

De juridische gevolgen van het EPD voor u en uw dokter

Bojan P. Dekker en Aart Hendriks¹

HET LANDELIJK ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER (EPD) WORDT, ALS HET AAN DE MINISTER VAN VWS LIGT, IN 2010 INGEVOERD. PATIËNTENORGANISATIES ZIJN – AL DAN NIET DANKZIJ EXTRA SUBSIDIES VAN DE MINISTER – ENTHOUSIAST; ZORGAANBIEDERS ZIJN MINDER OVERTUIGD VAN DE HEILZAME WERKING VAN DIT SYSTEEM. DE DISCUSSIE IS TOT NU TOE VOORAL GEGAAN OVER VEILIGHEIDS- EN PRIVACYRISICO'S. MAAR WAT ZIJN DE JURIDISCHE IMPLICATIES VAN HET EPD VOOR PATIËNTEN EN HULPVERLENERS? EEN ANALYSE AAN DE VOORAVOND VAN DE BEHANDELING VAN HET WETSVORSTEL DOOR DE EERSTE KAMER.

De invoering van het EPD verbetert de kwaliteit en vergroot de doelmatigheid van de zorg. Patiënten hoeven dankzij dit systeem niet telkens hun verhaal te herhalen. Het jaarlijkse aantal van 19 000 vermijdbare ziekenhuisopnames en 1200 doden als gevolg van medicatiefouten zullen bovendien fors afnemen. Althans, dat waren de argumenten van de minister bij de indiening van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer.² Wie kan er tegen zo'n systeem zijn?

Op 1 november 2008 stuurde de minister alle huishoudens in Nederland dan ook een brief waarin de zegeningen van het EPD werden uitgelegd.³ Mensen die daarvan niet wensten te profiteren, konden binnen zes weken bezwaar maken – een staatsrechtelijke bijzonderheid, nu het wetsvoorstel op dat moment nog aanhangig was bij de Tweede Kamer.

Een jaar later worden nut en noodzaak van een landelijk EPD door velen betwijfeld. Daarnaast bestaan er zorgen over de veiligheid en betrouwbaarheid van het systeem, de privacy van de deelnemers en de kosten voor zorgaanbieders. Ook de aansprakelijkheidsrisico's van het EPD roepen vragen op.⁴ Voor de Eerste Kamer reden om het wetsvoorstel kritisch tegen het licht te houden. Terecht, zoals wij hieronder betogen. De juridische gevolgen van de EPD-wet voor patiënten en artsen zijn namelijk niet onverdeeld gunstig. Na een schets van het wetsvoorstel en de EPD-systematiek, gaan wij hierna in op de juridische gevolgen voor de praktijk.

1. EPD

1.1 Achtergrond

De overgang van papieren naar geautomatiseerde patiëntendossiers vormde de opmaat voor proeven met digitale gegevensuitwisseling op lokaal niveau. Daarop drong de vraag zich op of er een landelijke 'informatiesnelweg' moest komen. Zorgaanbieders zouden aldus op alle uren van de dag de vastgelegde patiëntgegevens kunnen raadplegen.⁵ Het idee was dat hieraan voor alle partijen voordelen waren verbonden, variërend van snelheid, kwalitatief betere zorg en kostenbesparing.⁶ De overheid heeft tal van pilots en experimenten gestimuleerd. Het huidige kabinet heeft besloten dat er 'uiterlijk in 2009' een landelijk EPD wordt ingevoerd.⁷

De regering diende op 20 mei 2008 het voorstel tot Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de

Auteurs

1. Mr. B.P. Dekker is advocaat te Amsterdam. Prof. mr. A.C. Hendriks is hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden/LUMC en medewerker van dit blad.

Noten

2. Kamerstukken II 2007/08, 31 466,

nr. 3.

3. www.minvws.nl/brieven/meva/2008/brief-elektronisch-patientendossier.asp.

4. Onderzoek Consumentenbond, www.consumentenbond.nl/actueel/nieuws/nieuwsoverzicht_2009/misbruik_privagegevens1.

5. RVZ, *Informatietechnologie in de zorg* (advies 96/09), Zoetermeer 1996.

Alleen een medische beroepsbeoefenaar met een behandelrelatie mag zichzelf, na toestemming van de patiënt, toegang verschaffen tot het EPD

zorg in verband met de elektronische informatie-uitwisseling in de zorg (hierna: EPD-wet) in.⁸ Het burgerservicenummer (BSN), een eenduidig persoonsnummer, zal bij de uitwisseling van patiëntgegevens via het EPD een essentiële rol spelen.

Nadat de Tweede Kamer het wetsvoorstel op 19 februari 2009 met ruime meerderheid aannam, ligt het thans voor in de Eerste Kamer. De Commissie VWS van de Eerste Kamer besloot op 8 september 2009 de nadere behandeling van het wetsvoorstel op te schorten tot een deskundigenbijeenkomst, te houden op 9 december 2009. Het lot van de EPD-wet is dus nog niet bezegeld.

1.2 Het voorgestelde EPD

Wat is nu eigenlijk het landelijk EPD? Het door de regering voorgestelde EPD is geen grote databank waarin patiëntgegevens centraal worden opgeslagen, maar een koppelinginfrastructuur met behulp waarvan patiëntgegevens kunnen worden opgespoord en opgevraagd. Het EPD toont niet het volledige medische dossier, maar een selectie

daarvan: indexgegevens en een zogenoemde professionele samenvatting.

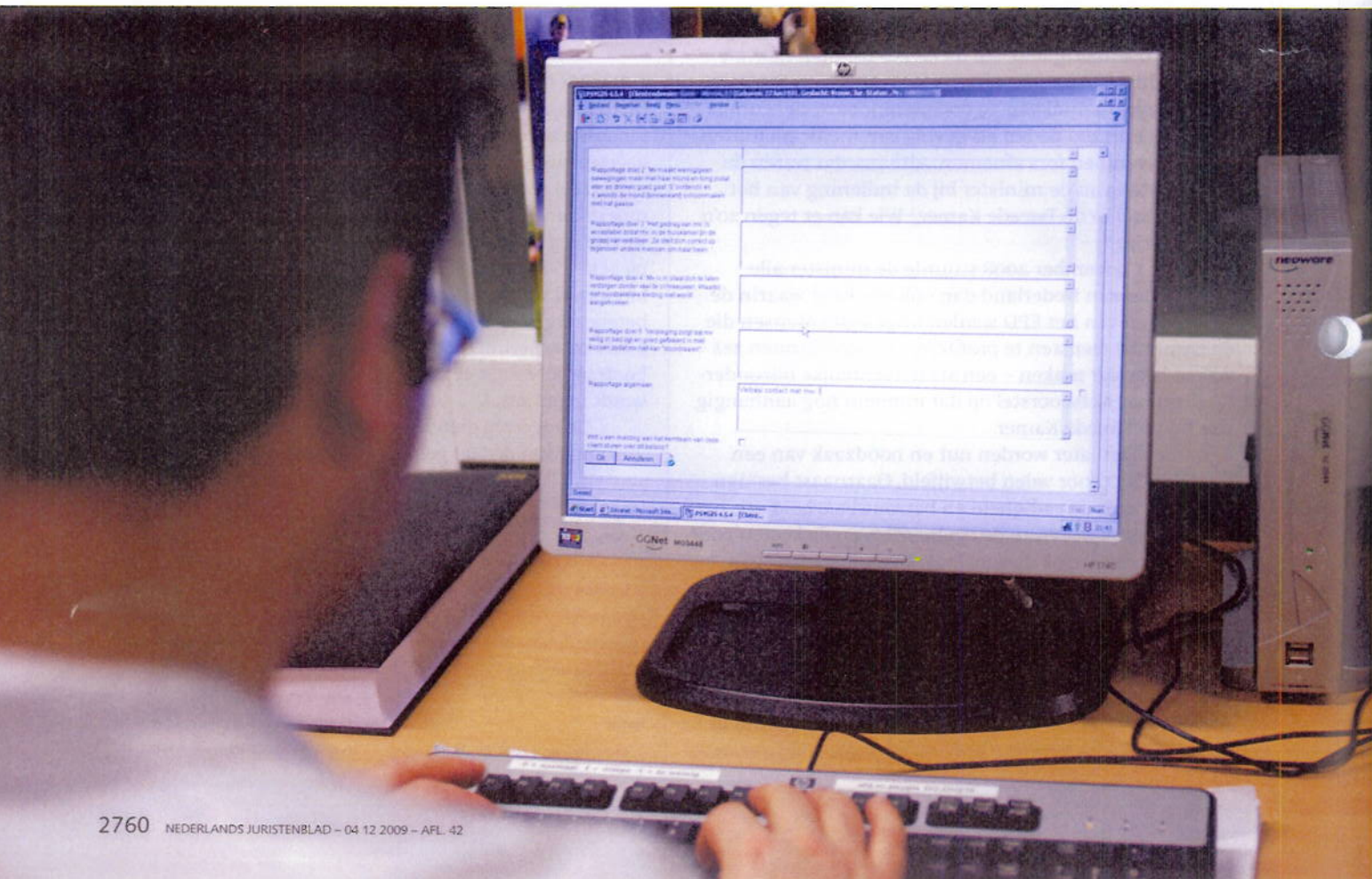
Alleen een medische beroepsbeoefenaar met een behandelrelatie mag zichzelf, na toestemming van de patiënt, toegang verschaffen tot het EPD. Daartoe moet de hulpverlener in het bezit zijn van een UZI-pas⁹ en dient de benodigde hard- en software geïnstalleerd te zijn. Als aan deze voorwaarden is voldaan kan de hulpverlener via de landelijke verwijsindex, een door het landelijk schakelpunt beheerde database, door andere hulpverleners aangelegde professionele samenvattingen raadplegen. Raadplegingen in het EPD (*loggings*) zijn traceerbaar, controleerbaar en dus sanctioneerbaar.

Het is de bedoeling dat in eerste instantie het Elektronisch Medicatiedossier (toegankelijk voor apothekers, huisartsen en medisch specialisten) en het Waarneem-dossier Huisartsen (toegankelijk voor huisartsen) worden ingevoerd. In een later stadium zal een groot aantal andere hoofdstukken aan het EPD worden toegevoegd (met wel-luidende titels als e-Spoed, e-Lab, e-Pathologie, e-Radiologie en e-Diabetes).

2. Rechten van u en plichten voor uw dokter

2.1 Patiënt

De EPD-wet bouwt qua patiëntenrechten voort op de wettelijke regeling inzake de geneeskundige behandelings-overeenkomst (WGBO).¹⁰ Tegelijkertijd zijn er ook verschillen. Patiëntenrechten in deze regeling zijn (uiteraard) civielrechtelijk van aard; de EPD-wet is een publiekrechtelijke regeling. De WGBO spreekt van 'patiënt'; de EPD-wet van 'cliënt' (maar weer wel van 'patiëntgegevens'). Het is



een misvatting te denken dat de regering met deze terminologische verandering vooruitloopt op de integratie van alle patiëntenrechten in de toekomstige Wet cliëntenrechten zorg (WCZ).¹¹ Uit antwoorden op Kamervragen moet worden opgemaakt dat de WCZ een *lex specialis* vormt.¹²

Van belang is vooral in hoeverre de EPD-wet spoort met WGBO-patiëntenrechten. Net als thans het geval is komt aan deelnemers van het EPD het recht toe op inzage in het dossier (art. 7:456 BW) en op (gedeeltelijke of volledige) vernietiging (art. 7:455 BW). Ook onder de EPD-wet geldt dat op de hulpverlener de plicht rust gegevens gedurende vijftien jaar te bewaren (art. 7:454 BW), dat het hem is verboden patiëntgegevens zonder toestemming aan derden te vertrekken (art. 7:457 BW) en dat hij zijn aansprakelijkheid niet kan beperken of uitsluiten (art. 7:463 BW).

De EPD-wet kent patiënten ook nieuwe rechten toe. Allereerst voorziet deze wet in het recht op bezwaar tegen deelname aan het EPD; de minister koos voor dit systeem – dat haaks staat op de Wet orgaandonatie – vanwege de noodzaak en het maatschappelijk belang van het EPD¹³ en de rechten van de patiënt.¹⁴ Een patiënt komt daarnaast het recht toe toestemming te weigeren voor het raadplegen van zijn EPD-gegevens. De EPD-wet voorziet voorts in het recht op inzage in de professionele samenvattingen, indexgegevens en *loggings*. Patiënten komt ook het recht toe op (gedeeltelijke of algehele) vernietiging dan wel afscherming van indexgegevens en patiëntgegevens.

Geconcludeerd moet worden dat de EPD-wet de patiënt een aantal waarborgen biedt, althans beoogt te bieden, waarmee zeggenschap wordt gehouden over zijn medische gegevens. Dit vereist (wel) enige mondigheid en technisch vernuft zijdens de patiënt. De EPD-wet laat in het midden wat de rechten van de patiënt zijn indien EPD-gegevens in verkeerde handen vallen.

2.2 Arts

Ook wat betreft de plichten van de arts vormt de WGBO-regeling het aangrijpingspunt. Naar analogie van de informatieplicht (art. 7:448 BW) legt de EPD-wet op artsen – volgens deze wet 'zorgaanbieder' en in specifieke gevallen 'beroepsbeoefenaar' – de verplichting patiënten te informeren over het EPD en te wijzen op de mogelijkheid van bezwaar. Daarnaast is de arts gehouden de patiënt desgevraagd inzage te verschaffen in zijn EPD-gegevens en inzage in het gebruik daarvan en hem de mogelijkheid te bieden gegevens geheel of gedeeltelijk te vernietigen dan wel af te schermen.

Artsen zijn verplicht tot deelname aan het EPD en het bijbehorende informatiseringssysteem. Zij moeten bij de landelijke verwijsindex melden dat zij in het bezit zijn van patiëntgegevens. Dit veronderstelt dat artsen in het bezit zijn van een UZI-pas en bijbehorende apparatuur,

Duidelijk is dat de EPD-wet voor artsen diverse nieuwe verplichtingen bevat. Het takenpakket en de verantwoordelijkheden van artsen worden daarmee uitgebreid

deze kunnen bedienen en de soft- en hardware up-to-date houden.

Artsen zijn daarnaast gehouden tot het aanleggen en bijhouden van indexgegevens en professionele samenvattingen. Dit laatste omvat meer handelingen dan het inrichten van een patiëntendossier, waartoe art. 7:454 BW thans verplicht. En een elektronisch dossier betekent meer dan een extra technische handeling; de zorgaanbieder zal zijn organisatie moeten inrichten op de nieuwe eisen¹⁵ en dat moeten doen in overeenstemming met vigerende NEN-normen. Gegevens in het EPD zullen door de hulpverlener bovendien binnen 24 uur ('of zoveel sneller als nodig is voor het verlenen van goede zorg') moeten worden geactualiseerd.¹⁶

De EPD-wet laat zich niet uit over de plicht van artsen tot raadpleging van elders aangelegde professionele samenvattingen. Dat wordt kennelijk aan het professioneel oordeel van de arts overgelaten.

Duidelijk is dat de EPD-wet voor artsen diverse nieuwe verplichtingen bevat, plichten die deels voortbouwen op bestaande patiëntenrechten, en deels van technische en organisatorische aard zijn. Het takenpakket en de verantwoordelijkheden van artsen worden daarmee uitgebreid.

2.3 Aansprakelijkheid artsen

De invoering van het EPD roept tal van aansprakelijkheidsvragen op. De minister heeft zich hierover vooraf laten adviseren door een groep Tilburgse onderzoekers.¹⁷ Conclusie van het onderzoek was, dat de aansprakelijkheidsrisico's 'grotendeels gelijk zijn aan de reeds bestaande risico's.' Het EPD kan leiden tot incidentele gezondheidsschade door onjuiste of ontbrekende gegevens en tot privacy schade in geval van een beveiligingslek. De hulpverlener zal bij omgang met het EPD zorgvuldig moeten handelen en is aansprakelijk wanneer hij daarbij een fout maakt. Aan artsen werd het volgende, allesomvattende advies meegegeven: 'Uiteindelijk kan aansprakelijkheid het beste worden

Noten

6. M.M. Groothuis, 'Het elektronisch patiëntendossier in een veellagige rechtsorde', in: A.C. Hendriks & H.-M.Th.D. ten Napel (red.), *Volksgezondheid in een veellagige rechtsorde*, Alphen a/d Rijn: Kluwer 2007, p. 263-273.
7. Coalitieakkoord, www.regering.nl/dsc?

c=getobject&s=obj&objectid=74638.

8. *Kamerstukken II* 2007/08, 31 466, nr. 1-3.
9. Unieke zorgverleners identificatie.
10. Boek 7, titel 7, afdeling 5 BW.
11. F.C.B. van Wijnen, 'Simpeler en beter. Over vereenvoudiging en verbetering van wetgeving betreffende patiëntenrechten',

NJB 2009, 1780, afl. 36, p. 2338-2344.

12. *Kamerstukken I* 2008/09, 31 466, nr. C, p. 17-18.
13. *Kamerstukken II* 2007/08, 31 466, nr. 3, p. 9.
14. *Kamerstukken II* 2007/08, 31 466, nr. 10, p. 5.
15. J. Aarts, 'Gedrag van professional

verandert niet zo maar door EPD', *NRC Handelsblad* 16 december 2008.

16. *Kamerstukken II* 2007/08, 31 466, nr. 50.
17. J.M. Barendrecht, M.F.M. van den Berg, T.F.E. Tjong Tjin Tai & C.B.M.C. Zegveld (red.), *Aansprakelijkheden rond het EPD*, Den Haag 2008.

voorkomen door te zorgen dat er niets misgaat.¹⁸

In mei 2009 berichtte de Consumentbond dat er onduidelijkheid bestond over de vraag wie aansprakelijk is wanneer informatie uit het EPD in verkeerde handen valt.¹⁹ De minister liet weten dat die conclusie onjuist was; de zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de verwerking van gegevens in het eigen zorginformatiesysteem, terwijl het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) verantwoordelijk wordt voor het beheer van het landelijk schakelpunt.²⁰ De minister had de Tweede Kamer eerder al laten weten dat aansprakelijkheden na invoering van het EPD niet wezenlijk zouden verschillen met de bestaande situatie.²¹

Wij zijn, met anderen,²² van mening dat die conclusie, mede in het licht van de hierboven gesignaleerde uitbreiding van plichten en verantwoordelijkheden voor artsen, onjuist is. We baseren dat op het volgende.

Een arts moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en dient in overeenstemming te handelen met de verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de geldende professionele standaard. De professionele standaard kan worden gedefinieerd als het geheel van kennis, regels en normen waaraan een hulpverlener is gehouden, blijkend uit opleiding(seisen), inzichten uit de praktijk, wetenschappelijke literatuur, protocollen, gedragsregels, vaardigheden, wettelijke bepalingen en jurisprudentie. Het EPD zorgt volgens ons tot een uitbreiding van de bestaande professionele standaard: het EPD leidt voor de hulpverlener tot extra handelingen (en dus tot extra risico's) en het EPD introduceert extra schakels (en dus extra risico's).

De hulpverlener kan zonder ICT-leveranciers en zorgserviceprovider geen EPD-gegevens uitwisselen. De Tilburgse onderzoekers hebben de minister laten weten dat hulpverleners aansprakelijk zijn voor fouten van deze hulpverleners, maar niet voor fouten van anderen (waaronder de beheerder van het landelijk schakelpunt). Ook volgens de Hoge Raad mag de kring van hulpverleners niet te ruim worden getrokken: art. 6:76 BW is alleen van toepassing op personen van wiens hulp gebruik is gemaakt bij de uitvoering van de verbintenis ten aanzien waarvan de aansprakelijkheid in het geding is.²³

Bij haperende techniek zal de patiënt doorgaans de hulpverlener aansprakelijk stellen. Het is de hulpverlener op grond van art. 7:463 BW niet toegestaan om zijn aansprakelijkheid jegens patiënten te beperken of uit te sluiten. In geval van een regresactie zal de hulpverlener echter worden geconfronteerd met in de ICT-branche gebruikelijke exoneratiebedingen. De Tilburgse suggestie dat hulpverleners bij contractonderhandelingen daarop moeten anticiperen, getuigt van weinig realiteitszin, althans wij zien niet waarom ICT-leveranciers en zorgproviders de zo zorgvuldig dichtgetimmerde deur naar aansprakelijkheid weer open zouden zetten.

De hulpverlener is uiteraard al aansprakelijk voor fouten van ondergeschikten (art. 6:170 BW), maar de kans dat ondergeschikten fouten maken wordt met het EPD groter: ondergeschikten moeten immers eveneens meer handelingen verrichten, waardoor de kans op onjuistheden toeneemt. Assistenten en triagisten, die aan indicatiestelling en urgentiebepaling doen, krijgen een UZI-medewerkerstatus die onder verantwoordelijkheid van de hulpverlener toegang geeft tot het EPD.²⁴

De hulpverlener is uiteraard al aansprakelijk voor fouten van ondergeschikten, maar de kans dat ondergeschikten fouten maken wordt met het EPD groter

Het lijkt bovendien de bedoeling te zijn dat artsen, meer dan thans het geval is, vertrouwen op informatie van andere hulpverleners, in die zin dat de professionele samenvatting van anderen (een deel van) de eigen anamnese vervangt. Fouten en onvolledigheden in de professionele samenvatting van de ene hulpverlener kunnen niet worden toegerekend aan de arts die het EPD raadpleegt. Dat kan anders zijn in geval van onjuiste interpretatie van EPD-gegevens; de kans daarop is reëel door het (beknopte) karakter van de professionele samenvatting.

Indien bij de uitvoering van een overeenkomst gebruik wordt gemaakt van hulpzaken die daartoe ongeschikt zijn, kan de tekortkoming die daardoor ontstaat op grond van art. 6:77 BW worden toegerekend aan de schuldenaar. De kans is echter klein dat artsen aansprakelijk zijn voor schade die ontstaat door haperende EPD-software of -hardware. Uit de parlementaire geschiedenis volgt namelijk dat voor geneeskundige behandelingsovereenkomsten een uitzondering geldt op de hoofdregel van art. 6:77 BW, nu aansprakelijkheid van de producent of leverancier van de hulpzaak meer voor de hand ligt dan aansprakelijkheid van de hulpverlener.²⁵ Uit de (beperkte) jurisprudentie over dit onderwerp volgt min of meer hetzelfde.²⁶

De patiënt zal zich derhalve moeten wenden tot de ICT-leverancier, die zich ongetwijfeld zal beroepen op exoneratieclausules in algemene voorwaarden. Een dergelijk beding zal snel onredelijk bezwarend zijn (omdat de patiënt daarvan geen kennis heeft kunnen nemen en niet behoefde te begrijpen dat dat beding de strekking had vergoeding van schade wegens letsel of schending van privacy uit te sluiten). Geen man overboord voor de ICT-leverancier: hij kan zijn aansprakelijkheid volgens de Tilburgse onderzoekers 'het eenvoudigst beperken door uiterste zorgvuldigheid te betrachten bij het vervaardigen en onderhouden van de software'.²⁷

3. Overige bijzonderheden

Bij deze juridische overpeinzingen vergeten wij bijna de vraag waarom de regering kiest voor deze (wetgevings) operatie. Er zijn momenteel tal van regionale EPD's en van een noodzaak tot invoering van een landelijk EPD is niet gebleken. Toegegeven, de rechten en plichten van patiënt en arts zijn bij regionale EPD's allesbehalve helder.²⁸ Maar rechtvaardigt dat de invoering van een landelijk EPD?

De stelling van de minister dat ziekenhuisopnamen kunnen worden voorkomen en sterfgevallen fors zullen verminderen, is gebaseerd op het HARM-onderzoek.²⁹ Wij betwijfelen of deze cijfers, die alleen betrekking hebben op

ziekenhuizen, wel zo eenduidig zijn. Bovendien wordt er gemakshalve vanuit gegaan dat er geen ziekenhuisopnamen en sterfgevallen bijkomen door fouten in of problemen met het EPD.

Veelbetekenend is voorts dat 31% van de artsen afgelopen voorjaar reeds bezwaar had gemaakt tegen EPD-deelname en dat 25% overwoog dat alsnog te doen.³⁰ De hoofdredacteur van *Medisch Contact* verklaarde het opmerkelijke verschil in vertrouwen in het EPD tussen patiënt en hulpverlener als volgt: 'Je zou het kunnen vergelijken met een kok die weet hoe het er in de keuken aan toegaat, en daardoor niet in zijn eigen restaurant wil eten.'³¹

Anders dan de minister suggereert, kan evenmin worden gezegd dat zijn voorstellen worden omarmd door de beroepsverenigingen. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft bij herhaling haar bezorgdheid uitgesproken en laten weten dat de minister niet op de goede weg is.³² Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft laten weten dat het niet verantwoord is op korte termijn te werken met een EPD zoals de minister dat voor ogen heeft.³³

Inmiddels is er een akkoord in de maak tussen de minister, KNMG en LHV. Daarbij spreken de partijen af dat de regionale uitwisseling van patiëntgegevens onderdeel van het landelijk EPD wordt.³⁴ 'Tegenprestatie is dat de LHV haar achterban zal overtuigen om het landelijk EPD te steunen.'³⁵

Anders dan van artsen(organisaties) heeft de minister niets te vrezen van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Deze (koepel)organisatie liet al in een vroegtijdig stadium weten dat zij 'een belangrijke aanjaagrol [wil] spelen om de mogelijkheden van het landelijk EPD te vergroten.'³⁶ Afgelopen zomer riep de NPCF lidorganisaties op 'om, indien er tendentieuze berichten in de media verschijnen, het belang en de wenselijkheid van het EPD te ondersteunen'.³⁷ Toeval of niet, de NPCF ontving van dezelfde minister in drie jaar tijd ongeveer twee miljoen euro aan subsidies bestemd voor projecten in verband met de introductie van het EPD. Deze projectsubsidie kwam bovenop de reguliere miljoenensubsidies die het NPCF van de minister ontvangt via het Fonds PGO³⁸ en de subsidie van bijna een kwart miljoen euro voor een interim-directeur, nadat de NPCF-directeur was overgestapt naar... het Ministerie van VWS.³⁹

4. Unhappy end

Tijd voor een afronding. Waar het EPD bedoelt fouten te doen afnemen, maken de extra handelingen van de hulpverlener en de additionele schakels, dat er risico's ontstaan op (andere) fouten. Voor artsen leidt het EPD daardoor tot nieuwe aansprakelijkheidsrisico's. Patiënten zullen veelal de hulpverlener kunnen (blijven) aanspreken. Dat laat onverlet dat de EPD-wet de rechten van patiënten en plichten van artsen niet in alle opzichten (helder) regelt.

De stelling van de minister dat met het EPD enorme gezondheidswinst valt te behalen, is nauwelijks onderbouwd. Gemakshalve gaat de minister voorbij aan mogelijke gezondheidsschade door het EPD, mede nu patiënten het recht hebben naar believen gegevens uit de professionele samenvatting te verwijderen of af te schermen. Als gevolg daarvan kan een arts niet vertrouwen op die gegevens en doet hij er, net als hij altijd al deed, verstandig aan intercollegiaal te blijven overleggen om een goed beeld te krijgen van de patiënt en diens hulpvraag.

Nadelen van het maken van bezwaar tegen deelname aan het EPD zijn er volgens ons niet of nauwelijks. In spoedeisende situaties zal de hulpverlener direct ingrijpen en pas later het dossier raadplegen, al dan niet in digitale vorm. In niet-spoedeisende situaties maakt de professionele standaard ook nu al dat de hulpverlener gehouden is het dossier te raadplegen, met dien verstande dat hij dan het brondossier zal inzien en niet (slechts) de professionele samenvatting bekijkt. In niet-spoedeisende situaties zal de patiënt bovendien zelf informatie kunnen verstrekken aan de hulpverlener. De vraag is derhalve wat het EPD toevoegt aan de thans bestaande situatie.

Het zal niet verbazen dat wij bezwaar maakten. En artsen? Aan hen het advies hun beroepsaansprakelijkheidsverzekering te controleren en patiënten erop te wijzen weinig heilzame werking te verwachten van het EPD. •

**Voor artsen leidt het EPD tot
nieuwe aansprakelijkheidsrisico's.
Aan hen het advies hun**

Noten

18. Nieuwsbrief EPD 12 juni 2008, www.minvws.nl/nieuwsbrieven/meva/2008/nieuwsbrief-epd-juni-2008.asp.

19. Zie www.consumantenbond.nl/actueel/nieuws/nieuwsoverzicht_2009/misbruik_privé_gegevens1.

20. *Aanhangsel Handelingen II*, nr. 3119.

21. *Kamerstukken II* 2007/08, 27 529, nr. 38.

22. J. Meyst-Michels & S. Tiems, 'Meer schadeclaims door EPD', *Medisch Contact* 2009, p. 991-994; J. Simons, 'Invoering EPD leidt tot wijziging aansprakelijkheidsrisico's', *ICTzorg.com* 1 februari 2009, www.ictzorg.com/epd-ecd/article/2336/

opinie-invoering-epd-leidt-tot-wijziging-aansprakelijkheidsrisico's

23. HR 14 juni 2002, *NJ* 2002, 495.

24. *Kamerstukken II* 2007/08, 31 466, nr. 21.

25. MvA, Parl. Gesch., boek 6, p. 271-272 en *Kamerstukken II* 1989/90, 21 561, nr. 3.

26. Hof Amsterdam 7 januari 1988, *TvGR* 1989, 99, Hof Arnhem 27 juni 2000, *VR* 2002, 112.

27. Barendrecht e.a. 2008, p. 21 (noot 17).

28. CBP-onderzoek naar regionale EPD's, www.cbweb.nl/documenten/pb_20090527_reg_epd.shtml.

29. *Hospital Admissions-Related to Medication*, www.harm-onderzoek.nl/.

30. M. Katzenbauer, 'Te vroeg voor landelijk EPD', *Medisch Contact* 2009, p. 880-883.

31. B. Crul, 'Geen draagvlak', *Medisch Contact* 2009, p. 875.

32. L. Wigersma & A. Nieuwenhuijzen Kruseman, 'Het EPD: feiten en misverstanden', *Medisch Contact* 2009, p. 957.

33. D. de Boer & S. Reuling, 'Klink rijdt gevaarlijke schaats met Elektronisch Patiënten Dossier', *NRC Handelsblad* 12 november 2008.

34. www.ictzorg.com/epd-ecd/nieuw/3199/zorgverleners-en-vws-eens-

over-invoering-epd.

35. 'Regionale uitwisseling in EPD', *Medisch Contact* 2009, p. 1854.

36. Brief NPCF aan Minister VWS 14 december 2006, www.npcf.nl/images/stories/dossier/EPD/2006-888%20subsidie-aanvraag%20zorgconsument%20en%20ict%202007.pdf.

37. J. Bouma, 'De lange arm van Klink', *Trouw* 12 september 2009.

38. www.weblogs.nrc.nl/opklaringen/index.php?s=npf.

39. *Aanhangsel Handelingen II* 2008/09, nr. 3302 en *Aanhangsel Handelingen II* 2008/09, nr. 3303.