

**Tweede Kamer der Staten Generaal**  
**T.a.v. mevrouw E.I. Schippers, minister van VWS**  
**Postbus 20018**  
**2500 EA Den Haag**

Betreft: Reactie op de brief van de minister van VWS d.d. 27 mei 2013, als reactie op het Burgerinitiatief  
Schriftelijke Informatieplicht Medische Behandelovereenkomst en brief KNMG van 23 juli 2013

Uw referentie: Kamerstuk 33417 / nr. 31

Helmond/Den Haag, 1 september 2013

Geachte Minister en leden van de Tweede Kamer,

Als initiatiefnemers van het Burgerinitiatief Schriftelijke Informatieplicht zijn wij teleurgesteld in de reactie van de Minister op het zo breed en eenstemmig gesteunde voorstel. De Minister wil in een eerste reactie de schriftelijke informatieplicht (deels?) wel invoeren, maar alleen voor medische hulpmiddelen zoals implantaten. Wij verzoeken de Minister en de leden van de Tweede Kamer hier nog een keer goed naar te kijken, met name op de volgende punten waarop wij, en degenen die achter ons staan, ons door de reactie niet gehoord voelen:

#### **1. Meer inleving in de lastige positie van de patiënt en het belang van samen met de arts beslissen**

57.000 personen doorliepen binnen 48 uur de procedure om hun stem aan het burgerinitiatief te verbinden. Aannemelijk is dat zij staan voor miljoenen Nederlanders die behoefte hebben aan schriftelijke informatie over hun aandoening en voorgenomen behandeling.

Blijkens de commentaren op het initiatief, zien zij dit als een bescheiden maar essentiële vorm van service na een medisch consult. Zo'n consult vindt vaak onder grote tijdsdruk plaats, met een patiënt die in slechte conditie verkeert en die ingrijpende, complexe informatie te verwerken krijgt.

Onder de burgers die het initiatief steunen zijn heel verschillende soorten patiënten: jong en oud, mondig en wat meer secundair, meer of wat minder taalvaardig, tot zorgen geneigd of wat meer optimistisch, snelle beslissers of wat meer wikkend en wegend. Ook tussen artsen zijn er grote verschillen in vaardigheid om met patiënten te communiceren en om risico's in te schatten en over te brengen. Gesprekken tussen zorgverleners en patiënten kunnen worden ontlast en verrijkt als de patiënt standaard schriftelijk een eerste ingang meekrijgt tot meer informatie.

De schriftelijke verstrekking van de informatie geeft de patiënt de mogelijkheid e.e.a. thuis nog eens rustig over te lezen, nadere informatie op te zoeken en de informatie te delen met anderen in hun omgeving, om te kunnen komen tot de juiste persoonlijke afwegingen m.b.t. de voorgestelde behandeling.

#### **2. Het gaat om het verstrekken van en het verwijzen naar betrouwbare informatie**

De initiatiefnemers vragen niet om uitvoerige schriftelijke verhandelingen. Het hoeft niet om veel meer te gaan dan voor de arts basale informatie, in de vorm van de naam van de aandoening en de geadviseerde behandeling, samen met een verwijzing naar plaatsen op internet waar verdere informatie te vinden is (onder meer nadere informatie over de risico's, (herstel van) complicaties, met de kansen daarop in procenten, en alternatieven van de behandeling).

Vele artsen en ziekenhuizen slagen er reeds in om deze informatie standaard mee te geven. Het is moeilijk te begrijpen dat dit niet al *verplicht is* voor behandelingen die diep kunnen ingrijpen in fysieke en psychische gezondheid. Onderzoek naar de reikwijdte van de schriftelijke informatieplicht laat zien dat deze al vele jaren volstrekt normaal is voor leveranciers van producten en diensten: bij alles wat er in de schappen van o.a. warenhuizen, reisbureaus, banken en verzekeraars te vinden is wordt die informatie tegenwoordig verstrekt. Alleen voor zaken als verse groenten en fruit bestaan nog wettelijke uitzonderingen.

De Minister gaat er ook aan voorbij dat zowel patiënten als behandelaars willen werken aan gezamenlijke beslissingen en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor keuzes. Het zo effectief mogelijke delen van informatie, over alle kanalen die daarbij behulpzaam kunnen zijn, is daarvoor wezenlijk. Als de patiënt naar betrouwbare informatie wordt verwezen, vermindert ook de kans dat de hulpverlener geconfronteerd wordt met minder zinvolle gespreksstof uit internetfora, en kan sneller een kwalitatief betere dialoog worden bereikt.

### **3. Meer geloof in innovatie om goede informatieverschaffing tegen lage kosten en zonder juridisering te realiseren, daardoor slachtoffers te voorkomen en kosten van zorg te beheersen**

Als hoofdargument om de bestaande mondelinge informatieplicht niet te versterken met een schriftelijke verstrekking van enkele essentiële gegevens noemt de Minister de administratieve lasten. Dat is een terechte zorg. Natuurlijk mag schriftelijke informatieverstrekking nooit in de plaats komen van tijd die bestemd is voor diagnose of een gesprek over de beste vorm van behandeling. Maar de Minister neemt ten onrechte aan dat die administratieve lasten een gegeven zijn.

Daarom hebben de opstellers van het initiatief uitvoerig aandacht besteed aan de manieren om die kosten beperkt te houden en aan de noodzaak van innovatie. De Minister, die geen enkele onderbouwing geeft voor de hoge lasten, zou op zijn minst moeten laten onderzoeken op welke manier de informatieplicht zou kunnen worden uitgevoerd. In de medische sector bestaan al allerlei systemen waarbij kan worden aangesloten en een slim geconstrueerde schriftelijke informatieplicht zal snel tot verdere innovatie in de zorg en in het ondersteunende bedrijfsleven leiden. Te denken valt onder meer aan (van oudere tot modernste voorzieningen, en in allerlei varianten en combinaties):

- Een printje van de aantekeningen die de behandelaar in het dossier maakt
- Een briefje, mee te geven door een assistent
- Folders voor de meest voorkomende aandoeningen en behandelingen bij specialisten
- Een lijst met namen van aandoeningen/behandelingen en alternatieven met de bijbehorende websites waarop de behandelaar de relevante aankruist
- Printjes van informatie van sites van patiëntenverenigingen of specialistenverenigingen, vóór of na het consult te verstrekken
- E-mails aan patiënten waarin ook vervolgfafspraken worden bevestigd en handleidingen worden toegezonden
- Apps die de patiënt (gratis of tegen geringe bijdrage in de kosten) kan downloaden en die toegang geven tot betrouwbare websites
- Een persoonlijke site met informatie op maat over de specifieke situatie en behandeling van de patiënt (zoals de reeds bestaande [www.mijndigipoli.com](http://www.mijndigipoli.com))

Een kosten-baten analyse zou vervolgens kunnen uitwijzen op welke wijze de schriftelijke informatieplicht haalbaar is. Aannemelijk is dat vooral bij specialisten met een beperkte range van meer ingrijpende behandelingen de baten veel hoger zijn dan de kosten. Voor huisartsen zou dit anders kunnen liggen, maar hun behandelingen zijn over het algemeen ook minder ingrijpend.

Een belangrijk bijkomend voordeel van het kunnen verstrekken van de schriftelijke informatie en de verwijzingen naar plaatsen op internet is dat de tijd voor de patiënt tijdens de gesprekken door de zorgverlener juist efficiënter en effectiever gebruikt zal kunnen gaan worden.

Een onderliggende kwestie waaraan ook aandacht moet worden besteed is hoe kan worden voorkomen dat de informatieplicht tot juridisering leidt. Zowel van de zijde van patiënten als van hulpverleners is er de angst dat zij juridisch (in tuchtzaken, schadezaken, eventueel zelfs strafzaken) op al dan niet verstrekte informatie worden afgerekend. Ook dat kan worden voorkomen door een innovatief ontwerp van de gevolgen van de informatieplicht. Nu worden die gevolgen ad hoc door juristen vastgesteld, zonder goede richtpunten, wat vaak leidt tot zeer onbevredigende resultaten van zwaar belastende juridische procedures.

Alles bij elkaar is dit onderwerp te belangrijk en heeft betere regelgeving een te grote steun onder de bevolking om deze niet verder te onderzoeken. Als het hier ophoudt, mist de politiek een uitgelezen kans om iets positiefs voor de bevolking te realiseren en tegelijkertijd innovatie te bevorderen.

#### **4. Een patiënt wil verplichting van complete schriftelijke informatieverstrekking voor de zorgverlener, niet op verzoek.**

Een patiënt moet natuurlijk niet om informatie op papier hoeven vragen, maar dient erop te kunnen rekenen dat hij *alle* voor hem essentiële informatie gewoon standaard krijgt, zoals dat ook voor alle geneesmiddelen het geval is.

#### **5. Reactie op andere punten**

##### **a. Huidige wetgeving goed genoeg?**

De huidige wetgeving, die dateert van voor het internettijdperk, is weinig concreet en laat alle ruimte aan zorgverleners om er hun eigen interpretatie aan te geven. Om vervolgens patiënten vaak enkel *die* informatie te geven waar hulpverleners aan denken, die ze persoonlijk noodzakelijk achten, of die ze willen geven, teneinde de door hen voorgestelde behandeling te kunnen gaan uitvoeren.

Patiënten kunnen daardoor op het verkeerde been worden gezet en/of zelfs slachtoffer worden van dwaling bij het instemmen met een voorgestelde behandeling.

Door beter en eigentijdser te definiëren welke informatie vooraf verstrekt dient te worden door de zorgverlener, kunnen interpretatieverschillen vermeden worden en wordt de verhouding minder paternalistisch, zodat hulpverlener en patiënt samen tot optimale beslissingen over de zorg kunnen komen. Schriftelijke verstrekking van basisinformatie is daar wezenlijk voor.

Ook juridisch gezien, achteraf, zullen de zaken een stuk helderder gaan liggen dan in de huidige praktijk het geval is en waarin patiënten meestal vrijwel machteloos blijken te zijn in eventuele procedures, die ook voor zorgverleners zeer belastend zijn.

In het door de Minister ingediende Wetsvoorstel Wkkgz is een nadere omschrijving opgenomen van de door de zorgaanbieder te verstrekken informatie, maar deze omschrijving is te weinig concreet om een einde te kunnen maken aan de huidige onduidelijkheid voor patiënten, alsmede interpretatieverschillen door zorgverleners. Daarbij wordt de verantwoordelijkheid voor de informatievoorziening, net zoals in de daarin ernstig tekortschietende WGBO, vooral neergelegd bij de vaak niet op zijn gemak zijnde patiënt (“De zorgverlener verstrekt de cliënt op diens verzoek informatie over.....”).

De KNMG laat in haar reactie op het burgerinitiatief weten, dat zij dit graag zo wil laten “om maatwerk te kunnen leveren”. Een patiënt wil echter niet om informatie op papier *hoeven vragen*, vooral ook om te voorkomen dat zijn arts de indruk zou kunnen krijgen dat de patiënt hem mogelijk niet vertrouwt. De verantwoordelijkheid voor de verstrekking van de voor de patiënt essentiële en complete informatie zou bij de zorgverlener moeten liggen, zoals dat ook in andere dienstverleningsrelaties het geval is. De zorginstellingen zijn veel beter in staat dan de patiënt om te borgen dat die alle voor hem essentiële informatie ook écht krijgt. Zo kan voor een deel ook worden voorkomen dat patiënten vaak gebruik maken van (tijd- en geldverslindende) second opinions, omdat ze nu dikwijls het gevoel hebben enkel een mening van hun (één) arts gehoord te hebben..

De mondelinge informatie is, zoals ook de KNMG aangeeft, uiteraard toegespitst op de *individuele patiënt* en zijn *specifieke situatie*. Tijdens het gesprek dient de arts nadere uitleg te geven en na te gaan of de patiënt de informatie ook begrepen heeft. Hierin wil ons burgerinitiatief niets veranderen.

De huidige formuleringen in de WGBO bieden de hulpverlener weliswaar de *mogelijkheid* om de informatie goed af te stemmen op de patiënt maar ze bieden geen enkele garantie dat de (complete) informatie ook werkelijk verstrekt wordt. En het is niet te controleren óf het ook gebeurt, juist omdat het meestal (in meer of mindere mate) enkel mondeling geschiedt. Een patiënt heeft recht op alle voor hem van belang zijnde informatie, een zorgverlener dient daarom (controleerbaar) verplicht te worden die informatie te verstrekken.

De o.i. tekortschietende WGBO heeft overigens nog een groot bijkomend nadeel. Namelijk dat er door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) niet op gehandhaafd kan worden, omdat de WGBO onderdeel uitmaakt van het Burgerlijk Wetboek en daarmee tot het civiele recht behoort. Wie controleert dan of zorgverleners, zorginstellingen en fabrikanten de (voor de patiënten erg belangrijke) verplichtingen zoals vervat in de WGBO, nakomen? In vergelijkbare settings (AFM, Voedsel- en Waren autoriteit) is de controle op naleving van informatieplichten mede in handen van toezichthouders.

#### **b. Rol Kwaliteitsinstituut**

Het Kwaliteitsinstituut zal zeker een rol gaan spelen in het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit van de zorg. Een belangrijke en niet te onderschatten ontwikkeling naar meer inzicht in de werkelijke geleverde kwaliteit in de zorg, en de mogelijkheid voor patiënten om beter geïnformeerd te raken. Best practices zijn echter nog maar in zéér beperkte mate vastgelegd. Zorgaanbieders worden deels verplicht transparant te zijn over hun prestaties. Deels, want de verplichting beperkt zich nu nog tot een aantal sectoren en binnen een sector nog tot slechts een deel van de behandelingen, met daarbij een beperkt aantal kwalitatieve indicatoren. Op dit moment betreft het hierbij vooral de kwaliteit van de *uitvoering* van de verleende zorg, niet of nauwelijks de meetbare *resultaten* van de door de zorgverlener voorgestelde behandeling. Zo wordt complicatieregistratie slechts voor enkele uitzonderingsgevallen verplicht gesteld en is voor 2013 in een aantal gevallen zelfs weer verwijderd als verplichting. De patiënt wil in feite maar één ding en dat is (met zo min mogelijk risico) *beter worden*. Veruit de meeste zorginstellingen meten nog maar zéér beperkt en maar deels de resultaten van de bij hen uitgevoerde ingrepen, anatomisch én functioneel, direct na de behandeling en na bijvoorbeeld een jaar.

#### **c. Risico van informatieoverload, of juist een tekort aan informatie**

De minister spreekt ook over het risico van informatieoverload. Een startpunt in de zoektocht naar goede informatie, aangereikt door de deskundige zorgverlener, lijkt nu juist een middel om deze informatie-overload te voorkomen. De Minister zal het niet zo bedoeld hebben, maar mensen die beter geïnformeerd wensen te worden te willen behoeden voor informatieoverload, komt nogal paternalistisch over. Een patiënt kan er altijd *voor kiezen* geen kennis te nemen van de aan hem overhandigde informatie. Het is echter van essentieel belang dat de informatie *beschikbaar* is. Dit leidt er in de praktijk meestal toe dat een kleine groep geïnformeerden actie zal nemen op de informatie en daarmee de praktijk verandert, ten behoeve van een veel grotere groep patiënten. Ook consumenten hebben hun arbeidsverdeling waardoor ze de werking van de markt versterken. Zonder informatiedeling geen kwaliteit.

Verder dient de patiënt niet beperkt te worden door de keuzes die zijn hulpverlener voor hem maakt uit de beschikbare informatie. Zo zou het risico dat de patiënt een ingreep ondergaat die niet nodig is, met soms verstreckende gevolgen, belangrijker moeten zijn dan het risico van informatieoverload. Voorkomen dient te worden dat patiënten, vaak zonder dat te weten, ingrepen ondergaan die hen zeker kunnen maken, terwijl er andere minder ingrijpende en risicovolle behandelmethoden voorhanden zijn. In het belang van de patiënt dient juist een *tekort aan informatie uitgesloten* te worden.

In het door de Minister recent ingediende Wetsvoorstel Wkkgz heeft zij in artikel 10 een aangescherpte omschrijving opgenomen van de door de zorgaanbieder te verstrekken informatie. Deze aanvulling zou ertoe kunnen leiden dat patiënten te kampen krijgen met juist het risico van een mondeline informatieoverload. Wij trekken ernstig in twijfel of patiënten en hulpverleners daar op zitten te wachten..

#### **d. Organisatievermogen van de zorgsector**

Medische specialisten, beroepsgroepen, zorginstellingen, zorgverzekeraars en fabrikanten bezitten een schat aan informatie die gebruikt kan worden om per behandeling op een simpele wijze tot een volledige "bijsluiter" te kunnen komen. Ook pgo-organisaties met voldoende expertise kunnen hieraan desgevraagd een bijdrage leveren. Het vraagt wel om een gecoördineerde aanpak. Zorginstellingen zijn nu vaak ieder voor zich bezig met het maken van informatiebladen voor patiënten. Sommige ziekenhuizen onderscheiden zich nu al door een zeer uitvoerige schriftelijke (papieren of digitale) informatievoorziening aan hun patiënten. Zij snappen de boodschap van ons burgerinitiatief!

Overigens onderkent de KNMG in haar reactie op dit burgerinitiatief deze positieve ontwikkeling ook en ziet deze graag uitgebreid en vervolmaakt. Een schriftelijke informatieplicht, goed uitgewerkt en van slimme prikkels tot samenwerking voorzien, zou dit kunnen bewerkstelligen.

#### **e. Belang voorafgaande informatie**

De Minister schrijft dat patiënten zich al voor het gesprek met de hulpverlener zouden moeten kunnen oriënteren op de behandel mogelijkheden en daardoor beter in staat zouden moeten zijn om tijdens het gesprek met de arts de voor hen belangrijke vragen te stellen. Dit sluit aan bij de rol die u als overheid verwacht van burgers en patiënten. Dit ondersteunt eigenlijk vooral het belang van goede informatievoorziening, die misschien vaak zelfs al voor het consult op gang moet komen.

#### **f. Pgo-organisaties**

De Minister laat weten dat ook pgo-organisaties belangrijke activiteiten verrichten op het gebied van informatievoorziening en dat op verschillende websites van dergelijke organisaties vele tips, checklists en handleidingen te vinden zijn. Dat is een goed aanknopingspunt voor verwijzing naar die websites, maar op een aantal daarvan is nog slechts voor een beperkt deel van alle ingrepen en de beschikbare alternatieve (soms zelfs meer) doeltreffende behandelingen informatie te vinden.

Een slimme invulling van de informatieplicht zou de rol van de Pgo's kunnen versterken en het belang van die rol kunnen bevestigen.

#### **g. Implantaten**

Het verheugt ons uit de reactie van de Minister te lezen dat patiënten bij ingrepen *met medische implantaten* dienen te beschikken over schriftelijke informatie die kan worden nagelezen. In navolging op dit burgerinitiatief vindt de Minister dat deze schriftelijke informatie moet gaan over het implantaat zelf, de mogelijke risico's en eventuele alternatieven. Dit is overigens niets te vroeg. In 2007 adviseerde de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) al een schriftelijke informatieplicht in te voeren bij medische implantaten. Sindsdien zijn nog vele onnodige slachtoffers gevallen.

Uit een andere brief van de Minister lezen wij dat er gewerkt wordt aan de opzet en inrichting van het implantaten-basisregister. Daarin schrijft de Minister, dat in de afgelopen tien jaar het met de marktpartijen en betrokken organisaties niet is gelukt om te komen tot een privaat landelijk, volledig en toegankelijk implantatenregister. Tijdens het Algemeen Overleg over PIP implantaten van 12 april 2012 is door de Tweede Kamer nadrukkelijk aangedrongen op een snelle totstandkoming van een dergelijk landelijk registratiesysteem voor alle implantaten. Onduidelijk is in hoeverre er ook een complicatieregister gekoppeld zal worden. Er is echter nog nauwelijks voortgang en er is ook nog geen sprake van wettelijk verplichte deelname door zorgverleners. Medische beroepsgroepen zoals de NVOG schermen ermee dat men de operaties met implantaten - en ook de complicaties die zich daarbij voordoen - registreert, echter dergelijke

registraties zijn na jaren vaak nog niet verder gekomen dan hooguit hier en daar een losstaand pilotproject. In het kader van de Europese regelgeving is Nederland echter gewoon verplicht een basisregister implantaten te hebben. De NOV heeft dit voor wat betreft heup- en knieprothesen proactief opgepakt, maar is daarin echter helaas nog een grote uitzondering in Nederland. In haar reactie op dit burgerinitiatief maakt de KNMG hier goede sier mee. Al zijn voor het breeduit implementeren van dergelijke registers voor *alle* in Nederland toegepaste implantaten in feite geen beletsels aanwezig, toch komen dergelijke vergelijkbare registers nog nauwelijks van de grond. Kennelijk is het aan de Minister om eerst de druk verder op te voeren richting de betrokken partijen en een deadline te stellen.

Op EU-niveau is er weliswaar veel aandacht voor medische hulpmiddelen, maar de inwerkingstelling van specifieke verordeningen zal, zoals ook door u wordt onderkend, nog vele jaren op zich laten wachten. De KNMG spreekt in dit verband daarom ten onrechte van “op stapel staande EU-wetgeving”. Overigens schermen artsen er willens en wetens nog steeds mee dat het door hen voorgeschreven implantaat *veilig* is voor een patiënt, omdat het een Europese goedkeuring middels een CE markering bezit. In de medische wereld is alom bekend dat de CE markering voor implantaten in de huidige situatie patiënten in hun specifieke positie geen enkele zekerheid biedt met betrekking tot de veiligheid van het implantaat.

#### **h. Zelfde redenering geldt voor andere standaardoperaties**

Een informatieplicht voor implantaten is toe te juichen. Echter ook veel “standaard” operaties zonder implantaten zetten dagelijks mensenlevens op zijn kop. Daarbij valt te denken aan rugoperaties, alle andere ingrepen in zenuwrijke gebieden, staaroperaties, thoraxoperaties, maagoperaties, darmoperaties, allerlei vormen van plastische chirurgie, enzovoorts. En bijvoorbeeld aan (te) vaak toegepaste galblaasoperaties die alleen al naar schatting zo’n 150 invaliden per jaar opleveren. Maar ook het overhandigen van een bijsluiters aan de patiënt aan de vooravond van een ‘simpele’ KNO operatie, waarbij bijvoorbeeld het reukvermogen blijvend kan worden aangetast, is essentieel. Het is van groot belang dat patiënten ook van dit soort risico’s en mogelijke alternatieven vooraf op adequate wijze op de hoogte gesteld worden.

Het gaat in dezen vooral om het voorkomen van overlijden en blijvende gezondheidsschade. Maar er is meer. Uit kringen rond het toezicht op de zorgsector horen wij dat er bijvoorbeeld een knelpunt bestaat bij de informatie verstrekt aan ouderen over de belasting die gepaard gaat met herstel van een operatie. Zorgverleners gaan – in hun enthousiasme voor “hun” behandelingen – nogal eens uit van de situatie bij een jongere persoon, en onthouden oudere patiënten een realistischer beeld van het herstelproces

#### **Conclusie**

Het is duidelijk dat op veel fronten gewerkt wordt aan versterking van de positie van de patiënten en om de informatievoorziening aan patiënten sterk te verbeteren. Maar het zijn over het algemeen trajecten die vele jaren beslaan voordat ze echt merkbaar tot wezenlijke verbeteringen zullen leiden voor de patiënten. Daar heeft een patiënt vandaag dus niets aan. Daarbij is het de vraag of het de patiënt op termijn ook dié informatie zal gaan opleveren die hem écht in staat zal gaan stellen om de juiste afwegingen te gaan maken. Vandaar dat wij de Minister en de leden van de vaste commissie voor VWS, in het belang van de patiënten die een medische ingreep moeten ondergaan, toch willen oproepen om voor de korte (en langere) termijn hun steun te willen verlenen aan zo snel mogelijke doorvoering van ons volledige burgerinitiatief, niet enkel voor ingrepen met implantaten, maar ook voor andere (vaak min of meer standaard) ingrepen zonder implantaat, zoals hierboven beschreven.

De belangrijkste en vrijwel uitsluitend praktische voordelen van de schriftelijke informatieplicht “bijsluiters bij operaties” zetten we nog even voor u op een rij:

- De patiënt krijgt vooraf echt zicht op de risico's van de behandeling, de mogelijke complicaties en de alternatieven die er zijn voor de door hun arts voorgestelde behandeling, waardoor een keuze weloverwogen kan plaatsvinden;
- De kwaliteit van de mondeling door de arts te verstrekken informatie zal gestimuleerd worden als patiënten de informatie al vooraf tot zich kunnen nemen;
- Gesprekken van artsen met patiënten kunnen effectiever en efficiënter plaatsvinden;
- Achteraf liggen ook juridisch gezien de zaken veel duidelijker, waardoor de positie van patiënten sterk zal verbeteren;
- De zorgverlener wordt rechtstreeks verantwoordelijk voor de verstrekking van de betreffende complete informatie, i.p.v. dat de patiënt daar verantwoordelijk voor wordt gemaakt, door de noodzaak er naar te moeten vragen;
- Patiënten kunnen na het gesprek met hun arts de informatie thuis nog eens rustig overlezen, nadere informatie opzoeken en de informatie delen met anderen in hun omgeving;
- Patiënten zullen minder behoefte krijgen aan second opinions, waardoor onnodig beslag op tijd en financiële middelen kunnen worden voorkomen.
- Tekorten in de informatie aan patiënten waardoor zij mogelijk voor hen verkeerde keuzes maken en (soms onnodige) ingrepen ondergaan, met soms zeer verstrekkende gevolgen, kunnen grotendeels en simpel worden voorkomen;
- Interpretatieverschillen met betrekking tot de eisen waaraan de informatieverstrekking dient te voldoen, worden sterk verkleind;
- De IGZ wordt in staat gesteld strakker te monitoren in hoeverre zorgverleners en zorginstellingen voldoen aan de uitgangspunten en indien noodzakelijk adequater in te grijpen;
- Een dreigende mondelinge informatieoverload o.a. vanwege nieuwe regelgeving kan worden voorkomen;
- Huidige initiatieven van een aantal ziekenhuizen om de schriftelijke informatie aan patiënten sterk te verbeteren zullen snel navolging krijgen; uniformering door een meer gezamenlijke aanpak tussen ziekenhuizen kan de situatie voor patiënten nog verder (en ook versneld) verbeteren;
- Er zal bij een slimme en innovatieve uitwerking slechts sprake zijn van een zeer beperkte extra administratieve belasting voor de zorgverleners ten opzichte van de huidige situatie, die in het niet valt ten opzichte van de voordelen van het beschikbaar hebben van de schriftelijke informatie tijdens de gesprekken met de patiënten;
- Risicovolle behandelingen zullen worden gemeden door patiënten, hetgeen indirect ook zal bijdragen aan de innovatie in de medische zorg;

Met vriendelijke groet,

Maria Smit, indiener  
 Professor Maurits Barendrecht, adviseur

Bijlage: Burgerinitiatief schriftelijke informatieplicht medische behandelingsovereenkomst