal moeten nagaan of elders informatie over de patiënt bekend is die voor de behandeling van belang kan zijn. En na behandeling moet hij de informatie daarover elektronisch beschikbaar stellen voor andere hulpverleners.

Inmiddels is duidelijk om welke informatie het voorlopig in het landelijk EPD gaat en binnen welke termijn: verslagen van de consulten in de laatste zes maanden, overzichten van lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen, van geneesmiddelen op recept en van allergieën en contra-indicaties, en overige informatie die noodzakelijk is voor een goede behandeling.<sup>5</sup> Binnen 24 uur moeten nieuwe en gewijzigde

gegevens in het EPD staan, of eerder als dat noodzakelijk is voor de verdere behandeling. Hoe meer informatie moet worden verstrekt, des te groter het risico op fouten en vergissingen. Door tijdsdruk zal mogelijk beknopt worden geformuleerd en dat kan gemakkelijk tot misverstanden leiden. Bovendien kunnen artsen verschillend denken over de noodzaak om bepaalde informatie in te voeren, omdat er (nog) geen uniforme taal voor handen is.

#### **Controleerbaar**

Voor toegang tot het landelijk EPD hebben artsen een persoonlijke UZI-pas (Unieke ZorgverlenerIdentificatiepas) met bijbeho-



Hersenchirurgen lokaliseren een hersentumor met behulp van een driedimensionaal computermodel.

beeld: Corbis

## *Een fout in de software kan onjuiste behandeling tot gevolg hebben*

rende pincode nodig. Assistenten of triagisten beschikken over een eigen medewerkerspas die toegang geeft onder verantwoordelijkheid van een arts.<sup>6</sup> Alle raadplegingen worden gelogd en zijn controleerbaar en traceerbaar.

Met behulp van zijn UZI-pas kan een arts het unieke burgerservicenummer (BSN) van een (nieuwe) patiënt opvragen bij het landelijke BSN-register voor de gezondheidszorg.<sup>7,8</sup> Daarvoor moet hij zich ervan vergewissen dat de patiënt is wie hij zegt te zijn aan de hand van een legitimatiebewijs. Met behulp van het BSN van de patiënt en zijn eigen UZI-pas kan een arts het LSP (Landelijk SchakelPunt) raadplegen. Dat bevat een verwijzindex en houdt bij waar welke patiënteninformatie staat. Via dit LSP kunnen artsen informatie over de patiënt bij andere behandelaars elektronisch ophalen, als de patiënt daarvoor tenminste toestemming heeft gegeven.<sup>9</sup>

### **Kans op fouten**

Het EPD zou voor de veiligheid van de patiënt een toegevoegde waarde moeten hebben, als hij zich met klachten tot een andere arts wendt omdat zijn eigen arts niet bereikbaar is. Maar de informatie uit het EPD kan tegelijkertijd het risico met zich meebrengen dat de patiënt verkeerd wordt behandeld. Als dit voor de patiënt schadelijke gevolgen heeft, dan ligt het voor de hand dat hij daarvoor de behandelend arts van het moment aanspreekt.

Met deze arts heeft hij immers een behandelingsovereenkomst gesloten. Op zichzelf is dit niet bijzonder, aangezien de arts ook nu aansprakelijk is voor zijn eigen onzorgvuldig handelen jegens

de patiënt. Maar met het EPD betekent ieder patiëntcontact veel extra handelingen (BSN achterhalen, EPD raadplegen, controleren of de informatie van EPD en patiënt overeenstemmen, interpreteren van informatie uit EPD, enzovoort) en dus meer kans op fouten. Alleen al om die reden neemt het aansprakelijkheidsrisico toe.

Een arts moet de patiënt uiteraard ook altijd zelf bevragen. Stemt de informatie van de patiënt niet overeen met hetgeen hij via het LSP krijgt, dan is er een probleem. Vooral als die informatie cruciaal is voor de behandeling. De kans is klein dat de behandelaar van wie de informatie afkomstig is, op dat moment bereikbaar is. Een van de geroemde voordelen van het landelijk EPD is dat informatie over de patiënt

ook in avonden en weekend beschikbaar is. Maar zonder nadere uitleg kan die informatie de arts op het verkeerde been zetten. Dit geldt des te meer omdat de informatie in het EPD niet wordt beperkt tot medicatie en allergiegegevens. De informatie die de arts via het LSP krijgt, kan ook onvolledig zijn. De patiënt kan immers hebben gevraagd om bepaalde gegevens niet via het EPD beschikbaar te stellen. Daarom luidt ons advies dat als informatie die de patiënt verstrekt, niet overeenkomt met informatie uit het EPD, de verschillen duidelijk moeten worden genoteerd in het eigen medisch dossier.

### **Toestemming**

Vervolgens is de vraag hoe te behandelen. Als de arts de informatie uit het EPD gedeeltelijk of helemaal negeert, moet hij de patiënt daarover goed informeren en daarvoor expliciet toestemming vragen. Ook dit moet hij noteren in zijn dossier.

De arts is niet alleen aansprakelijk voor zijn eigen handelen, hij is dat jegens de patiënt ook voor het handelen van zijn 'hulpverleners'. Op grond van artikel 6:76 BW is degene die bij de uitvoering van een overeenkomst gebruikmaakt van de hulp van andere personen ook voor hun gedragingen aansprakelijk. Een arts kan geen patiëntinformatie uit het EPD ophalen zonder hulp van anderen. Dat zijn niet alleen andere hulpverleners, maar ook bedrijven en instanties, bijvoorbeeld de softwareleverancier en Nictiz, het Nationaal ICT Instituut voor de Zorg, dat onder meer verantwoordelijk is voor het LSP (Landelijk Schakelpunt). Voor hun fouten kan hij door de patiënt op basis van de behandelingsovereenkomst worden aangesproken. Een arts kan zijn eigen aansprakelijkheid jegens de patiënt nooit uitsluiten of beperken.<sup>10</sup>

Om informatie over de patiënt uit het EPD te ontvangen, zal de arts bijvoorbeeld moeten gebruikmaken van een ICT-bedrijf. Door een fout in de geleverde software kan onjuiste of onvolledige informatie over de patiënt via het EPD worden ontvangen, met als gevolg een onjuiste behandeling.

Ondanks dat de arts daar zelf niets aan kan doen, kan hij voor de schade daarvan voor de patiënt aansprakelijk zijn. Weliswaar kan de arts de schadevergoeding die hij aan de patiënt heeft uitgekeerd, op het ICT-bedrijf proberen te verhalen, maar sinds jaar en dag hebben ICT-bedrijven hun aansprakelijkheid voor dit soort gevolgschade uitgesloten in een zogenoemd exonatiebeding. Dat is begrijpelijk, aange-

## College

Ik weet niet hoe het bij u is, maar ik heb nog college gehad toen ik geneeskunde studeerde. Die colleges waren niet allemaal even goed, zeker niet. Integendeel, de goede docenten waren zodanig in de minderheid dat we nog precies weten wie we bewonderden. Wanneer ik de naam Eibergen noem, weet elke student die in de jaren zeventig en tachtig in Groningen geneeskunde studeerde precies wie ik bedoel. Hij was een geweldig docent en zijn zalen zaten altijd vol. Pathologische anatomie gaf hij.

Zouden er nu nog studenten geneeskunde zijn die zich een reeks inspirerende colleges zullen herinneren? Ik betwijfel het, want zulke colleges bestaan nauwelijks meer. Niet omdat er geen goede docenten meer zijn, maar omdat de colleges zijn afgeschaft. In mijn ogen vanwege het toegeven aan de tendens tot regressie naar het gemiddelde. Inderdaad, goed college geven is een gave die lang niet iedereen bezit, maar moeten we ze om die reden afschaffen? Eén enkel inspirerend college is een ervaring die je niemand mag ontnemen, een reeks goede colleges dus al helemaal niet. Het feit dat goede docenten zeldzaam zijn, is geen excuus. Dan moet men maar extra zijn best doen zulke mensen in huis te halen. En trouwens, goed onderwijs geven is ook nog eens te leren.

Onderwijs inrichten op basis van de gemiddelde gaven van docenten mist de essentie van academisch onderwijs: het stimuleren van talent in onze maatschappij. Als we niet in staat worden gesteld onze meest begaafde jongeren te kunnen prikkelen, hoe zullen we dan ooit de klinische en wetenschappelijke wereldtop kunnen bereiken (of behouden zo u wilt) die ons kabinet wijselijk nastreeft?

René Kahn,  
psychiater

### SAMENVATTING

- De aansprakelijkheidsrisico's voor de arts zullen door invoering van het EPD toenemen.
- Niet alleen is de kans dat de arts zelf fouten maakt groter, hij is ook aansprakelijk voor fouten van hulppersonen.
- Hulppersonen kunnen andere zorgverleners zijn, maar ook ICT-bedrijven en Nictiz.
- De arts kan bij fouten van hulppersonen de schade niet op die hulppersonen verhalen, wanneer zij hun aansprakelijkheid hebben beperkt of uitgesloten.

zien een geringe fout in de software enorme gevolgen kan hebben.


### Wishful thinking

In het rapport van de Universiteit van Tilburg wordt gezegd dat artsen tijdens hun onderhandelingen met ICT-leveranciers een exonerationbeding maar moeten zien te voorkomen. Dat is wishful thinking, een softwareleverancier zal daar niet mee instemmen. De arts heeft ook te maken met een zorgserviceprovider die zorgt voor toegang tot het LSP. Als toegang niet mogelijk is terwijl dat essentieel is voor de behandeling van de patiënt, dan is de arts jegens de patiënt voor de schadelijke gevolgen aansprakelijk. Zorgserviceproviders zullen om dezelfde reden als ICT-bedrijven hun aansprakelijkheid uitsluiten.

Ook andere partijen in de EPD-keten kunnen fouten maken. Een simpele tikfout bij het invoeren van EPD-informatie kan al voldoende zijn. Voor al die fouten van anderen is de behandelend arts voor de patiënt het primaire aanspreekpunt. Hij moet uitleggen wat er is misgegaan. En hij mag dan hopen dat de patiënt zich rechtstreeks tot de betreffende persoon wendt voor een schadeclaim. Met die persoon heeft de patiënt echter geen overeenkomst waardoor het veel moeilijker is om die met succes aan te spreken.

Het ligt dan ook voor de hand dat de patiënt ervoor kiest om zijn behandelend arts aan te spreken. En aangezien die aansprakelijk is voor zijn hulppersonen, is de kans groot dat hij de schade moet vergoeden en

zelf moet verhalen. Dat zal niet altijd lukken en kost meestal veel tijd, moeite en geld.

Meer eigen handelingen en dus meer kans op fouten die worden veroorzaakt door hulpverleners zelf en hun aansprakelijkheid voor de fouten van alle anderen die zijn betrokken bij het EPD, maken het risico op schadeclaims groter. Bovendien zijn die claims in veel gevallen niet te verhalen. Het is daarom moeilijk vol te houden dat door invoering van het EPD de aansprakelijkheden niet wezenlijk van de bestaande aansprakelijkheidsrisico's in de gezondheidszorg zullen verschillen, zoals de minister van VWS stelt.<sup>11</sup> 

## Schadeclaims zijn in veel gevallen niet te verhalen



Eerdere MC-artikelen over het landelijke EPD vindt u in het dossier bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). De lijst met referenties staat onder dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)



#### Referenties

1. Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg (vergaderjaar 2007-2008, 31 466, nr. 3).
2. [www.minvws.nl/kamerstukken/meva/2008/invoering-elektronisch-patientendossier.asp](http://www.minvws.nl/kamerstukken/meva/2008/invoering-elektronisch-patientendossier.asp)
3. Dit artikel maakt deel uit van Titel 7, Afdeling 5 van het BW, welke titel ook wel WGB0 wordt genoemd.
4. Het BW spreekt over 'hulpverlener', de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg over 'zorgaanbieder'. De definities overlappen elkaar, maar zijn niet gelijk. Dat zorgt voor onduidelijkheid.
5. Zie het concept Besluit gebruik burgerservicenummer in de zorg, TK, 2008-2009, 31 466, nr. 15.
6. TK, 2008-2009, 31 466, nr. 21.
7. Burgerservicenummer.
8. Volgens artikel 7 van de reeds geldende Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Stb 2008, 164).
9. Toestemming van de patiënt is niet nodig voor het beschikbaar stellen van informatie over de patiënt. Het beroepsgeheim wordt via deze EPD-wet buiten werking gesteld. De patiënt kan alleen in algemene zin bezwaar maken tegen het EPD. Dit laat overigens het recht van de patiënt om bepaalde informatie uit het EPD te weren onverlet.
10. Dit is bepaald in Boek 7:463 BW.
11. TK, 2007-2008, 31 466, nr. 3, p. 22.