VERSLAG

Verslag jaarvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2025

*Mr. P.J.V. Bertrams**

1. Inleiding

Op 11 april 2025 heeft in het rijksmonument Leeuwenbergh te Utrecht de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht plaatsgevonden.

De jaarvergadering werd geopend door de voorzitter, prof. mr. dr. B.C.A. (Brigit) Toebes, waarna tijdens het algemene huishoudelijke gedeelte van de vergadering onder meer de goedkeuring van het jaarverslag 2024 en de financiële jaarstukken plaatsvond. De voormalig kascommissie is gedechargeerd en een nieuwe kascommissie is geïnstalleerd. Prof. mr. dr. drs. M.P. (Mirjam) Sombroek-van Doorm is met instemming van de leden toegetreden als nieuw bestuurslid. Mr. M.F. (Melita) van der Mersch is voor haar tweede en laatste termijn ingestemd.

Toebes herdenkt de recent overleden oud-voorzitter, prof. mr. Aart Hendriks. Ter afsluiting van het algemene deel van de jaarvergadering vond de uitreiking van de zevende Roscam Abbingpenning plaats aan mr. dr. W.R. (Willemien) Kastelein, en de mr. C.J. Goudsmitprijs 2025 aan mr. dr. L. (Lisette) ten Haaf voor haar proefschrift: *Regulating Non-Existence: The Legal Conceptualisation of the Future Child in the Regulation of Reproduction*.

In het thematische gedeelte van de jaarvergadering is het preadvies *Een toekomstbestendige WGBO* besproken. Het preadvies bestaat uit vijf delen. In het eerste deel gaat preadviseur prof. mr. J. (Johan) Legemaate in op de achtergrond, de context en de toekomst van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In het tweede deel staan preadviseurs mr. dr. B.J.M. (Brenda) Frederiks, mr. W.L.T. (Willemijn) Krugers Dagneaux en prof. mr. dr. B.C.A. (Brigit) Toebes stil bij de WGBO, bekeken door de bril van mensenrechten. In het derde gedeelte spreken prof. dr. K. (Kristof) Van Assche en prof. dr. T. (Thierry) Vansweevelt over de regulering van patiëntenrechten in België. Mr. dr. E. (Emke) Plomp bepleit in het vierde deel een nieuwe regeling voor somatische zorg onder dwang. In het vijfde en tevens laatste deel sluiten prof. mr. dr. M.C. (Corrette) Ploem en dr. M.A.R. (Marieke) Bak af met een beschouwing over de vraag of de WGBO voldoende technologiebestendig is. Bij ieder onderdeel hebben de preadviseurs de mogelijkheid gekregen om een

* Philine Bertrams is werkzaam als advocaat-stagiaire binnen de Praktijkgroep Zorg en Sociaal Domein bij Van Benthem & Keulen te Utrecht.

doi: 10.5553/TvGR/016508742025049005006

stelling te introduceren, waarna er ruimte was voor vragen uit het publiek. Na behandeling van het thematische gedeelte volgde een plenaire discussie.

Ook is prof. dr. mr. A.A.E. (Eduard) Verhagen, kinderarts en hoofd Kindergeneeskunde bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, geïnterviewd over de toepassing van de WGBO door artsen in de dagelijkse praktijk.

2. Deel 1: 30 jaar WGBO – achtergrond, context en toekomst

Ter gelegenheid van het dertigjarig bestaan van de WGBO reflecteert Legemaate op de toekomst van patiëntenrechten. Hij doet dit aan de hand van vier stellingen. Allereerst zijn er volgens hem goede redenen om de wetgeving over patiëntenrechten, waaronder de WGBO, te moderniseren en uit te breiden. Internationale verdragen en technologische ontwikkelingen brengen nieuwe inzichten en benaderingen met zich mee die in de huidige nationale regelgeving onvoldoende tot uitdrukking komen. Legemaate ziet ruimte voor inhoudelijke aanpassingen, zoals het definiëren van kernwaarden en verfijning van het informed-consentprincipe. Verder ontbreekt het aan duidelijke wettelijke kaders rondom digitalisering, de positie van minderjarigen en wilsonbekwamen, en samenwerking in de gezondheidszorg. Ten tweede stelt Legemaate dat inspiratie voor vernieuwing te vinden is in buitenlandse wetgeving, zoals die van IJsland, Schotland en België. Opvallend is dat daar niet alleen de rechten, maar ook de plichten van patiënten expliciet zijn opgenomen, zoals in *The Charter of Patient Rights and Responsibilities* van Schotland. Ten derde is het volgens Legemaate onvermijdelijk dat patiëntenrechten niet alleen in de WGBO, maar ook in andere wettelijke regelingen te vinden zijn. Behalve in de WGBO zijn deze rechten nu ook te vinden in onder andere de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz), de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), de Wet langdurige zorg (Wlz), de BW-regelingen over curatele en mentorschap en in algemene regelingen zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Daarnaast zijn ook tal van medisch-professionele richtlijnen van belang voor het identificeren en interpreteren van patiëntenrechten. Deze verspreiding roept de vraag op of het Burgerlijk Wetboek (BW) nog wel het meest geschikte format biedt, of dat een publiekrechtelijk kader passender is. Legemaate acht het onrealistisch om álle aspecten van patientenrechten in één wettelijke regeling onder te brengen, zoals eerder geprobeerd met de Wet cliëntenrechten zorg. Tot slot stelt hij dat de versnippering van de wetgeving risico's oplevert voor de kenbaarheid van de patiëntenrechten. Legemaate pleit daarom voor een patiëntenrechtencode, naar voorbeeld van onder meer de Schotse wetgeving, waarin dergelijke informatie wordt gebundeld. Toebes plaatst een kanttekening bij dit voorstel en vraagt zich af of er in de vertaling naar zo'n code belangrijke aspecten verloren kunnen gaan. Legemaate erkent dat de code niet meer moet bevatten dan wat reeds in bestaande regelingen is opgenomen en onderstreept het belang van kenbaarheid.

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2025 (49) 5
doi: 10.5553/TvGR/016508742025049005006

In de discussie die volgt, stelt Wijne (UvA) de vraag in hoeverre Legemaate nog kan reflecteren op Hartliefs kritiek op het preadvies, met name ten aanzien van de bijzondere overeenkomst die de WGBO vormt binnen het BW. Ook de gangbare afkorting 'WGBO' komt ter sprake. Volgens Legemaate is het gebruik ervan begrijpelijk en praktisch, zolang we ons ervan bewust blijven dat de regeling onderdeel is van het BW, en dat dit juridische implicaties heeft. Tot slot merkt Ploem op dat het opnemen van kernwaarden in de WGBO mogelijk wringt met de systematiek van het BW. Legemaate onderschrijft het belang van het vastleggen van basisprincipes, maar deelt het bezwaar van Ploem. Een aparte 'parapluwet' zou hiervoor geschikter kunnen zijn.

3. Deel 2: de WGBO bekeken door de bril van mensenrechten

Het tweede deel van het preadvies, geschreven door Frederiks, Krugers Dagneaux en Toebes, verkent de WGBO vanuit mensenrechtelijk perspectief. Toebes benadrukt het belang van internationale en Europese verdragen, zoals het Europese Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM), het VN-Kinderrechtenverdrag, het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap en het Biogeneeskundeverdrag. Deze verdragen stellen allemaal de menselijke waardigheid centraal, in tegenstelling tot onze Grondwet of de WGBO. Toebes pleit ervoor om menselijke waardigheid als kernwaarde op te nemen in een eventuele herziening van de WGBO. Dit is namelijk in lijn met de verdragen, stelt een neutrale waarde centraal, versterkt de bescherming van kwetsbare groepen en is een basis voor meer maatwerk. Zij reflecteert tevens op de verhouding tussen mensenrechten en patiëntenrechten.

Krugers Dagneaux gaat in op het VN-Kinderrechtenverdrag en de invloed daarvan op de WGBO. Hoewel beide in 1995 in werking traden, sluit de WGBO onvoldoende aan bij bepalingen zoals artikel 5 en 12 van het VN-Kinderrechtenverdrag. De huidige leeftijdsgrenzen in de WGBO waarborgen rechtszekerheid, maar schieten tekort in het erkennen van individuele wilsbekwaamheid bij kinderen. Gewezen wordt op het Belgische model, waar de wilsbekwaamheid, en niet de leeftijd, leidend is. Mocht ditzelfde model in Nederland worden geïntroduceerd, ontbreekt het in Nederland echter wel nog aan duidelijke beoordelingscriteria voor die bekwaamheid.

Frederiks bespreekt vervolgens de vertegenwoordiging van meerderjarigen in het licht van het VN-verdrag Handicap. Op grond van artikel 12 van dit verdrag, dat Nederland in 2016 ratificeerde, is vertegenwoordiging van mensen met een beperking in beginsel niet meer toegestaan. Het gaat om ondersteunde besluitvorming, maar dit begrip is in de Nederlandse wetgeving niet geïncorporeerd. Hoewel Nederland een voorbehoud maakte bij artikel 12, zal voor vertaling van het verdrag in de Nederlandse wetgeving de WGBO moeten worden aangepast. Nederland moet namelijk meer aandacht gaan besteden aan het ondersteunen van mensen met een beperking. Dit heeft gevolgen voor de plaatsvervangende besluitvorming, zoals opgenomen in artikel 7:465 BW. Daarnaast dient ondersteuning – bijvoorbeeld via

doi: 10.5553/TvGR/016508742025049005006

hulpmiddelen of tolken – nadrukkelijker in de informatieplicht te worden verankerd (artikel 7:448 lid 1 BW).

De auteurs concluderen dat meer ruimte voor maatwerk en ondersteuning noodzakelijk is om recht te doen aan menselijke waardigheid. Dit vereist heroverweging van leeftijdsgrenzen, vertegenwoordiging en een verschuiving van rechtszekerheid naar meer maatwerk.

Tot slot wijst Verkleij (Stichting Mentorschap) op de implicaties voor de Wet op het Mentorschap. Frederiks beaamt dat ook deze wet aanpassing behoeft. Vertegenwoordiging dient namelijk meer in samenwerking met de betrokkene te geschieden.

4. Deel 3: de regulering van patiëntenrechten in België

Van Assche en Vansweevelt bespreken in hun bijdrage de Belgische Wet op de Patientenrechten uit 2002, waarin de rechten van patiënten in één integraal en toegankelijk wettelijk kader zijn vastgelegd. Deze wet vormt de juridische hoeksteen van de Belgische gezondheidszorg. Naar aanleiding van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen werd in 2020 een evaluatie gestart, die leidde tot een wetswijziging in februari 2024. Met deze wetswijziging is de patiëntgerichte benadering versterkt, de rol van de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger gemoderniseerd en verduidelijkt, hebben naasten meer betrokkenheid en zijn er maatregelen genomen die de patiënt beter in staat stellen regie over zijn zorg te nemen.

In rechtsvergelijkend perspectief met de WGBO, valt op dat de Belgische patiëntenwet van toepassing is op alle mogelijke rechtsverhoudingen, inclusief keuringsituaties. België kent daarnaast een ruimere medewerkingsplicht en expliciete erkenning van het recht op kwaliteitsvolle zorgverlening en het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar. In Nederland zijn deze rechten slechts impliciet of verspreid geregeld. Het recht op informatie en toestemming is grotendeels vergelijkbaar, al stelt België aanvullende voorwaarden. Daarnaast wordt ten aanzien van geïnformeerde toestemming het accent gelegd op 'te verwachten ontwikkelingen en voor patiënt relevante risico's', en moet ook informatie over de bekwaamheid van de arts en de financiële gevolgen worden verstrekt. Ten aanzien van het patiëntendossier zijn er belangrijke verschillen. De Belgische wet schrijft 23 gegevenscategorieën voor die ten minste moeten worden opgenomen, kent een bewaartermijn van dertig jaar en verleent geen recht op vernietiging, gelet op het belang van de arts om zich te kunnen verantwoorden. Sinds 2024 heeft de patiënt volledige inzage, inclusief in persoonlijke notities, en na overlijden kunnen nabestaanden onder voorwaarden inzage verkrijgen bij een gezondheidszorgbeoefenaar, zij het zonder recht op afschrift. Wat betreft vertegenwoordiging, worden minderjarigen betrokken op basis van hun leeftijd. De arts beoordeelt de maturiteit in relatie tot de behandeling. Voor wilsonbekwame meerderjarigen hanteert België, net als Nederland, een rangorde.

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2025 (49) 5
doi: 10.5553/TvGR/016508742025049005006

Frederiks vraagt zich na afloop van de bijdrage af in hoeverre het VN-verdrag Handicap is meegenomen in de wetswijziging. Volgens de auteurs is dat nauwelijks, hooguit impliciet, het geval. De Haan (Amphia Ziekenhuis) informeert naar het lot van persoonlijke aantekeningen in de praktijk. De auteurs geven aan dat deze in feite niet langer bestaan.

5. Deel 4: naar een nieuwe regeling voor somatische zorg onder dwang

Het vierde deel van het preadvies, geschreven door Plomp, gaat over de regeling voor somatische zorg onder dwang. De WGBO biedt hiervoor slechts één bepaling, namelijk artikel 7:465 lid 6 BW, op grond waarvan met toestemming van de vertegenwoordiger dwang kan worden toegepast bij een wilsonbekwame patiënt ter afwending van ernstig nadeel voor de patiënt zelf. De rechtsbescherming onder de WGBO is echter beperkt, waardoor vraagtekens kunnen worden geplaatst bij de proportionaliteit bij een langer durende behandeling onder dwang.

De Wvggz en Wzd bieden ruimere mogelijkheden voor somatische dwangzorg. Ze bieden de mogelijkheid om vanwege een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap ook zorg te verlenen ter behandeling van een somatische aandoening. In beginsel gaan deze wetten voor op de WGBO. Deze wetten zijn ook van toepassing op wilsbekwame patiënten, bij ernstig gevaar voor anderen, bieden de mogelijkheid van een gedwongen opname en het is makkelijker verzet van een vertegenwoordiger te passeren. Tegelijkertijd is er in beginsel ook meer rechtsbescherming onder deze wetten.

Een belangrijke bevinding uit het Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz[1] is dat in de praktijk bij de verlening van somatische dwangzorg regelmatig andere afwegingen worden gemaakt dan de wetgever voor ogen had. Vaak worden keuzes voor een bepaald wettelijk kader gemaakt op basis van de plaats van de zorg of wordt gekozen voor de minst complexe weg. Dit leidt niet altijd tot passende zorg, want alle drie de wetten worden onvoldoende benut. Er is sprake van terughoudendheid ten aanzien van de toepassing van dwang onder de WGBO; deze wordt vaak pas toegepast als sprake is van acuut gevaar. De lat wordt in de praktijk dus hoger gelegd dan onder de Wvggz voor het inzetten van dwang. Maar ook de Wvggz en de Wzd worden op dit punt onvoldoende benut, zo worden vooral de eenvoudigere somatische behandelingen onder de Wvggz uitgevoerd. Dit leidt tot rechtsongelijkheid en wellicht minder zorgverlening.

De drie regelingen voor somatische zorg onder dwang maken onderscheid op basis van een geestelijke stoornis. Wilsonbekwaam verzet kan verschillende oorzaken hebben. Plomp vraagt zich af of het wel gerechtvaardigd is om bij mensen met een geestelijke stoornis ruimere mogelijkheden voor somatische zorg onder dwang te bieden dan bij mensen zonder zo'n stoornis. Plomp concludeert dat herziening ge-

1 E. Plomp & J. Legemaate, *Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvggz: goede voorbeelden uit de praktijk*, Den Haag: ZonMw 2024.

doi: 10.5553/TvGR/016508742025049005006

wenst is. De WGBO biedt te weinig mogelijkheden en te weinig bescherming, de Wvggz en Wzd zijn te complex en beperkt uitvoerbaar en er is onvoldoende rechtvaardiging voor dat onderscheid op basis van een geestelijke stoornis. Bovendien staat dit onderscheid op gespannen voet met onder andere het VN-verdrag Handicap.

Volgens Plomp is het tijd voor één nieuwe regeling voor somatische zorg onder dwang waarin wilsonbekwaamheid centraal staat, ongeacht de oorzaak. Deze regeling moet alleen worden ingezet als ultimum remedium, dus pas nadat pogingen tot ondersteuning in besluitvorming zijn geprobeerd. Ook bepleit zij duidelijke criteria voor het vaststellen van wilsonbekwaamheid en voor de manier waarop vertegenwoordigers en hulpverleners rekening moeten houden met wensen, voorkeuren en waarden van de patiënt. Zij stelt dat het belangrijk is het continuüm van vrijwillige naar gedwongen somatische zorg zoveel mogelijk in één wet te regelen, met de nadruk op het voorkómen van dwang. De WGBO is volgens Plomp hiervoor het meest geschikt. Een nadere uitbreiding in de WGBO van het voorstadium van dwang – met onder andere proactieve zorgplanning en zorg onder drang – kan bijdragen aan het voorkomen van dwang. Bovendien zou een regeling in de WGBO de uitvoerbaarheid vergroten. De rechtsbescherming zou deels in de WGBO en deels in een bestuursrechtelijke regeling geregeld moeten worden. Bij milde dwang kan worden volstaan met beperkte rechtsbescherming; bij toenemende ingrijpendheid of langere duur is er meer nodig.

De Jong (KNMG) vraagt of het zorgcontinuüm niet een gewenste uitkomst impliceert. Plomp erkent dat risico, maar benadrukt dat vroegtijdige signalering het juist mogelijk maakt om tijdig maatregelen te nemen om te voorkomen dat dwang nodig wordt. Een andere vraag wijst op de terughoudendheid van zorgverleners: speelt onwil of ongemak bij dwang een rol? Plomp bevestigt dat, en wijst ook op bureaucratische drempels. Toch verwacht zij dat een duidelijke regeling de uitvoerbaarheid en aanvaardbaarheid in de praktijk vergroot.

6. Deel 5: naar een technologiebestendige WGBO

Tijdens het laatste gedeelte gaan preadviseurs Ploem en Bak in op een technologiebestendige WGBO. Het eerste deel van het preadvies richt zich op de belangrijkste technologische ontwikkelingen, beginnend met de digitalisering in de zorg. Elektronische gegevensuitwisseling is steeds meer de standaard en voor patiënten zijn er veel meer mogelijkheden om online contact te hebben met de zorgverlener. Daarnaast zijn er meerdere voorbeelden van zorg op afstand, zoals gebruik van videoconsulten, monitoring via wearables en medische apps. Artificiële Intelligentie (AI) maakt het mogelijk om patronen in grote hoeveelheden data te herkennen, maakt de zorg potentieel efficiënter en goedkoper en draagt bij aan gepersonaliseerde zorg. Daarnaast versnelt digitalisering ook de ontwikkeling van genoomtechnologie, wat ook bijdraagt aan gepersonaliseerde zorg.

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2025 (49) 5
doi: 10.5553/TvGR/016508742025049005006

De inzet van deze digitale toepassingen verandert ook de manier waarop toestemming wordt gegeven en informatie wordt gedeeld. Toegang tot medische gegevens verloopt steeds vaker via de elektronische weg en volgens de preadviseurs biedt de WGBO ruimte voor digitaal informed consent. Tegelijkertijd zijn er ethische en praktische aandachtspunten, zoals beperkte toegang voor kwetsbare groepen, verlies van persoonlijk contact en de noodzaak tot digitale geletterdheid. Het huidige recht op inzage is geregeld in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz), maar de WGBO voorziet nog niet in elektronische toegang. In België is dit wel goed geregeld; daarom zou ook de WGBO in Nederland hierin moeten worden aangepast, en kan de bepaling uit de Wabvpz worden overgeheveld. De preadviseurs stellen verder dat het recht op persoonlijk contact wettelijk verankerd zou moeten worden in de WGBO. Overige regulering kan beter plaatsvinden via zelfregulering, aangezien uit de praktijk blijkt dat dit door hulpverleners wordt gebruikt.

In het tweede deel van het preadvies gaan Ploem en Bak nader in op de omgang met persoonsgegevens en lichaamsmateriaal. De gegevensuitwisseling binnen de behandelrelatie is in de WGBO goed geregeld, maar daarbuiten – bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoek – bestaat onduidelijkheid. De zeggenschapsregeling voor het delen van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek is al een ruime 30 jaar onderwerp van discussie. De WGBO gaat uit van een toestemmingssysteem, maar de praktijk blijkt versnipperd en bureaucratisch. Elk ziekenhuis hanteert andere procedures, wat leidt tot rechtsonzekerheid.

De preadviseurs pleiten daarom voor een wijziging van artikel 7:457 en 7:458 BW in die zin dat sprake is van een opt-outsysteem voor het delen van gegevens. De gegevens mogen in beginsel gedeeld worden, zowel voor zorg als voor onderzoek, waarbij patiënten bezwaar kunnen maken. Dit sluit ook aan bij de European Health Data Space (EHDS), die als uitgangspunt heeft dat voor secundair gebruik van data een opt-outsysteem wordt ingevoerd. Voor lichaamsmateriaal is de situatie complexer. De WGBO kent nauwelijks bepalingen hierover, en volgens de preadviseurs zou deze verantwoordelijkheid beter belegd kunnen worden in de aankomende Wet zeggenschap lichaamsmateriaal (Wzl). Wat de norm precies moet zijn blijft vooralsnog open.

Tot slot werpen Ploem en Bak een blik op de gevolgen van technologie voor het goed hulpverlenerschap. Zorg op afstand en het gebruik van AI stellen andere eisen aan de professionaliteit van zorgverleners. AI-systemen kunnen fouten maken of vooroordelen versterken en het is dan bijvoorbeeld niet altijd duidelijk wie aansprakelijk is. Daarnaast kan de hulpverlener door gebruik van genoomtechnologie geconfronteerd worden met nevenbevindingen of informatie die na beëindiging van de behandeling beschikbaar komt. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn dat persoonlijk contact niet verloren mag gaan, de zorg ook bij gebruik van AI goed en veilig moet zijn en dat hulpverleners weten wat hun zorgplicht inhoudt jegens de patiënt ten aanzien van het terugkoppelen van nevenbevindingen en later naar voren gekomen informatie (*duty to recontact*).

De preadviseurs pleiten voor een nieuwe bepaling in de WGBO waaruit volgt dat sprake moet zijn van enig persoonlijk contact tussen hulpverlener en de patiënt. Maar ook hier geldt dat sommige aspecten het beste via zelfregulering kunnen worden opgevangen. Samenvattend concluderen Bak en Ploem dat de WGBO in de kern technologieonafhankelijk en dus behoorlijk toekomstbestendig is. De normen zijn globaal geformuleerd, wat ruimte biedt voor interpretatie. Toch is actualisering nodig: gericht op digitale toestemming, elektronische inzage, bescherming van kwetsbare patiënten, en het waarborgen van persoonlijk contact. Zelfregulering kan daarbij aanvullend werken en blijft een essentieel onderdeel van het normatieve kader waarin zorgverleners opereren.

Lautenbach (Medical Phit) vraagt aandacht voor de gevoeligheid van psychiatrische gegevens binnen het voorgestelde opt-outsysteem van de EHDS. Zij wijst op een opt-insysteem voor zulke gegevens. Ploem geeft aan dat een goed uitgelegd opt-outsysteem in de praktijk sterk lijkt op toestemming. Bak voegt daaraan toe dat sommige categorieën, zoals DNA-profielen en lichaamsmateriaal, zo gevoelig zijn dat zij niet zonder meer onder een generiek opt-outsysteem zouden moeten vallen. Ook psychiatrische gegevens vragen volgens haar om een zorgvuldige afweging. Pans (Expertisecentrum Euthanasie) vraagt zich af hoe binnen de informed-consentregelgeving rekening kan worden gehouden met kwetsbare groepen, zoals oudere patiënten. Zij pleit voor ruimte om, waar nodig, af te wijken van standaardmethodes. Bak stemt hiermee in en verwijst naar het concept van samen beslissen, waarin de hulpverlener samen met de patiënt zoekt naar een passende vorm van toestemming. Dat moet volgens haar wel praktisch uitvoerbaar blijven. Hooghiemstra (Hooghiemstra & Partners) stelt een vraag over het medisch beroepsgeheim in relatie tot het secundaire gebruik van gegevens binnen de EHDS. Wordt van zorgverleners verwacht dat zij onder voorwaarden gegevens aanleveren voor bijvoorbeeld innovatiebeleid of onderzoek? Volgens Ploem is daarvoor een wettelijke verplichting nodig. Zo'n verplichting raakt aan het recht op privéleven en moet proportioneel en subsidiair zijn. Alleen bij een aantoonbare maatschappelijke noodzaak kan dit worden gerechtvaardigd. Tot slot vraagt De Goeij (VWS) zich af waarom het opt-outsysteem in de WGBO zou moeten worden vastgelegd, aangezien dit al geregeld is in andere wetgeving, zoals de Wabvpz. Volgens Ploem is het wenselijk om het algemene uitgangspunt van opt-out eenduidig in de WGBO op te nemen om het juridische kader overzichtelijk en toegankelijk te houden.

7. Plenaire discussie

De plenaire discussie wordt geopend door Van der Mersch met een vraag aan het panel of de reikwijdte van de WGBO en de definitie van de hulpverlener nog wel actueel is. Van der Mersch verwijst naar België, waar patiëntenrechten ruimer worden toegepast, mits zorgverleners erkend zijn. Ploem stelt dat de WGBO ook van toepassing is op zorgrelaties zonder behandelovereenkomst, en dus breder moet worden geïnterpreteerd. Legemaate wijst op het probleem dat nieuwe wetten vaak onvoldoende aansluiten op bestaande regelgeving en dat opkomende zorginitiatie-

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2025 (49) 5
doi: 10.5553/TvGR/016508742025049005006

ven, zoals start-ups, in verschillende verschijningsvormen voorkomen wat niet is bij te benen voor de wetgever. Uit de zaal merkt Wijne op dat het BW al voorziet in een brede toepassing van patiëntenrechten. Legemaate sluit zich daarbij aan en benadrukt dat het doel van de WGBO is om burgers te beschermen tegen kwaliteits- en deskundigheidsrisico's. Fijnheer (AKD) pleit voor een meer universele regeling, zonder talloze uitzonderingen zoals dat nu het geval is onder het overeenkomstenrecht.

Vervolgens wordt de vraag gesteld of er patiëntenrechten ontbreken. Van der Mersch noemt bijvoorbeeld het recht op vrije artsenkeuze. Legemaate ziet meerdere hiaten, waaronder het ontbreken van expliciete rechten op samenwerking in de zorg, en vraagt zich af of de discussie wel goed is gevoerd over welke patiëntenrechten wél zijn opgenomen. Ploem vraagt zich af of zulke rechten in de wet thuishoren of beter via zelfregulering kunnen worden vormgegeven. Vanuit de zaal wijst De Haan op praktische beperkingen in ziekenhuizen, waar vrije artsenkeuze lastig te realiseren is. Ploem vindt dat solidariteit onder patiënten hierin een rol moet spelen. Legemaate stelt dat bepaalde groepen patiënten worden geprioriteerd over anderen en pleit voor sterkere patiëntenplichten. De Ruijter (UvA) waarschuwt dat te veel nadruk op solidariteit de vrije artsenkeuze en het vertrouwen in de zorg onder druk kan zetten. Ploem en Bak beamen dat solidariteit niet afdwingbaar is.

Van Reekum vraagt naar de positie van naasten in België. Van Assche legt uit dat vertrouwenspersonen daar inmiddels wettelijk zijn verankerd. Plomp merkt op dat in de WGBO rechten voor naasten, zoals bijstand of ondersteuning, nog ontbreken. Zetsma (KNMG) vraagt naar de juridische status van een patiëntencode als instrument om versnippering tegen te gaan. Legemaate ziet kansen voor zo'n code, mits deze gezaghebbend en buiten de overheid tot stand komt. De Jong vraagt of het vernietigingsrecht kan verdwijnen. Het panel ziet dat als onwenselijk, maar erkent dat het in de praktijk tot dilemma's leidt.

Ook minderjarigen komen aan bod. Simons vraagt zich af of het loslaten van leeftijdsgrenzen in de WGBO past binnen het huidige systeem. Krugers Dagneaux vindt dat de leeftijdsgrens van twaalf jaar geen recht doet aan wilsbekwame kinderen onder die grens. Volgens Ploem volgt de betrokkenheid van jonge kinderen bij het besluitvormingsproces uit goed hulpverlenerschap. De WGBO staat hieraan dus niet in de weg.

Met dankzegging aan de preadviseurs en de aanwezigen in de zaal, sluit voorzitter Toebes de vergadering.