

1999A

# Inzagerecht heroverwogen

Vroeger bewaarden artsen de ziektegeschiedenis van hun patiënten in hun hoofd. Dat was mogelijk omdat er niet zoveel feitelijkheden waren te onthouden: de slecht geheelde beenbreuk, de overleefde longontsteking, de tuberculose in de familie. Arts en patiënt leefden in een relatief kleine gemeenschap, waardoor het leren kennen van het leven van de patiënten als vanzelf ging. Niet iedereen beperkte zich tot een cerebraal memoriaal; er waren ook artsen die aantekeningen maakten in een met een gemarmerd papier en grijslijnen rug ingebonden koopmansboek, een soort logboek waarin de arts chronologisch zijn observaties, gedachten, overwegingen over patiënten aantekende.

Met de komst van de moderne geneeskunde was deze manier van gegevens onthouden al zeer snel verouderd; er ontstond een vloedgolf van gegevens, die niet meer alleen in de grijze cellen en in het grauwe boek kon worden opgeslagen. Het kaartsysteem deed zijn intrede. Een van de eerste activiteiten van het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap was de ontwikkeling van de patiëntenkaart; deze verwierf een ongekende populariteit. Specialisten ontwikkelden ook hun eigen kaartsysteem, hoewel de 'status' ook voor de oorlog al lang in gebruik was, zeker om didactische redenen. Geleidelijk aan is het karakter van deze aantekeningen veranderd. Als gevolg van de hand over hand toenemende specialisatie binnen de geneeskunde moesten artsen veelvuldig en tot in detail met elkaar over patiënten overleggen. Daarnaast noopten de ingewikkelde medisch-sociale voorzieningen tot een andersoortig overleg over patiënten.

De complexiteit van het totale medische hulpverleningsproces leidde aldus tot een uitvoerig overleg in de vorm van verwijzing, consultatie, informatie, expertise. De grondslag voor de inhoud van deze communicatie was en is gelegen in de aantekeningen die de arts over zijn patiënt maakt. Die aantekeningen zijn aanvankelijk een geheugensteuntje voor het vastleggen van feitelijke gegevens. Hoe belangrijk die vastlegging is blijkt niet zelden na een verwijzing: als een huisarts een verwijsbrief opstelt op grond van de hem bekende gegevens wordt de samenhang voor hem vaak pas dan helder en is de verwijzing daardoor soms niet meer nodig. Het schrijven van de verwijsbrief dwingt tot nadenken en tot ordening van tot dan onsamenhangende gegevens. Die ordening kan natuurlijk

**J. C. van Es**  
**Uit bezorgdheid voor de patiënt: inzage weigeren of toestaan?**

ook door een systematische werkwijze worden bereikt: ook zonder verwijzing wordt de ordening zichtbaar als er een diagnose is gesteld, maar dat vergt een zeer grote zelfdiscipline van de arts. Na de verwijzing wordt het dossier verrijkt met één en op den duur vele brieven van specialisten. De dossiers die door specialisten worden opgebouwd bestaan ook voor een deel uit de initiële notities en vervolgen uit informatie van laboratoria, functieafdelingen, oordelen van andere specialisten, psychologen, paramedici, pathologisch-anatomische verslagen en wat dies meer zij.

In een dossier bevinden zich naast die persoonlijke aantekeningen dus allerlei documenten die de resultaten van een bepaald onderzoek of van een specifieke behandeling bevatten of de resultaten van overleg, in welke vorm dit overleg ook is gevoerd. De inhoud van al deze documenten is per definitie aan meer dan één betrokkene bekend. Dit geldt ook voor rapporten die ten behoeve van keuringen en andere beoordelingen worden opgesteld. Een dergelijk dossier heeft een volstrekt ander karakter gekregen dan de louter persoonlijke aantekeningen van een arts, die in feite een verlengstuk vormen van het eigen geheugen. Mag een patiënt van dit alles kennis nemen? In principe kan men zeggen dat de informatie aan een patiënt zó moet zijn dat deze niet alleen zo volledig mogelijk op de hoogte wordt gesteld van zijn gezondheid en ziekte en alles wat daarmee samenhangt, maar ook dat deze, de patiënt, het gevoel heeft dat hij inderdaad optimaal wordt geïnformeerd. Daaraan schort het: *onbedoeld* omdat er te weinig tijd en aandacht aan die op de persoon gerichte voorlichting wordt besteed, maar ook omdat soms *bewust* informatie aan een patiënt wordt onthouden, als de arts die informatie als schadelijk voor de patiënt beoordeelt. Het is volstrekt begrijpelijk dat informatie die om welke reden dan ook onvolledig is, weerstanden oproept.

Het is voor veel mensen een onverdraaglijke gedachte dat er over hun hoofd heen informatie die zij niet kennen wordt uitgewisseld. De wens om die informatie te toetsen door de gegevens die men uitwisselt zelf aan een oordeel te onderwerpen komt dan op. Het ligt in de bedoeling van komende wetsontwerpen dat patiënten het recht hiertoe wordt verleend. Men leze in dit nummer (blz. 431) het artikel van de hand van Mw. Mr. W. R. Vroom-Kastelein.

Wat mogen patiënten van artsen weten? Uitgangspunt dient te zijn dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, die de grondslag en de voorwaarde is voor een goede hulpverlening, een wederzijds vertrouwen vereist. Wie als patiënt het gevoel heeft dat de arts iets voor hem achterhoudt, voelt zich in zijn vertrouwen aangetast, ongeacht het feit of de arts inderdaad informatie achterhoudt. Nog afgezien van de rechten van de patiënt, is het in zulke gevallen van veel betekenis voor de hulpverlening dat het vertrouwen wordt hersteld. Hiervoor zijn soms 'bewijzen' nodig die alleen kunnen worden geleverd via inzage in het eigen dossier. Daartegen kunnen bezwaren worden geopperd: het eigen belang van de patiënt. Het is echter zeer de vraag of zo'n argument in een situatie waarin een gebrek aan vertrouwen bestaat, het wantrouwen niet eerder aanwakkert dan afremt (zie hierover het artikel van de Cliëntenbond op blz. 436).

Uit bezorgdheid voor de patiënt kan men inzage weigeren of slechts via een ander toestaan; uit bezorgdheid kan men echter óók kiezen voor inzage bieden. Als men de laatste gedragslijn kiest heeft men het bijkomende voordeel niet de verdenking op zich te laden dat men iets te verbergen heeft. Een negatief effect op de patiënt kan men verwachten van waardeoordelen, maar die horen dan ook niet in een dossier thuis.

Wel of geen wet: zou het geven van inzage niet de normale gedragslijn moeten zijn? De persoonlijke aantekeningen van de arts, het verlengstuk van zijn geheugen, de deliberaties die later tot conclusies kunnen leiden, maar die nog ongeordend zijn – die behoren de arts toe. Het nog ongeordend zijn van de aantekeningen maakt ze ook grotendeels toegankelijk voor anderen. Maar deze persoonlijke notities horen dan ook niet in het dossier van de patiënt! Misschien moet iedere arts weer een koopmansboek met linnen rug en een gemarmerd kaft aanschaffen om er zijn persoonlijke notities in op te schrijven. □