



De inhoud van het patiëntdossier de wettelijke verplichtingen

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) verplicht de behandelaar om een dossier in te richten voor elke patiënt die hij behandelt. Het primaire doel van de dossierplicht is een goede hulpverlening aan de patiënt. Een actueel en zorgvuldig bijgehouden dossier is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt. De gegevens dienen leesbaar en (elektronisch) overdraagbaar te zijn.

Inleiding

In [het kwaliteitsbeleid van de LVVP](#) staat verwoord aan welke eisen goede dossiervoering dient te voldoen. De kwaliteitscriteria zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving zoals beleidsregels, beroepscode, kwaliteitsstatuut, AVG, Wkkgz et cetera. De LVVP legt uiteraard geen nieuwe verplichtingen op, maar maken bestaande verplichtingen inzichtelijk en behapbaar voor onze leden. De [KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens](#) is ook een nuttige bron van informatie.

De volgende informatie en stukken behoren tot het patiëntdossier

- ✓ Personalía en andere voor de behandeling relevante gegevens. Noteer het bsn; u mag geen kopie maken van het legitimatiebewijs van de patiënt.
- ✓ Informatie over medicijngebruik, inclusief relevante medicatiehistorie.
- ✓ Relevante achtergrondinformatie. Denk aan informatie die de patiënt met u deelt over eerdere behandelingen die relevant zijn voor de behandeling nu.
- ✓ Een notitie van de duur van de aanmeldingswachttijd voorafgaand aan de behandeling.
- ✓ De verwijfsbrief.
- ✓ Toestemming van de patiënt over informatie aan de verwijfs en/of andere derden (denk ook aan intercollegiaal overleg). Van mondelinge toestemming wordt een aantekening gemaakt in het patiëntdossier. Let op: een eenmalige toestemmingsverklaring bij de start van de behandeling volstaat niet. Voor elk contact met de verwijfs moet opnieuw toestemming gevraagd worden aan de patiënt.
- ✓ Toestemming van de patiënt om zijn/haar patiëntdossier te gebruiken voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, denk aan de inzage door collega's voor de LVVP-visite.*
- ✓ Intake, diagnostiek inclusief antwoorden en uitkomsten van vragenlijsten zorgvraagtypering met de HoNOS+-vragenlijst en het gekozen zorgvraagtype, indicatiestelling, psychodiagnostisch onderzoek, diagnose en dsm-classificatie, en uitkomsten van vragenlijsten waarmee de effectiviteit van de behandeling wordt geëvalueerd.
- ✓ Het zorglabel (alleen in de generalistische basis-ggz): kort, middel, intensief of chronisch
- ✓ Het behandelplan -met eventuele latere bijstellingen en tussenevaluaties op basis van de HoNOS+-vragenlijst en evt. andere vragenlijsten- en de mondelinge of schriftelijke instemming van de patiënt met het behandelplan. Indien beide partijen niet tot overeenstemming komen over het behandelplan, dient de behandelaar dit in het dossier vast te leggen. U kunt dan niet verder met behandelen en dit is de reden voor afsluiten van de behandeling.
- ✓ Vermelding van de redenen van het afwijken van voor de beroepsgroep geldende kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen.
- ✓ Gegevens over het verloop van de behandeling: per behandelsessie maakt de behandelaar een kort behandelverslag voor het dossier. Hij/zij dient zodanig aantekeningen bij te houden (en te bewaren) dat hij/zij de voortgang van de behandeling op adequate wijze kan waarborgen en dat hij/zij zo nodig rekenschap over de behandeling kan afleggen.

- ✓ NB: persoonlijke werkaantekeningen horen niet in het dossier thuis. Zie verder het kopje 'Wat hoort niet in het dossier?'
- ✓ De behandelaar corrigeert die gegevens in het dossier, waarvan de patiënt aannemelijk maakt dat ze onjuist zijn, onvolledig, of niet ter zake doen, gezien de doelstelling van het dossier en voor zover deze op de patiënt betrekking hebben.
- ✓ Op verzoek van de patiënt worden door de patiënt opgestelde notities met diens opvattingen over de diagnose, behandeling en/of de professionele relatie in het dossier opgenomen.
- ✓ Indien nodig wordt er, steeds met toestemming van de patiënt, tussentijds gerapporteerd naar de verwijzer en worden eventueel andere professionals ingeschakeld. De toestemming(en) wordt/worden vastgelegd in het dossier.
- ✓ De behandelaar noteert in het dossier het tijdstip, de aard en toedracht van incidenten, calamiteiten en fouten die gedurende de behandeling plaatsvinden en die voor de patiënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben, en de namen van de betrokkenen. De behandelaar maakt tevens aantekening van de mededeling aan de patiënt van de aard en toedracht van het incident.
- ✓ Indien van toepassing: de ingevulde privacyverklaring of een kopie daarvan.
- ✓ Conclusies van de eindevaluatie, gegevens over nazorg en verwijzing, (afschriften van) alle verzonden en ontvangen correspondentie in het kader van de behandeling.
- ✓ Toestemming van de patiënt voor rapportage aan de verwijzer c.q. de huisarts: mondelinge instemming is voldoende, mits de behandelaar de patiënt het behandelplan of de brief aan de verwijzer of de huisarts vooraf laat lezen en vraagt of hij/zij zich hierin kan vinden. Het feit dat de brief met de patiënt is doorgenomen en hij daarna toestemming heeft gegeven voor verzending hiervan wordt genoteerd in het dossier. Zie ook [dit artikel](#) ter toelichting.
- ✓ Bij een langer durende behandeling geeft de behandelaar, mits de patiënt er toestemming voor heeft gegeven, de verwijzer aan het einde van elk behandeljaar een beknopte voortgangsrapportage.
- ✓ Vanaf 1 januari 2020 wordt het medisch dossier 20 jaar bewaard, gerekend vanaf het moment dat de laatste wijziging in het dossier is aangebracht (behalve als sprake is van een uitzondering). Dit geldt ook met terugwerkende kracht voor dossiers die al eerder zijn gemaakt.
- ✓ De beslissing tot afronding van de behandeling vindt plaats in overleg met de patiënt en wordt vastgelegd in het dossier. Tevens evalueert de behandelaar met de patiënt aan de hand van het behandelplan of de doelen zijn behaald. Zowel het besluit tot afronding, de conclusies van de evaluatie als de eventueel getroffen maatregelen worden in het dossier vastgelegd.
- ✓ De praktijk beschikt over een beveiligde opslagfaciliteit voor (het archief van) patiëntdossiers; de behandelaar dient papieren dossiers in een af te sluiten dossierkast op te bergen en digitale dossiers in een beveiligde computer. De geheimhouding van de inhoud van het dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en van derden zijn zoveel mogelijk verzekerd.
- ✓ De behandelaar treft maatregelen voor het geval hij/zij niet (langer) in staat is het dossier te beheren, bijvoorbeeld vanwege ernstige ziekte, overlijden of beëindiging van de praktijk. Klik [hier](#) voor LVVP-richtlijn praktijktestament, voor dossierbeheer na overlijden of beëindiging van de praktijk.
- ✓ Informatie over een verzoek van de patiënt om inzage in, een kopie van of vernietiging van zijn dossier vindt u [hier](#).
- ✓ Wanneer in het dossier meerdere personen worden genoemd (bijvoorbeeld gescheiden ouders die betrokken worden bij de behandeling van hun kind), dan kan het raadzaam zijn de verslaglegging zo in te richten dat deze passages makkelijk te verwijderen zijn als inzage of een kopie wordt gevraagd door de ene of de andere ouder; dit om de privacy van de andere betrokkene te waarborgen.

Wat hoort niet tot het dossier?

- ✓ Persoonlijke werkaantekeningen worden niet in het patiëntdossier opgenomen. Persoonlijke werkaantekeningen zijn notities van de behandelaar, die hij/zij in het kader van de behandeling exclusief voor eigen gebruik heeft opgesteld en die hij/zij aan geen ander ter kennis stelt. Als en zodra deze notities toch kenbaar worden gemaakt aan anderen, dan dient de behandelaar de notities in het dossier op te nemen en verliezen zij het karakter van persoonlijke werkaantekeningen. Verslagen van supervisie- of intervisiezittingen zijn persoonlijke werkaantekeningen. Persoonlijke aantekeningen zijn niet verplicht. Ze moeten op een fysiek duidelijk van het patiëntdossier onderscheiden plek worden bewaard en als zodanig geormerkt.
- ✓ Informatie over een onderzoek naar een incident wordt niet in het medisch dossier bewaard. Hetzelfde geldt voor de registratie in het systeem voor veilige incidentmelding.
- ✓ Informatie over een klacht of schadeclaim die een patiënt heeft ingediend, hoort in principe niet thuis in het medisch dossier.
- ✓ Informatie die betrekking heeft op de financiële administratie rond een patiënt (zoals declaraties), vallen buiten het medisch dossier van de patiënt.
- ✓ De behandelaar mag papieren dossiers en andere dossierstukken, nadat ze digitaal zijn opgeslagen en beveiligd, vernietigen.

* Inzage van patiëntdossiers bij visitatie

Zorgaanbieders en visiteurs hebben niet zonder meer inzage in het patiëntdossier van een collega. Inzage is in dat kader slechts mogelijk als de patiënt er expliciete toestemming voor geeft óf als alle tot de patiënt herleidbare gegevens zijn geanonimiseerd*.

In het kader van LVVP-visitatie wordt de gevisiteerden verzocht om 20 patiëntdossiers digitaal beschikbaar te stellen. Dat is alleen toegestaan als alle tot de persoon herleidbare gegevens zijn weggehaald (anonimiseren) of als de patiënten toestemming geven en als de cloudlocatie c.q. de e-mailverbinding beveiligd is.

De LVVP raadt leden aan om alle patiënten bij de intake te informeren over de mogelijkheid van een dossieronderzoek voor visitatie en expliciete toestemming te vragen om het dossier (niet geanonimiseerd) te mogen gebruiken voor kwaliteitsdoeleinden in het kader van de visitatie. De toestemming of weigering wordt in het betreffende patiëntdossier genoteerd.

* Anonimiseren van het dossier

Een dossier moet zodanig geanonimiseerd worden dat deze niet meer tot een persoon is te herleiden. Dit betekent dat alleen het verwijderen van de naam niet voldoende is. U dient ook de adresgegevens, huisarts, eventueel beroep en bijvoorbeeld geboortedatum (dag en maand) te verwijderen.

Het anonimiseren van een elektronisch patiëntendossier (epd) in praktijksoftware blijkt tot op heden erg lastig. Een enkel praktijksoftwarepakket heeft deze functionaliteit wel. De LVVP heeft bij een ict-overleg met leveranciers gevraagd of zij deze functie willen gaan inbouwen. Als u alleen met een epd/praktijksoftwareprogramma werkt en het in dit systeem niet mogelijk is om te anonimiseren, dan kunt u het beste altijd toestemming vragen in de periode voorafgaande aan de visitatie.

Bij een papieren dossier is het van belang alle gegevens die kunnen verwijzen naar een patiënt (naam, adresgegevens, huisarts, eventueel beroep en geboortedatum) met tape af te plakken voordat u deze scant. Dit kan bijvoorbeeld met (washi-)tape. Een andere optie is het dossier eerst te kopiëren en de van belang zijnde gegevens met een stift zwart maken.

Denkt u eraan dat u aan de inhoud van deze tekst geen rechten kunt ontlenen. In dit artikel wordt de huidige stand van zaken weergegeven. Door wijzigingen kan de wet- en regelgeving veranderen. Daarnaast is het niet mogelijk om voor alle situaties duidelijkheid te geven. Neem in geval van onduidelijkheid of onzekerheid altijd contact op met de LVVP of met uw juridisch adviseur. © LVVP, 7 februari 2022