

## 5 Zorgverlener èn opsporingsambtenaar?<sup>1</sup>

*Zorgverleners lijkt steeds vaker gevraagd te worden om vroegtijdig maatschappelijke problemen te signaleren en mee te werken aan het opsporen en melden van (dreigende) misdrijven. In dit signalement wordt deze ontwikkeling verkend. Klopt het dat naast de zorg voor individuele patiënten ook een nieuwe taak aan het ontstaan is, die een bijdrage moet leveren aan rechtshandhaving, publieke veiligheid, openbare orde en volksgezondheid? Zijn onder invloed hiervan opvattingen over zwijgplicht en spreekplicht aan het verschuiven? Wordt er vaker een beroep gedaan op artsen en andere professionals in de gezondheidszorg om 'er vroeger bij te zijn' (vroegsignalering), misstanden met betrokkenen aan te kaarten en deze eventueel te melden (opsporingsbelang)? Als dat zo is, wat zijn daarvan dan de consequenties voor zorgverleners en voor patiënten/cliënten? En wat zijn ethische kwesties daarbij?*

### 5.1 Inleiding

Om de veiligheid in de samenleving te vergroten neemt de overheid soms maatregelen die de privacy van individuen kunnen aantasten. Preventief fouilleren en identificatieplicht zijn actuele voorbeelden van zulke maatregelen. Ook op andere manieren wordt geprobeerd de veiligheid te vergroten. Minister Remkes wees er onlangs nog op dat scholen, buurt- en clubhuizen en woningcorporaties bij gemeenten anoniem melding moeten kunnen maken van zorgwekkend gedrag van hun leerlingen, bezoekers en huurders. Het komt naar zijn mening te vaak voor dat betrokkenen 'wegkijken' als ze verdachte zaken constateren bij mensen met wie ze een nauwe band hebben.

Ook van professionals in de zorg lijkt steeds vaker te worden verwacht dat ze bij misstanden die ze tijdens hun werk zien niet 'wegkijken', maar daarop reageren met een hulpaanbod ofwel dit melden aan relevante andere instanties. In dat geval wordt het beroepsgeheim doorbroken om een ander belang te dienen (interviews Ter Meulen, Junger 2005)<sup>2</sup>.

Voor dergelijke stappen kunnen op zich ook goede redenen bestaan. Het doorbreken van het beroepsgeheim kan immers een laatste middel zijn om een ernstige situatie als (dreigend)

<sup>1</sup> Dit signalement is opgesteld door dr AJ Struijs, projectcoördinator van het CEG/RVZ.

<sup>2</sup> Ter voorbereiding van dit signalement zijn diverse deskundigen in dit voorjaar geïnterviewd of geconsulteerd. Een overzicht van namen is als bijlage bij dit signalement opgenomen.

levensgevaar, ernstige besmettelijke ziekte of ernstige schade van de lichamelijke integriteit te voorkomen of af te wenden. Het gaat dan om het opsporen van gezondheidsrisico's. Tijdig signaleren en interveniëren betekent vaak dat problemen voorkomen of ingedamd kunnen worden. En hulpverleners zijn in een goede positie om een preventieve taak uit te voeren, omdat de contacten met patiënten dikwijls natuurlijke 'vindplaatsen' zijn van problemen waar mensen zelf niet mee komen, maar waarop medische zorg of bijvoorbeeld ingrijpen door politie of justitie wel vereist is (SCP 2005, Hermanns 2003).

De overheid zet daar ook op in. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de interdepartementale beleidsnota *Operatie Jong* (Brief Staatssecretaris ea. 29 284: 2). Ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ontwikkelt beleid voor vroege signalering van problemen. Een parlementaire wetenschappelijke adviescommissie (*Inventgroep*) onderzoekt op dit moment de manier waarop in het jeugdbeleid zogenaamde 'vroegsignalering' en interventies kunnen plaatsvinden en welke infrastructuur daarbij nodig is. De commissie brengt in september 2005 haar advies uit (interview Junger 2005).

Deze tendens vraagt van zorgverleners echter dat zij meer doen dan de zorg verstrekken waar de patiënt om vroeg. De preventieve taak kan ook nog verder gaan. Vroegsignalering en daarop volgende hulpverlening zijn soms onvoldoende effectief om een situatie van dreigend (levens)gevaar of grensoverschrijdend gedrag te stoppen. In dat geval kan het nodig zijn dat de hulpverlener een risicovolle situatie meldt bij een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) of een instantie buiten de gezondheidszorg.

Een huisarts ontdekt dat een van haar patiënten, een chauffeur die met een taxibusje kinderen vervoert, met sommige kinderen van zijn busje ontucht pleegt. Ze meldt het bij het AMK. Die gaat het onderzoeken. Later trekt ze op advies van haar collega's haar melding alsnog in. Het advies van haar collega's was dat ze zich door het te melden op glad ijs zou begeven en met het tuchtcollege te maken zou kunnen krijgen (interview Ter Meulen 2005).

De afweging of in een gegeven situatie doorbreking van de geheimhoudingsplicht geoorloofd is, is echter een lastige. Juist over die afweging gaat het in dit signalement. Welk spanningsveld kan bestaan tussen de zorgtaak en de signalerings- en opsporingstaak van de zorgverlener? In het Engelse handboek *Medical Ethics Today* (BMA 2004) komt deze thematiek aan de orde onder de noemer: *'the dual obligations of a doctor'*. Deze verplichtingen aan de patiënt en verplichtingen aan derden verdragen zich niet altijd goed met elkaar. Welk belang moet dan zwaarder wegen: het belang van de toegankelijkheid van de zorg of het maatschappelijk belang van bijvoorbeeld opsporing, veiligheid of volksgezondheid?

Dit signalement is als volgt opgebouwd: in paragraaf 5.2 wordt beschreven wat de publieke taken van de zorgverlener zijn en welke regelingen er zijn voor beroepsgeheim en het doorbreken daarvan. In paragraaf 5.3 wordt vervolgens nagegaan of er inderdaad verschuivingen optreden in de taken die aan zorgverleners worden toevertrouwd. Na een eerste algemene verkenning

gebeurt dat wat diepgaander aan de hand van een bespreking van drie casus. De paragraaf sluit af met een conclusie over de belangrijkste verschuivingen die zich aftekenen. Paragraaf 5.4 is gewijd aan de juridische en morele implicaties van de veranderende verantwoordelijkheden die aan zorgverleners worden toegekend. In paragraaf 5.5 staan tot slot de punten voor de ethische beleidsagenda.

## 5.2 Publieke taken, individuele zorg

### Maatschappelijke belangen

Dat zorgverleners publieke taken hebben is niet nieuw. Ze hebben altijd al verantwoordelijkheden gehad die verder reiken dan het individuele belang van de patiënt of cliënt of de belangen op instellingsniveau. Het maatschappelijk of algemeen belang vraagt van zorgverleners in verschillende situaties bij te dragen aan bijvoorbeeld de bescherming van de veiligheid, rechtshandhaving of handhaving van mensenrechten en bescherming van de (volks)gezondheid.

Toegespitst op dat laatste gaat het om waarborgen van gelijke toegang tot en goede kwaliteit van de zorg, maar ook om een rechtvaardige verdeling van zorg en rechtmatig gebruik van voorzieningen en verzekeringen. Voor zorgprofessionals houdt dat in dat zij bij de uitoefening van hun taak – goede zorgverlening aan de individuele patiënt/cliënt – ook rekening houden met het publiek belang.

Publieke of maatschappelijke belangen en individuele belangen kunnen echter met elkaar in conflict komen en tot morele dilemma's leiden. Zo is in de individuele zorgrelatie tussen arts en patiënt vertrouwen een belangrijke waarde die geborgd wordt door het beroepsgeheim. Algemene stelregel is dat de arts de vertrouwensrelatie niet schendt. Schending (spreekplicht) mag alleen als er ernstig (levens)gevaar voor anderen dreigt en door doorbreking van het beroepsgeheim dat gevaar kan worden voorkomen.

Wanneer kan zich dat voordoen? Aan de volgende situaties valt te denken:

- *Gezondheid*: als iemands ziekte een gevaar voor anderen op kan leveren. Een HIV-geïnfecteerde man wil bijvoorbeeld zijn zwangere partner niet informeren over zijn besmetting, terwijl de ongeboren baby door tijdig ingrijpen nog geholpen kan worden. De arts moet dan doorbreking van het beroepsgeheim overwegen.
- *Publieke veiligheid*: als iemand vanwege zijn conditie een mogelijk gevaar op de weg is, maar weigert gehoor te geven aan het advies van de arts om niet meer achter het stuur te gaan, dan moet deze dit melden bij de politie.
- *Ernstige misdrijven en nationale veiligheid*: als een arts door de politie wordt benaderd voor het vaststellen van de identiteit van de verdachte, moet een arts afweten of hij of zij daaraan meewerkt. Dat kan lastig zijn omdat de politie maar beperkt informatie verstrekt. Zij heeft immers ook weer geheimhoudingsplicht.

- *Veiligheid op de werkplek*: als de gezondheid van één van de werknemers een gevaar is voor de veiligheid van anderen, moet de bedrijfsarts dit melden.
- *Mishandeling en huiselijk geweld*: als slachtoffers zelf aangeven dat zij de aan de arts toevertrouwde informatie over huiselijk geweld niet ontsloten willen hebben, moet de arts afwezen of hij of zij desondanks in het belang van het slachtoffer toch moet spreken (spreekplicht).

## Individuele bescherming

Moet de arts een maatschappelijk belang van opsporing zwaarder laten wegen dan de bescherming van persoonlijke gegevens van een patiënt of cliënt, dan kan dat ook doorbreken van het beroepsgeheim betekenen. Wat zijn op dit moment de regelingen voor het beroepsgeheim waarmee zorgprofessionals te maken hebben?

Het beroepsgeheim omvat de zwijgplicht en het verschoningsrecht. Voor alle medische beroepsbeoefenaren geldt de zwijgplicht tegenover iedereen, behalve uiteraard degene die hem of haar de informatie heeft toevertrouwd. Voor medewerkers die wel bij de hulpverlening betrokken zijn (zoals assistenten, receptionisten en secretaresses), maar niet vanwege hun eigen beroep een beroepsgeheim hebben, geldt een van de arts afgeleid beroepsgeheim. Ook zij moeten zorgen dat het beroepsgeheim van de arts bewaard blijft. Artsen (en andere medische zorgverleners) moeten zich ten opzichte van elkaar ook houden aan de zwijgplicht. Alleen voor bij de behandeling betrokken zorgverleners geldt deze zwijgplicht niet; zij mogen ervan uitgaan dat de patiënt toestemt in uitwisseling van informatie.

Het verschoningsrecht houdt in dat een arts tegenover de rechter, de rechter-commissaris en de politie bepaalde vragen niet hoeft te beantwoorden als hij daardoor in conflict komt met zijn zwijgplicht. Slechts een beperkte groep beroepsbeoefenaren kan hiervan gebruik maken: naast de arts hebben de notaris, de advocaat en de geestelijke een verschoningsrecht. In het geval van een arts betekent het bijvoorbeeld dat hij of zij is vrijgesteld van de plicht tot het doen van aangifte van ernstige misdrijven door zijn patiënten zoals moord, doodslag en verkrachting. ‘Gewone’ burgers hebben wel een aangifteplicht voor deze delicten (KNMG handreiking 2004).

De wettelijke regeling van het beroepsgeheim – zwijgplicht en verschoningsrecht – heeft zowel aspecten van individueel belang als van algemeen belang in zich (Leenen 1988). Dát de zwijgplicht en het verschoningsrecht wettelijk geregeld zijn, wijst al op het algemeen belang. Er is hiermee een vrije sfeer gegarandeerd: iedere patiënt/cliënt kan zonder vrees hulp inroepen (toegankelijkheid) en in bepaalde situaties vertrouwelijke mededelingen doen (vertrouwelijkheid). Dit dient tegelijkertijd ook het individuele belang: het beroepsgeheim waarborgt de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt: de patiënt moet zijn verhaal kunnen doen, wetende dat de zorgverlener het niet verder vertelt (De Jong 2004, Kastelein 2004, Leenen 1988). De wetgever heeft dus het ene algemene belang, het opsporingsbelang van strafbare feiten, achtergesteld bij het andere algemene belang, de wenselijkheid van onbelemmerde toegang tot de zorg.

Dit laatste is bijvoorbeeld relevant voor mensen die een misdaad begaan hebben: ook zij hebben toegang tot de zorg en mogen rekenen op vertrouwelijkheid. De Jong noemt het volgende voorbeeld:

Stel nu dat Volkert van der G. aan de politie was ontkomen en zich later meldt bij een psychiater omdat hij de moord op Fortuyn niet kon verwerken.

De psychiater mag dit op grond van zijn beroepsgeheim niet aan de politie melden. De Jong noemt dit voorbeeld om aan te geven hoe dit uitgangspunt van geheimhouding op gespannen voet kan komen te staan met het maatschappelijke belang van opsporing. Naar aanleiding van dit voorbeeld stelt hij de vraag of er toch niet situaties denkbaar zijn waarbij de geheimhoudingsplicht en de vrije toegang tot de zorg minder vanzelfsprekend zijn (De Jong 2004).

Ook bij vergelijking van de verschillende wetsartikelen inzake het beroepsgeheim blijkt dat een weging van belangen lastig kan zijn. Het is voor de individuele zorgverlener niet altijd gemakkelijk om uit te maken wat nu precies geheim gehouden moet worden<sup>3</sup>. Is het alleen datgene wat als zodanig is toevertrouwd (Wet BIG; Wetboek van Strafrecht)? Of is het ruimer en moeten daarvoor alle gegevens over een patiënt worden verstaan, zoals de WBP en de WGBO bepalen? Voor de zekerheid kan de zorgverlener het beste van de ruime definitie uitgaan en geldt een geheimhoudingsplicht voor alle gegevens van een patiënt (De Jong 2004). Een andere complicerende factor is dat de beroepsgroepen zelf ook weer hun regels hebben voor het beroepsgeheim.

Wat al deze regelingen duidelijk maken is dat het beroepsgeheim wordt gezien als noodzakelijke voorwaarde voor een goede beroepsuitoefening van zorgprofessionals. Ook in contacten met politie en justitie dient het gerespecteerd te worden. Toch is het beroepsgeheim niet heilig. Er kunnen ook zwaarwegende belangen zijn om het te doorbreken. Dat kan echter alleen als de patiënt toestemming geeft, er een wettelijke plicht tot spreken is of bij een conflict van plichten.

In het eerste geval heeft de patiënt of diens vertegenwoordiger toestemming gegeven voor het openbaar maken van zijn gegevens. De arts hoeft zich dan niet te houden aan het beroepsgeheim, maar is ook niet verplicht tot spreken.

In het tweede geval – bij de wettelijke plicht tot spreken – kan het bijvoorbeeld gaan om bepalingen in de ‘Wet op de Infectieziekten’. Een arts is verplicht om in de wet bepaalde besmettelijke ziekten te melden bij de autoriteiten. Andere voorbeelden zijn: de Wet op de Lijkbezorging, in verband met een overlijdensverklaring, en de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ), in verband met geneeskundige verklaringen voor een gedwongen opname of voortzetting van verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

3 art. 88 Wet BIG, art. 12 WBP, art. 272 Sr., art. 7:457BW (=WGBO).

In het derde geval – bij een conflict van plichten – kan de arts het belang van geheimhouding van gegevens over de patiënt afwegen tegen andere zwaarwegende belangen. Door het niet prijsgeven van informatie kan bijvoorbeeld het leven van een ander ernstig in gevaar komen. Als door ingrijpen van de arts direct (toekomstig) gevaar kan worden afgewend, dan is het doorbreken van het beroepsgeheim op basis van een conflict van plichten geoorloofd. De dreiging moet echter reëel zijn en niet op een andere, minder ingrijpende manier kunnen worden afgewend. Bovendien moet het algemeen belang meewegen: als leden van de samenleving moeten we erop kunnen vertrouwen dat alleen in het uiterste geval openbaar gemaakt zal worden wat in vertrouwen aan artsen is gemeld (Houtlosser in Dupuis ea, 1994).

## **Conclusie**

Zorgverleners hebben in hun taakopvatting altijd al rekening gehouden met publieke belangen. Ook het beroepsgeheim dient een publiek belang. Soms kan dit belang strijdig zijn met een ander publiek belang, waardoor een conflict van plichten ontstaat. Dan is een morele afweging nodig. Waar liggen de morele grenzen tussen het vasthouden aan het beroepsgeheim en het doorbreken ervan? En zijn die grenzen aan het verschuiven omdat gaandeweg meer belang wordt gehecht aan opsporing van misstanden en misdrijven? Over die vraag gaat het in de volgende paragraaf.

### **5.3 Nieuwe weging van belangen**

De regelingen voor het beroepsgeheim, met zijn waarborgen voor vertrouwelijkheid en zijn uitzonderingen daarop, zijn ontworpen om een goede balans te vinden tussen individuele belangen van patiënten/cliënten en het algemeen belang. Maar het gewicht dat aan de verschillende belangen wordt toegekend kan veranderen. Er zijn aanwijzingen dat dat op dit moment ook gaande is. Is het inderdaad zo dat er meer belang wordt gehecht aan de publieke taak van zorgprofessionals om misstanden op te sporen, onder invloed van de toegenomen aandacht voor veiligheid, sociale problemen en rechtshandhaving? Het antwoord op die vraag wordt gezocht door eerst globaal te verkennen wat er op dit gebied gaande is en vervolgens door naar drie casus te kijken. Hoe manifesteert zich de spanning tussen het publieke belang van opsporing en het belang van individuele bescherming?

#### **Grenzen aan geheimhouding in discussie**

Uit de vele rapporten, handreikingen en andere publicaties die recent zijn verschenen, maar ook uit interviews met diverse deskundigen blijkt dat zowel in de praktijk van de gezondheidszorg als in de rechtspraak opvattingen over bescherming van het individuele belang en van het publieke belang ter discussie staan.

Dat artsen vaker worstelen met de vraag of ze zich aan hun geheimhoudingsplicht moeten houden of moeten spreken, blijkt onder meer uit de toegenomen hoeveelheid vragen die de KNMG-

artsen-infolijn hierover ontving (Biesart en Van Meersbergen, 2004). Voor de KNMG was dit aanleiding om voor artsen de handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie (2004) samen te stellen. Tegelijkertijd stelde de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) de 'Handleiding politie en justitie voor ziekenhuizen' op. De KNMG en NVZ hebben in goed overleg beide handreikingen samengesteld (vgl. ook Duijst 2003).

(Huis)artsen worden geregeld benaderd door verzekeraars die fraude met levensverzekeringen willen aanpakken (De Jong ea. 1999, De Jong 2004). De verzekeraars stellen dat er sprake is van substantiële fraude met levensverzekeringen. Fraude die vaak alleen met behulp van informatie van de (huis)arts kan worden opgespoord. Recentelijk werd bekend dat het voor verzekeraars gemakkelijker wordt fraude met levensverzekeringen aan te pakken. Een nieuwe, onafhankelijke commissie kan informatie opvragen bij de arts van een overledene als er een gerechtvaardigd vermoeden bestaat van fraude (NRC, 18 mei 2005).

Verpleegkundigen lopen ook geregeld tegen de vraag aan of ze mee moeten werken aan het opsporingsbelang van politie of justitie (Schalken 1999). Niet altijd is daarbij de geheimhoudingsplicht in het geding. Het kan ook gaan om de vraag waar ethische en professionele grenzen liggen aan de zorgtaak. Heel expliciet speelt dat in het volgende voorbeeld:

sinds 1 februari jl. is het door invoering van een nieuwe wet mogelijk dat (justitieel) verpleegkundigen DNA afnemen bij al langer gedetineerden. Voorheen was dat alleen mogelijk bij nieuwe gedetineerden. Artsen en verpleegkundigen maken tegen de nieuwe wet bezwaar omdat het de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en de al langer gedetineerde kan schaden. Zij vinden dit een justitiële taak die de grenzen van hun (medische) zorgtaak overschrijdt (Verpleegkunde Nieuws 2005).

Bij verdere navraag in welke sectoren van de zorg vergelijkbare dilemma's zich voordoen, worden thuiszorgorganisaties, de opvang van asielzoekers, psychiatrische voorzieningen, consultatiebureaus en de jeugdgezondheidszorg genoemd (interviews Van Dam, Legemaate en De Roode, Kastelein, Ter Meulen, Duijst 2005).

Ook de Vereniging voor Gezondheidsrecht signaleert dat opvattingen over hoe maatschappelijk belang afgewogen moet worden tegen belangen van individuele bescherming verschuiven. Het preadvies *Het beroepsgeheim, continuïteit en verandering* (2004), opgesteld door drie preadviseurs, is precies om die reden geschreven. Daarnaast publiceert het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht geregeld – en zeer recent nog – over veranderende visies in de rechtspraak met betrekking tot het beroepsgeheim (zie Duijst en Schalken, 2005).

Niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook op juridisch gebied lijken opvattingen te verschuiven of ter discussie te staan. 'Geheimhoudingsplicht onder druk', kopte de Staatscourant naar aanleiding van het jaarverslag van de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA), waarin wordt vermeld dat de geheimhoudingsplicht en het verschoningsrecht onder druk staan. Vorig jaar con-

stateerde de orde het al, dit jaar is de druk alleen nog maar toegenomen (Staatscourant, 25 april 2005). Een van de aanleidingen is het mogen aftappen door politie en OM van telefoongesprekken van advocaten. Hoewel dit onder bepaalde voorwaarden juridisch mogelijk is, willen advocaten dit soort opnamen voorkomen. Meer algemeen roept de Orde op tot een debat over de geheimhoudingsplicht.

Voor welke morele dilemma's zorgverleners soms komen te staan, wordt nu uitgewerkt aan de hand van drie casus.

## **Casus 1: Opsporing en bestrijding van kindermishandeling**

### **Feiten**

De bestrijding van kindermishandeling krijgt eigenlijk pas de laatste tien jaar meer aandacht van publiek en overheid. Voordien werd kindermishandeling vooral als een privé-aangelegenheid of als een zaak van hulpverleners beschouwd. Dat is nu anders. Van iedereen wordt betrokkenheid gevraagd. Dat geldt zeker ook voor zorgverleners.

In de praktijk blijkt het voor zorgverleners echter moeilijk om uit te maken wanneer er sprake is van kindermishandeling. Wanneer moet iets wat ouders benoemen als een 'pedagogische tik' beoordeeld worden als een vorm van kindermishandeling? Een andere belemmerende factor is dat zorgverleners, vooral artsen, wel een probleem signaleren, maar er niets mee doen omdat ze zowel met de ouders als het kind te maken hebben (Hermanns 2003, interviews Ter Meulen, Hermanns, Junger, Kastelein 2005).

Hoe kunnen artsen en andere zorgverleners hiermee omgaan? In de eerste plaats zijn zij zelf de aangewezen personen om een ernstig probleem aan te pakken door met de patiënt of de ouder(s) hierover te spreken en naar oplossingsmogelijkheden te zoeken. Als een arts open en zonder angst voor verlies van vertrouwen van de patiënt een onveilige situatie aankaart, hoeft het beroepsgeheim geen beletsel te vormen (Interview Ter Meulen 2005, Gevers 2004).

Daarnaast is er voor artsen en andere medische beroepsbeoefenaren sinds enige jaren een meld*recht* ingesteld. Dat betekent dat ze een bevinding of een vermoeden van kindermishandeling kunnen melden bij het Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) of zelf aangifte kunnen doen bij de politie. Het beroepsgeheim wordt in dat geval wel geschonden. De AMK's hebben de taak bij een melding te onderzoeken of er inderdaad sprake is van kindermishandeling en kunnen zo nodig verdere stappen ondernemen door hulpverlening in te zetten of aangifte te doen.

Nog niet zo lang geleden stelde staatssecretaris Ross-van Dorp voor de meldingsmogelijkheden te verbeteren door voor alle beroepsbeoefenaren die met kinderen werken de meld*code* kindermishandeling verplicht te stellen. Hierdoor krijgen beroepskrachten uit het onderwijs, de kinder-



opvang en de jeugdgezondheidszorg de morele en professionele plicht om volgens een protocol te handelen als zij een vermoeden van mishandeling hebben (Brief Staatssecretaris, 29815: 20).

Om de meldingsbereidheid te vergroten, kan ook gedacht worden aan een meld*plicht*. Dat is wat recentelijk voorgesteld is voor kindermishandeling in het algemeen naar aanleiding van een advies over de bestrijding van een bijzondere vorm van kindermishandeling: meisjesbesnijdenis. Meisjesbesnijdenis – een ritueel gebruik dat vooral onder vluchtelingen en asielzoekers uit landen rond de Sahara voorkomt – wordt in Nederland beoordeeld als genitale verminking. Signalering en melding zijn de eerste stappen naar een betere handhaving van het verbod op meisjesbesnijdenis.

Voor medische professionals zou een meldplicht betekenen dat het beroepsgeheim geen beletsel hoeft te vormen om te melden. Doorbreken van het beroepsgeheim is dan gerechtvaardigd door een wettelijk ingestelde meldplicht (Commissie Bestrijding VGV 2005).

### **Analyse**

Kindermishandeling, waaronder meisjesbesnijdenis, wordt in Nederland beschouwd als schending van het fundamentele recht van kinderen op bescherming tegen mishandeling en seksueel misbruik. Dit recht van kinderen is gewaarborgd in het Verdrag van de rechten van het Kind. Nederland heeft dit verdrag (in 1995) en het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens ondertekend en zich daarmee verbonden aan de handhaving ervan. De fundamentele mensenrechten maken deel uit van de politieke moraal van de samenleving (Baeten en Janssen 2002). Bestrijding van kindermishandeling en vrouwelijke genitale verminking is daarmee ook een maatschappelijke en politieke verantwoordelijkheid.

Dat wordt ook steeds sterker zo gevoeld. De grens tussen wat tot de privé-sfeer gerekend wordt en wat een publieke aangelegenheid is, is opgeschoven. Geweld binnen het gezin is niet meer een zaak van alleen het gezin of de daarbij betrokken hulpverleners. Ouders zijn niet volstrekt vrij in de manier waarop zij hun kinderen mogen opvoeden, ook al doen zij het in hun ogen op een goede manier.

Toch blijft het in individuele gevallen voor zorgverleners een lastige morele afweging welke maatregel in het belang van het kind is. Dat geldt ook voor AMK's. AMK's oordelen vaak dat het behoud van de gezinssituatie meer in het belang van het kind is dan aangifte doen. Criterium is dan wel dat het kind geen gevaar meer loopt en de mishandeling stopt. Maar ook die opvatting is aan verandering onderhevig. Er gaan inmiddels stemmen op om minder terughoudend te zijn met uithuisplaatsing, ook al omdat vaak gevaar voor herhaling blijft bestaan.

In het geval van meisjesbesnijdenis ligt dit nog wat explicieter dan doorgaans bij kindermishandeling het geval is. Juist omdat deze praktijk een eenmalige handeling is, die vanuit een cultuur-bepaalde traditie plaatsvindt, zijn juridische maatregelen voor opsporing en vervolging moeilijk

uit te leggen aan de doelgroep. Daarom is goede voorlichting nodig, waarin gewezen wordt op de ernstige gezondheidsproblemen die het gevolg kunnen zijn van deze ingreep.

Kindermishandeling is inmiddels meer uit de sfeer van de geheimhouding gehaald. Doorbreking van het beroepsgeheim (spreekplicht) op grond van een conflict van plichten is voor de zorgverlener door het wettelijk meldrecht gemakkelijker gemaakt. Er is meer ruimte om de zwijgplicht te negeren en te spreken. Van zorgverleners wordt gevraagd dit in te passen in de kaders van hun beroepsuitoefening (interviews Ter Meulen, Hermanns 2005).

Toch zal de zorgverlener nog steeds vanuit zijn professionele verantwoordelijkheid een individuele afweging moeten maken om te beoordelen of in een bepaalde situatie ook gebruik gemaakt moet worden van het meldrecht (interviews Kastelein, Duijst 2005). Dát er een meldrecht is ingesteld, geeft echter wel een duidelijk signaal. Het vergroot ook de meldingsbereidheid onder hulpverleners. Maar het ontslaat de zorgverlener niet van zijn professionele verantwoordelijkheid.

Kan de druk om te melden ook te groot worden? Een veelgenoemd bezwaar van het appèl op zorgverleners is dat ze geneigd zouden zijn om te veel en te vroeg te melden (foutpositieve meldingen), om zo te voorkomen later aangeklaagd te worden (interview Legemaate en De Roode 2005). Dit argument geldt vooral bij meldplicht, de praktijk wijst uit dat het voor meldrecht in het algemeen niet zo werkt (interview Ter Meulen 2005). Ook zou meldrecht/plicht de toegankelijkheid van de zorg kunnen tegenwerken. Of deze effecten ook optreden, zal onderzocht moeten worden.

## **Casus 2: eerste hulp en opsporingsbelang**

### **Feiten**

Ambulancezorgverleners, maar ook zorgverleners op de Eerste Hulp in ziekenhuizen, hebben geregeld te maken met politie en OM. Zowel zorgverleners als politie moeten dan snel handelen. De samenwerking tussen beide beroepsgroepen verloopt echter niet altijd even gemakkelijk. De politie wil voor haar opsporingstaak zo veel mogelijk feiten en bewijzen vinden en heeft ook als taak de openbare orde te handhaven. De medische zorgverlener moet de patiënt medische zorg verlenen en zijn persoonlijke en medische gegevens juist geheimhouden.

Hoewel in die situatie als stelregel geldt dat de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt prevaleert boven het opsporingsbelang, is er geen eenduidige gedragslijn te geven. Zo is het moeilijk in te schatten in hoeverre ambulancezorgverleners bij een verkeersongeval van de toestemming van de patiënt mogen uitgaan en persoonlijke gegevens aan de politie mogen doorgeven. En mogen zij medische gegevens verstrekken, zodat de politie de familie kan informeren? Ook is niet altijd duidelijk welke gegevens wel en niet onder het beroepsgeheim vallen. Waar de auto stond, waar de fietser lag en wie er omheen stonden: die zaken vallen er niet onder. Maar dat de patiënt zijn autogordel niet droeg kan er juist wel onder vallen.

In de acute hulpverleningssituatie gewaarworden dat iemand een strafbaar feit heeft gepleegd, is geen reden tot spreekplicht. Een 'noodtoestand', namelijk weten dat door te zwijgen een ernstig en onmiddellijk gevaar dreigt voor de patiënt zelf of voor anderen, is dat wel: dan geldt het conflict van plichten. De informatie die gegeven wordt moet echter minimaal zijn. De politie heeft vervolgens wel de bevoegdheid om bijvoorbeeld tegen iemands wil in een bloedtest te doen of ander lichaamseigen materiaal af te nemen. De patiënt in het ziekenhuis mag ook verhoord worden, maar alleen als het medisch verantwoord is.

Zorgverleners van de Eerste hulp mogen de politie ook inschakelen bij (een vermoeden van) ernstige mishandeling. Maar dit zijn vaak moeilijk in te schatten situaties, waarbij voor de zorgverlener een conflict van plichten kan ontstaan. Hoe ernstig of dreigend is het gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen? Ook bij overlijden geldt de vertrouwensrelatie met de patiënt als regel. Dat is van belang omdat de patiënt mogelijk niet wil dat bepaalde informatie bekend raakt bij zijn familie (De Groot 2000).

Omdat ambulancezorgverleners in de praktijk vaak voor de vraag staan hoe om te gaan met het beroepsgeheim, is er in 2000 een werkgroep ingesteld. Deze werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, werkgeversorganisaties, politie, OM en College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) en heeft richtlijnen opgesteld voor ambulancezorgverleners en centralisten (die werkzaam zijn in de meldkamer). Volgens de richtlijn is het voor ambulancezorgverleners raadzaam terughoudend te zijn in informatieverstrekking aan de politie. Tegelijkertijd wordt in de slotbeschouwing van de richtlijnen de vraag opgeworpen of het medisch beroepsgeheim niet te zeer een 'ijzeren beroepsgeheim' is dat een te groot gewicht krijgt. Zal een minder stringent gehanteerd beroepsgeheim inderdaad leiden tot minder beroep op zorgverlening? Een maatschappelijke discussie zou kunnen leiden tot een nieuw evenwicht in de verhouding beroepsgeheim en opsporingsbelang en sluit mogelijk beter aan bij gevoelens in de maatschappij (Van Boven, 2002).

### **Analyse**

Uit de casus 'eerste hulp en opsporingsbelang' blijkt hoe lastig het kan zijn in acute situaties zorgvuldig om te gaan met het beroepsgeheim. Wat valt wel en wat valt niet onder het beroepsgeheim? De beroepsgroep heeft dit probleem onderkend en in samenspraak met verschillende betrokken partijen een richtlijn opgesteld. Dat wil niet zeggen dat daarmee de zaak is afgedaan. In de slotbeschouwing blijkt duidelijk dat de richtlijn weliswaar een handreiking biedt, maar ook als een startpunt voor verdere doordinking en maatschappelijke discussie kan worden beschouwd. De gangbare grenzen van het beroepsgeheim lijken in het huidige maatschappelijke klimaat niet meer vanzelfsprekend te zijn. Er lijkt behoefte te zijn aan een nieuw evenwicht tussen zwijgplicht en spreekplicht vanwege een groter gewicht dat wordt toegekend aan het opsporingsbelang.

Eenzelfde geluid klinkt ook in andere beroepsgroepen in de zorg. Uit interviews blijkt dat ook (huis)artsen en zorgverleners in ziekenhuizen geregeld ervaren dat er vanwege opsporingsbelang

door politie en justitie aangedrongen wordt op hun medewerking (interviews Legemaate en De Roode, Duijst, Van Dam 2005). Het medisch beroepsgeheim wordt door derden vaak als een belemmering ervaren. Om de contacten tussen ziekenhuizen en politie soepeler te laten verlopen zijn via convenanten tussen betrokken partijen afspraken gemaakt. De convenanten hebben onder meer betrekking op aanhoudingen, het verhoren van verdachten en getuigen, het nemen van bloedproeven en informatie-uitwisseling van verkeersslachtoffers ([www.gelreziekenhuizen.nl](http://www.gelreziekenhuizen.nl), Duijst 2003). In de volgende casus wordt onderzocht of en hoe dezelfde thematiek speelt in de geestelijke gezondheidszorg.

### **Casus 3: ggz en *duty to warn***

#### **Feiten**

In de afgelopen tien à vijftien jaar heeft er in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een beweging plaatsgevonden van deinstitutionalisering en vermaatschappelijking. Dit heeft ertoe geleid dat de problematiek van psychiatrische patiënten voor een deel verplaatst is van landelijk afgelegen terreinen naar de grote steden. De maatschappelijke context waarbinnen psychiatrische zorg nu veelal plaatsvindt is hierdoor sterk veranderd. De cliënt leeft minder geïsoleerd. Er is meer overleg en nauwere samenwerking tussen hulpverlening en verschillende andere betrokken partijen, zoals politie, justitie, huisartsen en woningbouwverenigingen. In een stad als Amsterdam treedt de wijkagent op als buurtregisseur en is daarmee een centrale figuur in het netwerk van dienstverleners. Meer samenwerking tussen verschillende partijen leidt er ook toe dat vermoedens van psychiatrische problematiek vroeger gesignaleerd kunnen worden. In onderling overleg kan dan worden bezien welke interventie door wie nodig is.

Psychiaters en andere zorgverleners die in deze veranderde maatschappelijke context werkzaam zijn, ervaren over het algemeen de contacten met politie en justitie positief. Waren de verhoudingen met de politie vroeger moeizaam, nu is dat door meer samenwerking sterk verbeterd. Er heerst een sfeer van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Psychiaters gaan in deze context ook minder strikt om met het doorbreken van hun beroepsgeheim. Afhankelijk van de problematiek van de cliënt en zijn nood of bestwil, besluit de psychiater het beroepsgeheim te schenden (interview Bruggeman 2005).

Psychiater Bruggeman<sup>4</sup>, die als manager langdurige zorg leiding geeft aan een team van psychiaters van een grote instelling voor de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam, ziet naast voordelen ook risico's aan deze ontwikkeling van minder strikte hantering van het beroepsgeheim. Door nauwere samenwerking met verschillende partijen kom je als psychiater ook gemakkelijker in een glijdende schaal van beoordeling terecht. Ze geeft als voorbeeld dat door betere contacten met de ggz de politie proactiever kan optreden en dat kan ertoe leiden dat iemand al voor een klein vergrijp wordt opgepakt om een mogelijk groter delict te voorkomen. Ze vindt dit een bedenkelijke ontwikkeling en vraagt zich af of deze samenwerking met de politie wel in het belang van de cliënt is. Psychiaters en andere zorgverleners moeten volgens haar hun eigen pro-

4 De gegevens uit dit interview zijn mede gebaseerd op ervaringen van collega-psychiaters van Mentrum.

fessionaliteit goed bewaken en oppassen dat grenzen tussen verschillende disciplines niet vervagen. Een politieagent heeft niet de expertise om alle in's en out's van een psychiatrische cliënt te weten en dat moet ook niet. 'Vaak kennen wij de cliënt al veel langer en beoordelen daarom de problematiek ook anders' (interview Bruggeman 2005).

In de rechtspraak zijn enkele gevallen bekend waarbij de rechter oordeelde of de zorgverlener in de gegeven situatie spreekplicht danwel zwijgplicht had. Een voorbeeld wordt hier besproken en gaat over de vraag of de psychotherapeut niet had moeten waarschuwen (*duty to warn*).

Het betreft een psychotherapeut die als begeleider optrad van een ter beschikking gestelde. De verpleging van de betrokkene was onder voorwaarden beëindigd. Nadat betrokkene een moord heeft gepleegd, wordt door de nabestaanden schadevergoeding gevorderd. De psychotherapeut had de moord kunnen en moeten voorkomen door zijn beroepsgeheim te doorbreken, is het argument van de nabestaanden. Hij had tijdig moeten melden aan de reclasseringsafdeling van het CAD resp. OM dat zijn cliënt weer harddrugs gebruikte, gewelddadig gedrag vertoonde en bedreigd had een ander (dan het uiteindelijke slachtoffer) te vermoorden. De rechtbank van Assen stelt dat de psychotherapeut in dit geval een maatschappelijke plicht had om te waarschuwen en dat ook had kunnen doen door zich op basis van zijn beroepscode, op een conflict van plichten te beroepen.

Een opmerkelijke uitspraak, volgens verschillende gezondheidsrechtjuristen (Legemaate, Gevers, Kastelein, Duijst en Schalken). Het gaat hier namelijk om de afweging of het beroepsgeheim in acht genomen moet worden om het contact met hulpverleners zo laagdrempelig mogelijk te houden òf dat de psychotherapeut de plicht heeft te spreken om zo ervoor te zorgen dat een mogelijk slachtoffer beschermd wordt. Gevers (2003) stelt zich op het standpunt dat de Rechtbank van Assen met zijn uitspraak hier wel een heel ruime interpretatie van de waarschuwingsplicht geeft. Waar ligt de grens bij dit standpunt? Wordt hiermee niet de deur opengezet naar meer melden dan nodig is? Zullen psychotherapeuten, maar ook bijvoorbeeld klinisch genetici, zich niet eerder genooddaakt voelen om voor alle zekerheid derden te informeren over mogelijke gevaren? Het beroepsgeheim is niet heilig, maar enige terughoudendheid ten opzichte van een waarschuwingsplicht zou wel op zijn plaats zijn, vindt Gevers.

De zaak krijgt een vervolg. In hoger beroep wordt het vonnis door de rechtbank van Leeuwarden (december 2004) verworpen. De psychotherapeut had juist gehandeld door Methadon te verstrekken. Hij wist uit eerdere ervaring dat de cliënt daar rustig van zou worden. En dat was ook het geval. De dreiging van het (specifieke) gevaar leek daarom afdoende afgenomen. Dat de cliënt alsnog iemand anders vermoordt, is de psychotherapeut niet aan te rekenen. Volgens het hof heeft de psychotherapeut zich terecht beroepen op zijn geheimhoudingsplicht.

### **Analyse**

In de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is eveneens een verschuiving waar te nemen in opvattingen van zorgverleners over al dan niet meewerken aan het opsporingsbelang en het doorbreken van het beroepsgeheim. Dit blijkt vooral uit de praktijkervaring van psychia-

ters in de grote steden. Dit houdt verband met een andere aanpak van de geestelijke gezondheidszorg, die gekenschetst wordt door meer overleg en samenwerking tussen verschillende betrokken partijen (interview Bruggeman 2005).

De verschuiving naar psychiatrische zorg in de context van de grote stad (vermaatschappelijking) en de beweging naar een meer integraal zorgaanbod (ketenzorg) hebben er toe bijgedragen dat de samenwerking tussen verschillende dienstverleners, in en buiten de zorg, is verbeterd. Het netwerk van behandelaars en dienstverleners rondom een cliënt is groter, diverser en maatschappelijker geworden. Professionele grenzen tussen verschillende zorgaanbieders en dienstverleners zijn vervaagd. Deze ontwikkeling vereist ook dat zorgverleners minder strikt omgaan met (het doorbreken van) het medisch beroepsgeheim. Dat heeft voor- en nadelen voor zowel de cliënt als de zorgverleners. Voordeel is een betere verhouding en afstemming tussen verschillende betrokken partijen, nadeel is dat het ten koste kan gaan van de individuele belangen die door het beroepsgeheim worden beschermd.

Of de gesignaleerde verschuiving van grenzen binnen de ggz ook merkbaar is in de rechtspraak, is te voorbarig. Enkele rechterlijke uitspraken, waarvan bovenstaand voorbeeld er een is, lijken voorzichtig af te koersen op een ruimere marge voor het negeren van zwijgplicht (zie bijvoorbeeld ook Duijst en Schalken 2005)<sup>5</sup>.

Op basis van bovenstaande is de voorzichtige conclusie te trekken dat de grens tussen zwijgplicht en spreekplicht lijkt op te schuiven in de richting van eerder spreken. De waarschuwingplicht wordt hiermee ruimer opgevat dan voorheen.

## Conclusie

Het lijkt er op dat van zorgprofessionals wordt verwacht dat zij actiever reageren op misstanden die zij zien tijdens hun beroepsuitoefening of gegevens over patiënten of cliënten verstrekken aan derden in het kader van opsporingsbelang (politie/justitie). Veranderingen in het maatschappelijke klimaat, maar ook in de aanpak van de zorg leiden ertoe dat dit vaker van zorgverleners wordt verwacht. Sommige zorgverleners gaan minder strikt met het beroepsgeheim om. Andere zorgverleners hebben behoefte aan ondersteuning via een richtlijn of zoeken nog naar een juist evenwicht tussen het publieke belang van opsporing en de bescherming van individuele belangen. De drie casus die hierboven zijn besproken geven daarvoor voldoende aanwijzingen. Maar ook andere ontwikkelingen, binnen en buiten de gezondheidszorg, wijzen in die richting.

5 Duijst en Schalken bespreken in TvG, 2005 een tweede casus waarbij het medisch beroepsgeheim moest wijken voor opsporingsbelang. Bijzonder aan dit arrest was dat voor de eerste keer de Hoge Raad in medische zaken zeer bijzondere omstandigheden aanwezig achtte waardoor het opsporingsbelang diende te prevaleren boven het verschoningsrecht.

## 5.4 Juridische en morele implicaties

De verhouding tussen het belang van bescherming van de zorgrelatie en het publieke belang is aan het veranderen: dat beeld kwam naar voren uit de vorige paragraaf. Moet dat ook in de regelgeving consequenties hebben? Daarover verschillen de meningen. En wat zijn de morele implicaties? Ook daarover is discussie.

### Nieuwe wettelijke regelingen?

Kastelein (2002) – en ze krijgt bijval van Gevers (2003) en De Jong (2004) – wijst er op dat de laatste tijd vaker voorstellen worden gedaan om het conflict van plichten in wetgeving nader te regelen met als argument de in het geding zijnde belangen en de rechtszekerheid van de geheimhoudingsplichtige. Als een van de voorbeelden noemt ze het plan om wettelijk te regelen dat de WKCZ-klachtencommissies hun geheimhoudingsplicht ten opzichte van de Inspectie mogen doorbreken. Een voorstel dat inmiddels is aanvaard en naar verwachting spoedig in werking zal treden (Staatsblad; 2005: 217).

Als het gaat om kindermishandeling en meisjesbesnijdenis is die ontwikkeling ook zichtbaar. Het recht om kindermishandeling te melden bestond altijd al, later is dit wettelijk geregeld in de Wet op de Jeugdhulpverlening (WJHV) en overgenomen in de nieuwe Wet op de jeugdzorg die dit jaar in werking is getreden (Wet op de jeugdzorg, art. 53 lid 3). Ook is in die wet het conflict van plichten gecodificeerd voor de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling door wettelijk vast te leggen dat doorbreking van het beroepsgeheim geoorloofd is (Kastelein 2002, Gevers 2004). En recentelijk is een wettelijke meldplicht voor meisjesbesnijdenis en andere vormen van kindermishandeling voorgesteld (Commissie Bestrijding VGV 2005). Een meldplicht voor alle artsen en hulpverleners als ook een grotere kennis en meldingsbereidheid bij derden zal volgens de Commissie de bestrijding van kindermishandeling verbeteren. De door Kastelein geconstateerde ontwikkeling naar meer codificatie van het conflict van plichten wordt met deze voorbeelden bevestigd.

Kastelein vraagt zich af of verdere wettelijke regulering van een conflict van plichten wel nodig is en ook of het wel verstandig is (Kastelein 2002). Desgevraagd licht zij haar redenen toe: codificatie helpt de zorgverlener niet echt verder in zijn afweging, het biedt slechts schijnzekerheid. De afweging of in een individueel geval de geheimhoudingsplicht doorbroken moet worden, is een zaak van professionele verantwoordelijkheid en geldt alleen in 'uitzonderlijke situaties'. Dat moet ook zo blijven. Het wettelijk vastleggen (codificatie) van uitzonderingen in de ene wet roept de vraag op of de uitzonderingen uit een andere wet dan minder zwaar wegen, omdat ze niet wettelijk geregeld zijn. Zo ontstaat inconsistentie in wetgeving. Een fundamentele discussie over nut en noodzaak van verdere codificatie van het conflict van plichten lijkt daarom eerst nodig (Kastelein 2002, interview Kastelein 2005)

Wat valt nu te concluderen over de wenselijkheid van recent ingevoerde en voorgestelde wettelijke regelingen? Codificatie van het conflict van plichten maakt voor zorgverleners de grenzen duidelijker tussen gevallen waarin wel en gevallen waarin niet gemeld moet worden. Het doet een appèl op de meldingsbereidheid van zorgverleners, waardoor een misdrijf als ernstige kindermishandeling daadkrachtiger aangepakt kan worden. Tegelijkertijd ontslaat het de zorgverlener niet van de morele plicht een individuele afweging te maken op basis van een morele en professionele verantwoordelijkheid. Deze laatste reden is nu juist voor tegenstanders van codificatie het argument om niet voor verdere codificatie te zijn: in iedere situatie zal de zorgverlener opnieuw moeten beoordelen of er sprake is van een 'uitzonderlijke situatie', waardoor een spreekplicht prevaleert boven de zwijgplicht van de zorgverlener. Bovendien is vanuit het oogpunt van consistente wetgeving niet goed te onderbouwen waarom voor de ene ernstige misstand wél en de andere ernstige misstand niet een wettelijk geregeld conflict van plichten geldt. Het is dus de vraag of codificatie van het conflict van plichten veel helpt bij de morele afweging die in elk geval gemaakt moet worden.

### **Nieuwe morele afweging?**

De veronderstelling dat vaker van zorgverleners gevraagd wordt mee te werken aan informatieverstrekking over patiënten zonder hun toestemming in verband met een publiek belang – zoals opsporing van misdrijven of een (volks)gezondheidsbelang – lijkt te kloppen, zo werd hierboven duidelijk. Verschillende publicaties, gesprekken met deskundigen, nieuwe of voorgestelde maatregelen, zoals een (verplichte) meldcode en een meldplicht, maar ook convenanten tussen ziekenhuizen en politie/justitie: het wijst allemaal in die richting. Wat zijn de morele kwesties die zich daarbij aandienen?

Betekent het dat er fundamenteel afbreuk wordt gedaan aan het beroepsgeheim van zorgverleners en wel zodanig dat het belang van patiënten en cliënten op vertrouwelijkheid en toegankelijkheid te zeer geschonden wordt? Meningën van deskundigen verschillen hierover. Sommigen vinden dat te gemakkelijk de geheimhoudingsplicht wordt genegeerd ten gunste van opsporingsbelang en vrezen dat dit de vertrouwensrelatie met de patiënt/cliënt en de toegankelijkheid van de zorg zal belemmeren. Anderen zien geen bezwaar om de marge voor het negeren van de geheimhoudingsplicht wat op te rekken. Het komt de onderlinge samenwerking in de zorg, de effectiviteit van signalering, opsporing en verdere aanpak van misstanden ten goede. De morele vraag is dan wat de juiste balans moet zijn tussen opsporingsbelang enerzijds en bescherming van de vertrouwensrelatie en de toegankelijkheid van de zorg anderzijds.

Het is duidelijk dat er verschillend met het beroepsgeheim wordt omgegaan. Sommige beroepsgroepen doen dan ook een oproep om hierover een debat te voeren. Zo stellen sommigen dat de strikte hantering van het beroepsgeheim niet meer aansluit bij de huidige maatschappelijke opvattingen. Belanghebbenden buiten de zorg – politie, justitie, verzekeraars en familieleden – kunnen het beroepsgeheim van zorgverleners bijvoorbeeld als obstakel ervaren bij de uitoefening van hun taak of vanwege (financiële) schade. Zorgverleners voelen zich daardoor soms



weer in het nauw gedreven, zij zien wel het opsporingsbelang, maar maken zich ook zorgen over schade aan de vertrouwensrelatie met de patiënt of cliënt.

Zorgverleners hebben hier dan ook veel vragen over; dat blijkt wel uit de behoefte aan handreikingen en ook uit de convenanten die tussen politie en ziekenhuis gesloten zijn. Verschillende docenten gezondheidsrecht constateren tegelijkertijd dat er in de opleidingen te weinig belang gehecht wordt aan vraagstukken rondom het beroepsgeheim en dat studenten dus met een gebrekkige kennis de praktijk ingaan (interviews Duijst, Kastelein 2005).

De maatschappelijke druk om misstanden en misdrijven op te sporen en te vervolgen neemt toe. Of zorgverleners daardoor overstag gaan en spreekplicht sneller laten prevaleren boven zwijgplicht is op dit moment echter nog niet duidelijk te stellen. Dit zou verder onderzoek moeten uitwijzen.

Heldere regelingen en beroepscode's kunnen wellicht handreikingen bieden in dit veranderende krachtenveld, waarin nog gezocht wordt naar een nieuw evenwicht. Er is dan ook een trend om individuele afwegingen van conflict van plichten uit de sfeer van morele keuze van de individuele hulpverlener te halen en vormen van melden wettelijk te regelen (codificatie). Op die manier wordt dan getracht morele dilemma's bij het beschermen of doorbreken van de geheimhoudingsplicht te vereenvoudigen.

De vraag is echter of daarmee geen onaanvaardbare bres wordt geslagen in het 'ijzeren beroepsgeheim'. Zullen niet steeds meer situaties als 'uitzonderingen' op de regel beschouwd worden? Dat is waar sommige gezondheidsjuristen bang voor zijn. Misschien hebben ze daar ook alle reden toe, gezien de veranderende opvattingen in de samenleving. Verder is de vraag of dezelfde burger die meer veiligheid wil het accepteert dat hij steeds meer van zijn privacybescherming inlevert ten gunste van dat maatschappelijke belang (CBP 2005).

Ook kun je je afvragen wat deze verschuiving betekent voor de toegankelijkheid van de zorg. Een meldplicht werpt mogelijk een drempel op voor betrokkenen om een arts/zorgverlener te bezoeken. Dit kan ook weer belemmerend werken op de toegankelijkheid van de zorg voor andere consulten, waardoor niet alleen de betrokkenen maar ook anderen – zoals kinderen – gezondheidsschade kunnen lijden. Zal het consultatiebureaubezoek bijvoorbeeld afnemen als intensiever lichamelijk onderzoek wordt ingevoerd om zo eerder kindermishandeling op te sporen en aan te pakken? Of dit ook werkelijk het effect zal zijn, is nog de vraag.

In dit signalement gaat het vooral om de vraag of zorgverleners vaker verzocht worden mee te werken aan het publieke belang van opsporing en welke consequenties dit heeft voor de taakopvatting van zorgverleners. Is het meewerken van zorgverleners aan het publieke belang van opsporing te verenigen met hun eigenlijke zorgtaak? Zorgverleners hebben in hun taakopvatting altijd al rekening gehouden met publieke belangen, maar waar ligt de grens? Is het afnemen van DNA door verpleegkundigen in het kader van opsporing inderdaad een grensoverschrijdende

taak van de zorgverlener? Wat duidelijk is geworden is dat opvattingen over de juiste balans tussen het publieke belang van opsporing en dat van de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt/cliënt dat geborgd wordt door het beroepsgeheim aan het schuiven zijn.

Dit kan betekenen dat de algemeen geldende zwijgplicht in uitzonderlijke situaties vaker moet wijken voor spreekplicht. Een daarmee samenhangende vraag is hoe ver te gaan met de waarschuwingsplicht. Is te verwachten dat straks ook klinisch genetici derden moeten waarschuwen over mogelijke gevaren? En zullen na kindermishandeling en meisjesbesnijdenis meer zaken uit de privé-sfeer verschuiven naar de publieke sfeer? Is verdergaande inmenging in de persoonlijke levenssfeer te verwachten? Zullen zorgverleners bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in hun (nieuwe) regierol kunnen voldoen aan de verwachtingen die bij mensen bestaan en zullen ze het vertrouwen dat men in hen stelt niet hoeven te beschamen?

Grenzen vervagen door veranderingen in de zorg, zoals marktwerking, dbc's, deïstitutionalisering en ketenzorg. Dat heeft ook gevolgen voor grenzen aan het beroepsgeheim en de taakopvatting van zorgverleners. Door deze ontwikkelingen, waarbij de overheid zich terugtrekt, ontstaat een andere verantwoordelijkheidsverdeling. Daar zijn meerdere partijen bij betrokken. Dit leidt ertoe dat niet altijd inzichtelijk is hoe bijvoorbeeld met persoonlijke gegevens wordt omgesprongen.

Ten slotte is de vraag of het huidige politieke klimaat, waarin terreurbestrijding en veiligheid van de samenleving hoog in het vaandel staan, er ook niet aan meewerkt om (te) veel nadruk te leggen op de *'duty to warn'* en minder te hechten aan privacybelangen van patiënten/cliënten. In de praktijk is misschien nog niet duidelijk aanwijsbaar dat zorgverleners meer toegeven aan de maatschappelijke druk om te spreken. Maar de druk is zeker toegenomen.

## 5.5 Agendapunten

- De verschuiving in de taken van de zorgverlener vanwege toenemende maatschappelijke belangen (zoals veiligheid, openbare orde en rechtshandhaving) vereisen een fundamenteel debat vanuit moreel en juridisch perspectief. De noodzaak hiervan wordt ook onderstreept door de (toekomstige) veranderingen in de zorg zoals een nieuw zorgverzekeringsstelsel, meer marktwerking, dbc's en ketenzorg. Doel van het debat is een nieuw evenwicht te vinden tussen de bescherming van het algemene belang van vertrouwen in en toegankelijkheid van de zorg tegenover het algemene maatschappelijke belang van opsporing. Een evenwicht, dat rekening houdt met het huidige maatschappelijke klimaat, maar tegelijkertijd de individuele zorgrelatie niet tekort doet. In dit debat zal ook de vraag betrokken moeten worden welke medewerking aan opsporingstaken van politie en justitie wel en niet in het takenpakket van de zorgverlener thuishoren. Grenzen tussen het opsporen van gezondheidsrisico's, misstanden en misdrijven lijken te vervagen.
- Deskundigheidsbevordering van artsen en andere zorgverleners is nodig om ernstige problemen niet 'weg te kijken' maar zelf aan te pakken. De praktijk wijst uit dat artsen en andere

zorgverleners wel problemen, zoals kindermishandeling, signaleren maar het zelf niet durven aan te pakken of te melden uit angst voor verlies van de vertrouwensrelatie met de patiënt/ ouders of voor represailles. Onderzocht moet worden of opleidingen, nascholingscursussen en vooral beroepscode's nog voldoende aansluiten bij de huidige praktijkvragen over de grenzen van het beroepsgeheim.

- Nader onderzoek naar de positie en de rol van de beroepsethiek en (de grenzen van doorbreking van) het beroepsgeheim vanwege een toenemende maatschappelijke druk op *de 'duty to warn'*, is onvermijdelijk. Welke waarden moeten bij de beroepsuitoefening beschermd worden en in hoeverre is daarvoor het beroepsgeheim een geschikt instrument? Zal een minder stringent gehanteerd beroepsgeheim de vertrouwensrelatie met de patiënt/ cliënt te veel schaden of juist ten goede komen? Heeft vaker doorbreken van de zwijgplicht inderdaad een drempelverhogend effect op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, waardoor de patiënt of cliënt noodzakelijke zorg mist?
- Een morele en juridische discussie over de voor- en nadelen van codificatie van het conflict van plichten lijkt op zijn plaats. Er is een trend waar te nemen om doorbreking van het beroepsgeheim op grond van een conflict van plichten te vergemakkelijken door codificatie. Voordeel is dat codificatie het voor de zorgverlener gemakkelijker maakt situaties te beoordelen. Het kan daardoor ook drempelverlagend werken in situaties waarin een vermoeden van kindermishandeling bestaat en zorgverleners overwegen te melden. Nadeel is dat niet iedere situatie terug te voeren is tot een standaard. De vraag is dan ook of doorbreking van het beroepsgeheim niet een uitzondering op de regel moet blijven en daarom ook een zaak van eigen morele professionele verantwoordelijkheid is?
- Het is wenselijk nader onderzoek te verrichten naar veranderende opvattingen over signaleren, opsporen en melden. Dit signalement is slechts een eerste verkenning daarvan. Het algemeen belang van een veilige samenleving wint aan gezag. Daardoor lijkt een ander algemeen belang – namelijk dat van de bescherming van de persoonlijke gegevens van patiënten en cliënten – aan kracht in te boeten. Vroegtijdig signaleren, opsporen en melden kan bijdragen aan een grotere effectiviteit van interventies. Nadeel is dat meer inmenging in de persoonlijke levenssfeer de consequentie is en het beroepsgeheim daardoor onder druk komt te staan.

# Literatuur

Baeten P, Janssen L. Samenwerking en beroepsgeheim. Juridische mogelijkheden voor het uitwisselen van gegevens bij de aanpak van huiselijk geweld. Utrecht: NIZW Uitgeverij, 2002.

Beroepsgeheim en uitwisseling van gegevens tussen Gelre ziekenhuizen, politie Noord en Oost Gelderland en Openbaar Ministerie. Convenant gesloten op 25 maart 2004: [www.gelreziekenhuizen.nl](http://www.gelreziekenhuizen.nl).

Bisaart M, Van Meersbergen D. Spreken of zwijgen. Nieuwe KNMG-richtlijn over contacten met politie en justitie. Medisch Contact 2004; 59: 2043-2045.

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van de Ministers voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties en van Justitie en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer en voor Vreemdelingenzaken en Integratie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Jeugdagenda. (Betreft: Operatie Jong; Sterk en resultaatgericht voor de jeugd.) 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2004-2005; 29 284, nr. 2.

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Jeugdzorg 2005-2008. (Betreft: verplichte meldcode kindermishandeling.) 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2004-2005; 29 815: 20 .

British Medical Association, the (BMA). Doctors with dual obligations. In: Medical Ethics Today. The BMA's handbook of ethics and law. London; BMA 2004: 565-601.

College Bescherming Persoonsgegevens. Jaarverslag over 2004. Den Haag: CBP, 2005.

Conflict van plichten. Medisch contact mei 2005; 18: 775-777.

Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV). Bestrijding vrouwelijke genitale verminking. Beleidsadvies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.

De Groot GRJ, Zwijgen als het graf. Medisch Contact 2000; 55: 1146-1148.

De Jong E, Bottema R, Van de Vathorst S. Wet of geweten? KMNG-ledenpanel over beroepsgeheim en conflict van plichten. Medisch Contact 1999; 54: 1430-1433.

De Jong EJC. Het beroepsgeheim en derdenbelangen. In: Van Veen EB, De Jong EJC, Kastelein WR. Het beroepsgeheim, continuïteit en verandering (Preadvies). Vereniging voor gezondheidsrecht. Den Haag: SDU, 2004: 77-141.

Duijst WLJM, Schalken TM. De plicht om af te zien van het verschoningsrecht of: waar het medisch beroepsgeheim moet wijken voor opsporing. Beschouwingen naar aanleiding van het arrest van de Hoge Raad d.d. 29 juni 2004. Tijdschrift voor gezondheidsrecht 2005; 2: 124-134.

Duijst WLJM. Convenanten tussen politie en ziekenhuizen. Tijdschrift voor gezondheidsrecht 2003: 444-458.

Dupuis HM, ea. Wat zou u doen? Medisch-ethische casuïstiek met commentaren. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

Geheimhoudingsplicht onder druk. Staatscourant nr. 79, 25 april 2005.

Gevers JKM. Derden waarschuwen voor gevaar: een kwestie van mogen of moeten? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2003; 8: 523.

Gevers JKM. Hulpverlener en kindermishandeling. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2004; 4: 269-280.

Handleiding politie en justitie voor ziekenhuizen van de NVZ. Publicatienummer 4-2004-002.

Hermanns J. Het bestrijden van kindermishandeling: welke aanpak werkt? Woerden: Coact Consult, 1 april 2003.

Houtlosser M, Themans B. De eerste en de laatste keer: zwijgplicht bij gonorrhoe. In: Dupuis HM, ea. Wat zou u doen? Medisch-ethische casuïstiek met commentaren. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994: 26-29.

- Kastelein WR. Beroepsgeheim en conflict van plichten, wettelijk regelen? (Rubriek: Gezichtspunt) Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2002; 2: 69.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de (KNMG). Handreiking Beroepsgeheim & Politie. Utrecht: KNMG, 2004.
- Kuyppers S. Als Zwijgen niet meer kan. Medisch Contact 2001; 56: 51-53.
- Leenen HJJ. Handboek gezondheidsrecht. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn: Samson, 1988, 2<sup>e</sup> druk.
- Legemaate J, Kastelein WR, Wery PR, ea. Knelpunten rond het medisch dossier. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2000.
- Lieon S, Van Munster-Frederiks MTh. De zieke werknemer en privacy. Regels voor de verwerking van persoonsgegevens van zieke werknemers. College Bescherming Persoonsgegevens: Den Haag, mei 2004.
- Meldcode kindermishandeling geeft artsen meer houvast (Rubriek: Federatienieuws). Medisch Contact 2002; 57: 1077.
- Morele plicht en beroepsgeheim (Rubriek: Uitspraak Tuchtcollege). Medisch Contact 2001; 56: 979-980.
- NRC. Beroepsgeheim arts niet heilig bij fraude verzekering. NRC, 18 mei 2005.
- Pollmann P. Over individuele gezondheidszorg door de vertrouwensarts inzake kindermishandeling, het beroepsgeheim, verschoningsrecht en de 'spreekplicht'. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2004; 7: 523-525.
- Schalken TM. Huiszoeking in ziekenhuis: wanneer weegt opsporingsbelang zwaarder dan medisch beroepsgeheim? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1999; 2: 96-101.
- SCP, Kinderen in Nederland. Den Haag: SCP/Leiden: TNO Kwaliteit van leven, april 2005.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Wet van 7 april 2005, houdende wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Jaargang 2005: 217.
- Stam C. Angst weerhoudt leerkrachten mishandeling te signaleren. Zorg en Welzijn, 4 mei 2005: 14-17.
- Van Boven JJA. Beroepsgeheim en uitwisseling van gegevens tussen ambulancezorg, politie en Openbaar Ministerie. Uitgave van SOVAM, sectorfonds voor de ambulancezorg. Zwolle: Stichting Nederlands Ambulance Instituut, mei 2002.
- Van Rooijen M. Soms moet privacy patiënt wijken voor algemeen belang. Psy 2000; 10: 15-18.
- Van Veen EB, De Jong EJC, Kastelein WR. Het beroepsgeheim, continuïteit en verandering (Preadvies). Vereniging voor gezondheidsrecht. Den Haag: SDU, 2004.
- Verpleegkunde Nieuws. Verpleegkundigen nemen DNA af. Verpleegkunde Nieuws 2005; 09: 9.

## Geïnterviewde en geconsulteerde deskundigen

- Drs FMJ Bruggeman, psychiater, divisie manager zorg langdurige psychiatrie, Mentrum, Amsterdam
- J van Dam, verpleegkundig consulent, Leusden
- Mr drs WLJM Duijst, arts en UD gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Groningen
- Prof dr J Hermans, hoogleraar opvoedkunde, Universiteit van Amsterdam en beleidsadviseur jeugd in de maatschap CO ACT Consult, Woerden
- Dr MT Hilhorst, ethicus, Erasmus MC, Rotterdam
- Prof M Junger, hoogleraar Pedagogiek, Universiteit van Amsterdam en UHD aan de Universiteit Utrecht
- Mr Dr J Legemaate, Juridisch adviseur en beleidscoördinator gezondheidsrecht, KNMG/afd. Beleid en Advisering, Utrecht
- Mr M de Lint, jurist en adviseur, RVZ, Zoetermeer
- Prof mr WR Kastelein, advocaat en bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht RU, Nijmegen
- M ter Meulen, adviseur jeugdbeleid en preventie kindermishandeling, MTM advies, Amsterdam
- Mr GPM Raas, jurist en projectleider, RVZ, Zoetermeer
- Mr RP de Roode, beleidsmedewerker gezondheidsrecht KNMG, Utrecht
- Dr S van de Vathorst, arts en ethicus, Erasmus MC, Rotterdam