ISSN: 2589-8108 DOI: https://doi.org/10.31739/GGZV.2023.1.20 © GGZ Vaktijdschrift, 2023;1(6):20-32

Persoonsgegevens delen of niet; omgang met persoonsgegevens door triagisten van de crisisdienst

Monique Bijkerk[1], Anke van Gorp[2]

[1] Triagist en ambulant verpleegkundige bij GGZ-instelling Arkin
[2] Docent en onderzoeker Hogeschool Utrecht

Correspondentieadres:
Monique Bijkerk
bijkerkmonique@hotmail.com

Samenvatting
GGZ verpleegkundigen die voor een crisisdienst werken moeten tijdens hun werk beslissingen nemen over het wel of niet delen van persoonsgegevens met ketenpartners. In de literatuur zijn randvoorwaarden gevonden voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim. De GGZ verpleegkundigen wisten niet of hun instelling een beleid heeft op dit gebied. Ze maken zelf per casus een inschatting, op basis van ingeschat gevaar, inschatting wat nodig is voor goede zorg en het belang van samenwerking met de ketenpartner. Die inschatting kan dus per GGZ verpleegkundige anders uitvallen. Welke gegevens dan precies gedeeld worden laten de GGZ verpleegkundige afhangen van ingeschatte relevantie van gegevens en hoe recent ze zijn. Het delen van persoonsgegevens met ketenpartners wordt niet structureel vastgelegd in dossiers. De GGZ verpleegkundigen gaan ervan uit dat ketenpartners zelf de betrokkene op de hoogte stellen.

Sleutelwoorden: persoonsgegevens, inspectie, GGZ, beroepsgeheim, privacy, data

Inleiding

In de media en in rapporten van inspectie justitie en veiligheid is de laatste jaren regelmatig geschreven over het spanningsveld tussen het beroepsgeheim in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de veiligheid van de maatschappij. Verontwaardiging heerst rond incidenten waarbij personen met verward gedrag een ernstig incident hebben veroorzaakt en waarbij de GGZ-instellingen vanuit het beroepsgeheim weigerden of geweigerd hebben om informatie te verstrekken aan ketenpartners of politie. Er lijkt een groot spanningsveld te zijn tussen de nut en noodzaak van het beroepsgeheim en de rol die de GGZ zou moeten spelen in het waarschuwen en veilig houden van de maatschappij. Een voorbeeld is de casus van Thijs H., die drie personen had vermoord en zich daarna met bebloed shirt vrijwillig meldde bij een GGZ-instelling. Melding bij de politie is pas gedaan nadat Thijs H. uit de kliniek ontsnapte. De vraag

in deze casus is of de GGZ professionals hun beroepsgeheim eerder hadden moeten doorbreken ter bescherming van anderen. De onafhankelijke onderzoekscommissie die op verzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd onderzoek uitvoerde bij de GGZ-instelling Mondriaan in de casus Thijs H., concludeerde dat het beroepsgeheim eerder doorbroken had moeten worden. De Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (2020) stelt zelf echter dat de afweging om het beroepsgeheim te doorbreken bij de zorgverlener ligt. Ook wijst de Inspectie erop dat er geen wettelijke verplichting bestaat voor een hulpverlener om zijn beroepsgeheim te doorbreken. De Inspectie onderschrijft hiermee niet de conclusie van de onafhankelijke onderzoekscommissie dat het beroepsgeheim eerder doorbroken had moeten worden [1].

Schenden van het beroepsgeheim is een complexe afweging voor hulpverleners, waar verschillende meningen over zijn. Overwegingen die meespelen zijn de privacy van de patiënt, maar ook de vertrouwensband tussen patiënt en hulpverlener en de veiligheid van anderen. Wanneer het beroepsgeheim geschonden wordt, kan dit goede hulpverlening in de weg staan en ontstaat het risico dat patiënten uit beeld verdwijnen en geen zorg meer kunnen of willen ontvangen [2]. Het niet kunnen of willen delen van persoonsgegevens is soms een obstakel in de hulpverlening, waardoor schrijnende gevallen kunnen ontstaan. Doordat persoonsgegevens niet gedeeld worden tussen verschillende zorgaanbieders en zorg niet afgestemd kan worden, ontvangen patiënten niet de juiste zorg. Om goed en effectief samen te werken op de terreinen zorg en veiligheid is het van belang dat professionals beschikken over een methodiek op basis waarvan zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen over gegevensuitwisseling [3]. Tijdens het samenwerken met ketenpartners vindt regelmatig een afweging plaats over de wijze en de hoeveelheid van persoonsgegevens die gedeeld worden. Van belang is welke gegevens je mag en soms moet delen. Bij het onjuist doorbreken van het beroepsgeheim kan de BIG- geregistreerde zorgprofessional voor het tuchtrecht gedaagd worden. Een uiterste sanctie zou dan het schrappen uit het beroepsregister (BIG-register) kunnen zijn. [4]. Bij het niet delen van persoonsgegevens waar dit wel nodig is, krijgt een patiënt mogelijk geen goede zorg. Er spelen bij de afweging om het beroepsgeheim te doorbreken vaak ook andere factoren zoals het onderhouden van een goede samenwerkingsrelatie met de ketenpartners. Het is een stukje wederkerigheid, je geeft een keer informatie als een ketenpartner daar om vraagt en verwacht dan ook een keer iets terug [5]. Daarnaast zorgen de verschillende belangen, randvoorwaarden en wetgeving van verschillende ketenpartners ervoor dat het delen van persoonsgegevens een complex proces is. Toch is het voor het kunnen geven van de juiste hulp soms noodzakelijk om organisatie overstijgend te werken en dan zul je ook persoonsgegevens, die verschillende ketenpartners hebben, tot op zeker hoogte moeten delen.

In een Masteronderzoek van de Master Forensisch Sociaal Professional is onderzoek gedaan naar hoe professionals beslissen over het wel of niet delen van persoonsgegevens met samenwerkingspartners. Het onderzoek vond plaats in een centrale meldkamer van een GGZ instelling. Vanuit de meldkamer wordt 24-uurs zorg aangestuurd en gecoördineerd. Er worden eenmalige beoordelingen gedaan om een inschatting te maken van de benodigde zorg. In de meldkamer werken artsen en verpleegkundigen. Verpleegkundigen doen

de triage, sturen aan en coördineren de zorg. Daarnaast is er ook een groep verpleegkundigen die naast triage ook psychiatrische beoordelingen op locatie doen. Beoordelingen worden op verschillende locaties uitgevoerd; huisbezoeken, beoordeling op eigen locatie, beoordelingen bij andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld; algemeen ziekenhuis of beschermd wonen) of beoordelingen in het cellencomplex van politie. Bij een psychiatrische beoordeling wordt beoordeeld of er sprake is van een psychiatrische stoornis en welke zorg hiervoor gewenst is. Beoordelingen worden bij voorkeur als koppel uitgevoerd door een arts en verpleegkundige. Alle beoordelingen worden met de psychiater van dienst overlegd. De psychiater is achterwacht en supervisor. Beoordelingen in het cellencomplex worden uitgevoerd volgens de werkwijze “verwarde verdachten” [6]. Bij deze werkwijze is er na de beoordeling, door een arts of verpleegkundige, contact tussen de psychiater en de Officier van Justitie (OvJ) over het te volgen beleid. Dit contact met de OvJ verloopt altijd via de psychiater, die zelf een afweging maakt over het delen van persoonsgegevens. De verpleegkundige deelt de gegevens met de psychiater en heeft zelf geen contact met de OvJ. De GGZ instelling werkt samen met verschillende ketenpartners, zoals politie, ambulance, GGD, Openbaar Ministerie, jeugdbescherming en andere GGZ-instellingen. Tijdens het contact met deze ketenpartners kan op verschillende momenten sprake zijn van het delen van persoonsgegevens. Jeugdbescherming heeft onlangs aangegeven dat zij graag zouden zien dat er vanuit de meldkamer van de GGZ instelling meer informatie gedeeld wordt ten behoeve van de bescherming van het kind.
Medewerkers van de meldkamer geven aan de afweging met betrekking tot het delen van persoonsgegevens lastig te vinden. Welke gegevens deel je en wat is proportioneel en passend bij de situatie? Op verschillende momenten kan een verzoek tot het delen van gegevens plaatsvinden:
- aan de telefoon als de ambulance onderweg is naar een melding van een persoon met verward gedrag en gegevens van deze patiënt opvraagt
- tijdens een huisbezoek met politie assistentie, waarbij politie inhoudelijke informatie wil voordat zij de woning betreden.
- of tijdens een beoordeling op het cellencomplex waarbij arrestantenzorg aanwezig is voor de veiligheid en terugkoppeling wordt gedaan aan de chef van dienst van het cellencomplex en de Officier van Justitie.
Daarbij zijn er factoren die maken dat de beslissing in een kort tijdsbestek genomen moet worden, zoals telefonische drukte in de meldkamer. Ook speelt mee dat het verzoek om het delen van persoonsgegevens vaak een heel open vraag is zoals: “wat weten jullie van deze patiënt?”
In het onderzoek is daarom de volgende hoofdvraag geformuleerd:
Op welke manier gaan de medewerkers van de meldkamer van de GGZ instelling in de praktijk om met het delen van persoonsgegevens tussen de GGZ instelling en de ketenpartners?

Theorie

Om een sluitende hulpverlening te leveren is het soms nodig om persoonsgegevens te delen. In de acute psychiatrie hebben de professionals vaak te maken met patiënten die problemen hebben op meerdere levensgebieden, waarbij sprake is van complexe en meervoudige problematiek. Hierbij is het belangrijk dat er een persoonsgerichte aanpak gestart wordt.

ZonMW beschrijft dat het bij een persoonsgerichte aanpak van belang is persoonsgegevens te delen, omdat verschillende professionals op verschillende gebieden werkzaam zijn. De professionals moeten op de hoogte zijn waar de ander mee bezig is, zodat de zorg op elkaar kan aansluiten. Veranderingen in de zorg zoals multi-institutioneel werken hebben in de GGZ geleid tot het idee van gedeelde en naadloze zorg. Deze zorg kan alleen gerealiseerd worden bij goede informatie-uitwisseling. Een samenwerking met meerdere organisaties betekent dat alle partners hetzelfde doel voor de patiënt moeten hebben en op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden. Op die manier kan de zorg naadloos op elkaar aangesloten worden [7]. Poels [8] noemt privacy en de noodzakelijke toestemming van een cliënt als een belemmerende factor in het delen van persoonsgegevens en dus in het leveren van optimale zorg. Ook KNMG [9] omschrijft het afstemmen van zorg met betrokken hulpverleners als randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Om de zorg te kunnen afstemmen is het van belang dat de zorgverleners met elkaar communiceren en gegevens delen. Van Boven et al. [3] beschrijven het delen van gegevens om dwarsverbanden te kunnen leggen tussen zorg en veiligheid. Door de betrokken partijen kan dan een persoonsgerichte aanpak gemaakt worden over verschillende leefgebieden. Om de openbare veiligheid te waarborgen is samenwerking met de politie belangrijk. Om deze samenwerking tot stand te brengen zullen tot op zekere hoogte gegevens gedeeld moeten worden [10].

In de acute psychiatrie komt het voor dat er kinderen van een patiënt betrokken zijn. Soms is er dan contact nodig met Veilig Thuis of de jeugdbescherming. Wanneer er sprake is van kindermishandeling heeft een zorgprofessional wettelijk meldrecht. De professional moet dan eerst de meldcode huiselijk geweld doorlopen en kan vervolgens een melding doen. Bij het melden zal het beroepsgeheim doorbroken worden. Daarnaast is het mogelijk dat een kind onder toezicht staat, informatie over ouders kan dan opgevraagd worden door de Gecertificeerde Instellingen[1], ook bij de GGZ-behandelaar van de ouder. De GGZ-behandelaar is, in het geval dat een kind onder toezicht staat, verplicht om deze informatie te verstrekken en zijn beroepsgeheim te doorbreken [11].

Er zijn dus verschillende belangen gemoeid met het delen van persoonsgegevens, voor gedeelde en naadloze zorg, voor samenwerking op het gebied van zorg en veiligheid en als er sprake is van kindermishandeling of een onder toezichtstelling.

De AVG, maar ook materiewetten als de Wgbo en de Wvggz beschrijven de regels met betrekking tot het verwerken van persoonsgegevens. Voor het delen van bijzondere persoonsgegevens zijn strengere regels dan het delen van “gewone” persoonsgegevens. Bijzondere persoonsgegevens zijn bijvoorbeeld medische gegevens. Alle gegevens over gezondheid, dus ook over mentale gezondheid zijn bijzondere persoonsgegevens. Voor de professional in de acute GGZ is het beroepsgeheim uit de Wgbo relevanter bij beslissingen over het delen van gegevens dan de AVG. Het beroepsgeheim geldt voor alle informatie die de professional over een patiënt heeft. Het beroepsgeheim zorgt ervoor dat een

[1] De GI zijn verenigd in de branchevereniging Jeugdzorg Nederland, die de belangen behartigt van alle organisaties die verantwoordelijk zijn voor jeugdhulp en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en die vallen onder de Jeugdwet.

patiënt vrijuit durft te spreken en zich veilig voelt bij de professional. In het beroepsgeheim heb je de zwijgplicht en het verschoningsrecht. Zwijgplicht is de plicht om te zwijgen over alles wat je tijdens je werk over een patiënt te weten komt. Verschoningsrecht is het recht om tegenover politie en justitie te zwijgen, wat inhoudt dat je bij bepaalde vragen niet tot antwoorden verplicht bent [12].

Indien nodig kun je als professional in de zorg je beroepsgeheim doorbreken. Belangrijk hierbij is dat je de keuze goed moet kunnen motiveren. Redenen om je beroepsgeheim te mogen doorbreken zijn:

1. toestemming van de patiënt.

2. veronderstelde toestemming van de patiënt, bijvoorbeeld wanneer een patiënt niet in staat is om toestemming te geven.

3. wettelijke spreekplicht en meldrecht. Een voorbeeld van een spreekplicht is het melden van een bepaalde meldingsplichtige infectieziekte aan de GGD. Meldrecht geldt bijvoorbeeld bij het vermoeden van kindermishandeling en melding doen bij Veilig Thuis.

4. conflict van plichten. Je doorbreekt je beroepsgeheim vanwege een ander belang, bijvoorbeeld het voorkomen van mogelijke schade aan derden. Bij een conflict van plichten moet je aan de volgende voorwaarden voldoen voordat je het beroepsgeheim doorbreekt:

- Alles is in het werk gesteld om toestemming van de patiënt te verkrijgen tot doorbreking van het geheim.
- Het niet-doorbreken van het geheim levert voor een ander ernstige schade op.
- De arts verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht.
- Er is geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen.
- Het moet vrijwel zeker zijn dat door de geheimdoorbreking de schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt.
- Het beroepsgeheim wordt zo min mogelijk geschonden.

5. zwaarwegend belang, bijvoorbeeld bij erfelijke aandoeningen. [12]
De Nederlandse GGZ [13] benoemt dat medische gegevens gedeeld mogen worden met alle betrokken hulpverleners, ongeacht of deze van een andere organisatie zijn. Dit valt dan niet onder het doorbreken van je beroepsgeheim. Er is dan een gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt. Dit gaat dan om professionals die direct betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt vanuit dezelfde behandelovereenkomst, dit wordt geregeld door de Wet op Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO). Buiten de samenwerking die behandelaars hebben die onder dezelfde behandelovereenkomst werken, zal er zoveel mogelijk toestemming van de patiënt gevraagd worden en wanneer sprake is van een conflict van plichten kunnen er ook gegevens gedeeld worden.
In de GGZ wordt deels gewerkt onder de Wet Verplichte GGZ (Wvggz), deze wet regelt de rechten van patiënten die te maken hebben met verplichte zorg in verband met een psychische stoornis. Wanneer sprake is van een ernstig nadeel, dat voorkomt uit een psychische stoornis en de patiënt is niet bereidwillig tot hulp kan met de WVGGZ verplichte zorg opgelegd worden [4]. In deze wet staat ook

omschreven hoe moet worden omgegaan met persoonsgegevens en onder welke voorwaarden deze gedeeld mogen worden. Verder moet duidelijk beschreven worden met wie persoonsgegevens gedeeld worden. Wanneer gegevens gedeeld worden moet dat dat ter voorkoming of beperking van een ernstig nadeel zijn [14]. Om tot een besluit te kunnen komen wel of geen gegevens te delen zal eerst een afweging plaats moeten vinden. In de AVG, het beroepsgeheim en de Wvggz staan wel stappen die meegenomen moeten worden in deze afweging, maar deze vergen nog veel interpretatie door de zorgprofessional. Zoals in de inleiding al vermeld, is de zorgprofessional ook altijd zelf verantwoordelijk voor het maken van deze afweging.

Als een professional dan besloten heeft dat er persoonsgegevens gedeeld moeten worden, dan moet er nog besloten worden hoe en welke gegevens gedeeld worden. In de handreiking beroepsgeheim van de Nederlandse GGZ [13] staan zes stappen beschreven die doorlopen moeten worden om te kunnen spreken van zorgvuldig handelen bij het delen van persoonsgegevens. Deze zes stappen bestaan uit het signaleren van veiligheidsrisico's, het inschatten van het risico, collegiale toetsing, beslissen, documenteren en evalueren. Eigenlijk zijn stap één tot en met vier de stappen om een afweging te maken en die lijken daarmee op het hierboven genoemde conflict van plichten. Na de afweging wordt een besluit genomen om wel of geen gegevens te delen, met wie en in welke hoeveelheid. Vervolgens zullen alle stappen gedocumenteerd moeten worden in het dossier. Dan als laatste stap staat de evaluatie. De professional moet evalueren met een teamleider of hoofdbehandelaar hoe het proces verlopen is en met welke gevolgen. Dit proces is duidelijk en zorgvuldig maar vraagt wel tijd.



Figuur 1: te nemen stappen bij het zorgvuldig delen van persoonsgegevens [13]

Als besloten is dat wordt overgegaan tot het delen van persoonsgegevens is het van groot belang dat enkel de noodzakelijke gegevens gedeeld worden. Het is bijvoorbeeld niet altijd noodzakelijk om een diagnose te delen. De professional moet afwegen welke gegevens passen bij het doel van de ketenpartner. Als bijvoorbeeld bejegeningsinformatie voldoende is voor de ketenpartner, dan wordt dat alleen gedeeld. Vervolgens moet het delen van de gegevens genoteerd worden in het dossier van de cliënt. Deze notitie moet in ieder geval bevatten of er toestemming is verleend door de patiënt, waarom er geen toestemming is verleend of waarom er eventueel geen toestemming is gevraagd. Daarbij wordt genoteerd

welke gegevens gedeeld zijn, of de patiënt geïnformeerd is over het delen van de gegevens, waarom de patiënt eventueel niet geïnformeerd is over het delen van de gegevens en waarom het noodzakelijk is voor de ontvanger om de gegevens te ontvangen. Het is natuurlijk ook belangrijk dat de ontvangende partij zorgvuldig omgaat met de ontvangen gegevens. Over de zorgvuldigheid die de ontvangende partij moet betrachten, kunnen afspraken gemaakt worden in een convenant [15].

Een ander kader wat mogelijk ook relevant is voor de vraag of persoonsgegevens gedeeld mogen worden is het kader van de bemoeizorg. Bemoeizorg is ongevraagde zorg om de patiënt uiteindelijk toe te leiden naar zorg [15]. Deze ongevraagde zorg wordt vaak door verschillende ketenpartners geleverd. In de acute psychiatrie wordt geregeld gewerkt met patiënten die zorg mijdend zijn en niet altijd instemmen met de zorg en hierdoor te vergelijken zijn met de cliënten van bemoeizorg. Ook wordt er binnen de acute psychiatrie samengewerkt met verschillende ketenpartners, wat te vergelijken is met bemoeizorg. Voor de bemoeizorg bestaat er een handreiking over hoe om te gaan met het delen van (bijzondere) persoonsgegevens. Bemoeizorg en acute psychiatrie zijn niet één op één te vergelijken, maar ze hebben zeker raakvlakken met elkaar.
In de handreiking Bemoeizorg staat dat de professional zich bewust moet zijn dat uitwisseling van gegevens zonder toestemming een uitzondering is. Daarbij moet de betrokken persoon zo snel mogelijk ingelicht worden over het delen van de gegevens. Ook beschrijft de handreiking zoals hierboven ook al eerder vermeld dat de afweging om persoonsgegevens te delen aan de professional zelf is. Wel geeft de handreiking een stappenplan voor het zorgvuldig uitwisselen van gegevens [15]. Deze vijf stappen bestaan uit:

1 Vaststellen dat het in de situatie noodzakelijk is om gegevens uit te wisselen

2 De professional heeft duidelijk aan wie hij de gegevens gaat verstrekken.

3 Er is een duidelijk doel vastgelegd voor de verstrekking.

4 Er is een afweging gemaakt: Kan het anoniem? Is er een wettelijke bepaling die het verstrekken verplicht of mogelijk maakt? Past het verstrekken binnen de wettelijke werkzaamheden van de professional? Is het mogelijk om toestemming te krijgen? Kan het verstrekken van gegevens op basis van een vitaal belang? Is er een conflict van plichten? Vereist goed hulpverlenerschap de uitwisseling van gegevens?

5 De professional weegt af welke gegevens noodzakelijk zijn om te verstrekken. Hierbij is het belangrijk rekening te houden met wie de ontvanger van de gegevens is en welk doel de verstrekker wil bereiken met het verstrekken van informatie, zoals bepaald in stappen 2 en 3.

Verder worden in de handreiking zorgvuldigheidseisen beschreven. Deze bestaan uit: uitwisseling op basis van vitaal belang, conflict van plichten of goed hulpverlenerschap, in gesprek blijven met de patiënt, collegiale consultatie, zorgvuldige dossiervorming, regelmatig evalueren en doelbinding van de ontvangen gegevens [15]. Daarnaast beschrijft de handreiking dat het bij samenwerking met andere organisaties van belang is om de afspraken met betrekking tot het verwerken van de gegevens vast te leggen in een convenant. De handreiking beschrijft wat

er in ieder geval aan bod dient te komen in het convenant. Het convenant is dan vooral gericht op casus-overleggen. De punten die terug moeten komen zijn onder andere: de grondslag van deelname, het doel van het verwerken van gegevens en afspraken over zorgvuldige omgang met de gegevens. Het convenant is dan ook geen vrijbrief voor het delen van gegevens, maar een geschreven afspraak over hoe om te gaan met de gegevens die zijn gedeeld [15]. In de handreiking staat een bijlage waarin schematisch beschreven wordt in welke verschillende situaties het uitwisselen van gegevens kan voorkomen en welke stappen dan te doorlopen.

Hieronder zullen we eerst ingaan op de methode van het onderzoek en daarna de resultaten en vervolgens de conclusies presenteren.

Methode

Het onderzoek heeft zich primair gericht op de GGZ instelling, maar er is ook informatie verzameld bij de ketenpartners. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Voor het empirisch onderzoek is triangulatie gebruikt. Interviews zijn afgenomen bij medewerkers van de GGZ-instelling en medewerkers van de ketenpartners Politie, GGD en Ambulance. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. De vragen zijn gebaseerd op de uit de theorie verzamelde dimensies en topics. De interviews afgenomen bij de medewerkers van de GGZ-instelling waren vooral gericht op de manier waarop de afweging in de huidige situatie wordt gemaakt. De interviews afgenomen bij de ketenpartners waren vooral gericht op de vraag waarom (bijzondere) persoonsgegevens worden opgevraagd, wat er met de gegevens wordt gedaan en hoe de gegevens verwerkt worden. Naast de interviews is er vignettenonderzoek gedaan. Bij de medewerkers van de GGZ-instelling zijn na het afnemen van de interviews twee casussen voorgelegd. Na deze casus is een open vraag gesteld, met het verzoek aan de medewerker om hier hardop over na te denken. Op deze manier was het mogelijk het denkproces van de medewerker te volgen. Als laatste onderzoeksmethode is gebruik gemaakt van observatie in de meldkamer van de GGZ-instelling. Vooraf aan de observaties is toestemming gevraagd aan de collega's die geobserveerd zijn. Deze observaties zijn gedaan door mee te luisteren met telefoongesprekken van de triagist. Dit was beperkt mogelijk omdat de onderzoeker zelf ook als triagist bij de organisatie werkt. Een observatieschema is gebruikt om de gegevens tijdens het gesprek te verwerken. Er is geen gebruik gemaakt van opnames en ook zijn er bij de observaties geen patiëntengegevens genoteerd. Om niet te kunnen herleiden naar patiënten is er ook geen datum en tijd genoteerd van de observatie. Deze methode bleek erg lastig. De afwegingen zijn moeilijk te observeren, omdat deze niet hardop worden gedaan. Hierbij speelde ook mee dat het erg druk was in de meldkamer van de GGZ-instelling door een verandering binnen de organisatie.

Resultaten

In de instelling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden wordt in een intern document verwezen naar het conflict van plichten. Dit document is lastig te vinden voor medewerkers. Verder wordt er verwezen naar de KNMG- richtlijnen Delen van medische gegevens en Omgaan met medische gegevens. De respondenten van de instelling (GGZ verpleegkundigen) geven aan niet op de hoogte te zijn van een beleid of richtlijnen met betrekking tot het delen van persoonsgegevens. De respondenten spreken over een beleid dat

zij voor zichzelf ontwikkeld hebben of van een collega vernomen hebben. Er wordt onderscheid gemaakt in de functie van degene die belt en vraagt naar gegevens. Triagisten benoemen het afwenden van gevaar als de belangrijkste reden om gegevens te delen. Daarnaast wordt ook benoemd dat het delen van persoonsgegevens ten goede van de patiënt moet zijn. Met ketenpartners die triagisten al kennen worden, volgens de respondenten, gegevens makkelijker gedeeld. Respondenten geven aan dat door het meewerken aan dit onderzoek ze zich bewuster zijn geworden van hun eigen afwegingen met betrekking tot het delen van persoonsgegevens.

Volgens de respondenten zijn het leveren van goede zorg, als hulpverlener een compleet beeld hebben van de situatie, veiligheid en bejegeningsadvies, de redenen om persoonsgegevens te delen met ketenpartners. Bij de acute psychiatrie is het contact met de patiënt altijd een kort contact. Dit contact vindt plaats om in te schatten wat op dat moment de benodigde zorg is. Belangrijk is het dan om gegevens te delen zodat de hulpverlener een compleet en juist beeld heeft om de juiste afweging te maken. Ook het belang van de patiënt wordt meerdere malen genoemd door triagisten als een reden om persoonsgegevens te delen met een ketenpartner. Hiermee wordt bedoeld dat het op dat moment telefonisch delen van persoonsgegevens in het belang van de patiënt zal zijn. Eén respondent verwoordt het belang van de patiënt dienen als volgt:

‘*Ik zit daar zeg maar als advocaat van mijn patiënt’.*

Een andere reden die meerdere malen genoemd wordt om gegevens te delen, is samenwerking. Soms kan alleen door samenwerking gepaste en sluitende zorg voor de patiënt geleverd worden, alle professionals moeten dan op de hoogte zijn wie waarmee bezig is. Triagisten zien het feit dat een ambulance aanrijdend is naar een persoon met verward en onbegrepen gedrag als een belangrijke reden om persoonsgegevens te delen. De geïnterviewde triagisten lijken dit als een standaard situatie te zien waarin vaak persoonsgegevens gedeeld worden. Het is onduidelijk of hier een werkafspraak over is vastgelegd. Bij het vignettenonderzoek is een casus over de jeugdbescherming voorgelegd aan de respondenten. Opvallend hierbij is dat de respondenten met name nadenken over de negatieve gevolgen die het delen van persoonsgegevens kunnen hebben voor ouder en kind. Er is angst voor ernstige gevolgen zoals bijvoorbeeld een uithuisplaatsing.

Ketenpartners benoemen het leveren van goede zorg als een reden om te bellen met de GGZ-instelling, dit om na te gaan of de patiënt al behandeling heeft. Aan de hand van deze gegevens beslist de ketenpartner wat voor beleid zij inzetten bij de patiënt. Ook veiligheid en het voorkomen van materiële schade worden genoemd als reden voor het vragen naar persoonsgegevens. Zo geeft een respondent van de politie aan:

‘Als we bij iemand voor de deur staan i.v.m. een melding persoon is een tijd niet gezien, bellen wij met de crisisdienst om te weten of die persoon toevallig opgenomen is. Om te voorkomen dat wij schade aan de woning gaan maken door de deur open te breken. Dit scheelt een hoop gedoe voor de patiënt.’

Elke ketenpartner legt “juiste en gepaste zorg”, op zijn eigen manier uit. Door ambulance medewerkers moet

bijvoorbeeld besloten worden iemand wel of niet te presenteren bij een crisisdienst. De afweging of persoonsgegevens gedeeld worden met een ketenpartner, moet door de professionals zelf gemaakt worden. Triagisten benoemen alleen noodzakelijke gegevens te delen. Wat noodzakelijke gegevens zijn, dat beslist elke triagist zelf. Het kan dus zo zijn dat de ketenpartner andere gegevens krijgt afhankelijk van welke triagist hij aan de telefoon krijgt. In hun afweging om gegevens te delen wordt door de respondenten meegenomen of er sprake is van gevaar, de relevantie van het delen en hoe recent de gegevens zijn. Over het delen van de diagnose wordt wisselend gedacht. Sommige respondenten zeggen stellig deze niet te delen. Andere respondenten zeggen de diagnose alleen te delen met medisch geschoolde ketenpartners of met ketenpartners die ook een beroepsgeheim hebben.
Vanuit de triagisten wordt onduidelijkheid als een probleem genoemd, het delen van gegevens is een grijs gebied. Het is onduidelijk wat zij precies mogen delen en met wie. Verder wordt de tijdsdruk als een probleem ervaren. Door de tijdsdruk, in een acute situatie, wordt er soms minder zorgvuldig gewerkt met het delen van persoonsgegevens. Een beslissing moet vaak snel genomen worden en er is niet altijd tijd om collegiaal te toetsen of uitgebreid met de psychiater te overleggen. Hierdoor moet de triagist zelf de inschatting op dat moment maken. De onduidelijkheid over wat de ketenpartner met de ontvangen gegevens zal doen wordt ook genoemd als een dilemma door de triagisten. Ze vragen zich af of de gegevens worden vastgelegd en wat er dan vervolgens mee gebeurt. Deelt de GGD bijvoorbeeld op zijn beurt de ontvangen gegevens met politie? Triagisten ervaren soms onbegrip van ketenpartners als ze terughoudend zijn met het delen van gegevens.

De respondenten van de ketenpartners zeggen dat ze gerichte vragen stellen en zelf ook een afweging maken wat voor hen relevante gegevens zijn om te weten. Eén respondent uit de ketenpartners geeft aan alleen te willen weten of de patiënt een behandelkader heeft. Overige gegevens benoemt deze respondent als niet relevant voor het werk. De ketenpartners ervaren geen dilemma's bij het vragen naar persoonsgegevens. Ketenpartners geven aan eigenlijk nooit "nee" te horen van de triagisten van de GGZ-instelling. Ook zeggen de ketenpartners gegevens met de GGZ-instelling te delen.
Het delen van persoonsgegevens door triagisten van de GGZ-instelling gebeurt vrijwel altijd telefonisch. Een enkele keer worden er mondeling bijzondere persoonsgegevens gedeeld bij een huisbezoek, wanneer er assistentie van de politie of ambulance noodzakelijk is. Aan de telefoon wordt vrijwel nooit gecheckt of de persoon aan de andere kant van de lijn daadwerkelijk degene is die hij zegt te zijn. De redenen die hiervoor benoemd worden zijn tijdsdruk, en dat het checken onwerkbaar is, bovendien zijn het vaak bekende en vertrouwde ketenpartners die bellen. Drie respondenten uit de triagisten groep geven aan dat ze doorvragen naar de context om in te schatten of er sprake is van gevaar.

De patiënt wordt niet op de hoogte gebracht van het delen van gegevens door triagisten. Als motivatie wordt genoemd dat dit niet altijd mogelijk is, omdat de betreffende patiënt niet altijd ook fysiek wordt gezien. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat de patiënt op de hoogte wordt gebracht door de ketenpartner die de gegevens opvraagt. Dit blijkt bij navraag bij de ketenpartners niet altijd het geval te zijn. Het merendeel van de geïnterviewde triagisten zegt het delen van persoonsgegevens niet vast te leggen in het

dossier. De ketenpartners geven aan de telefonisch opgevraagde gegevens altijd vast te leggen in hun eigen systemen.

Conclusies

De afweging om wel of geen persoonsgegevens te delen is een grijs gebied voor triagisten. De richtlijnen om gegevens te delen zijn op zich duidelijk beschreven, maar de uiteindelijke afweging moet de professional zelf maken. De respondenten zijn op zoek naar handvatten voor die uiteindelijke afweging om wel of geen gegevens te delen. Vanuit de AVG en het beroepsgeheim worden redenen en uitzonderingen benoemd om binnen deze kaders (bijzondere) persoonsgegevens te delen. Dit zijn zoal het conflict van plichten en het wettelijk meldrecht. Wanneer professionals gezamenlijk betrokken en verantwoordelijk zijn bij de behandeling van een patiënt mogen zij bijzondere persoonsgegevens met elkaar delen. Ook in de Wgbo en de Wvggz staan voorwaarden benoemd waaronder een professional (bijzondere) persoonsgegevens kan delen. Dit zijn echter slechts voorwaarden die als ondersteuning gebruikt kunnen worden bij het afwegen voor het wel of geen (bijzondere) persoonsgegevens te delen met ketenpartners. Gezegd kan worden dat de medewerkers van de GGZ-instelling niet volledig op de hoogte zijn van de voorwaarden om het beroepsgeheim te schenden. Inhoudelijk benoemen de triagisten gevaar als voorwaarden, dit komt terug in punt vier van het conflict van plichten. De definitie gevaar betekent echter niet voor alle respondenten hetzelfde, waardoor dit mogelijk door de triagisten verschillend in de afweging zal worden meegenomen. Verder wordt door de triagisten van zowel de GGZ-instelling als de ketenpartners wel gesproken over het willen leveren van goede zorg en in het belang van de patiënt te handelen.

Er is een duidelijke overeenkomst te zien tussen de belangen om persoonsgegevens te delen die in de literatuur beschreven worden en de belangen die in dit onderzoek worden genoemd door respondenten. De terugkerende belangen zijn samenwerking, veiligheid en de zorg met elkaar kunnen afstemmen.
Tijdens dit onderzoek is ook gekeken naar de context waar rekening mee moet worden gehouden bij het delen van persoonsgegevens door deze specifieke groep van GGZ verpleegkundigen. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat de triagisten ook problemen ervaren die betrekking hebben op praktische zaken: onduidelijkheid, tijdsdruk, zelf de inschatting moeten maken en niet weten wat de ketenpartner met de gegevens doet. Deze praktische problemen worden in de literatuur niet of nauwelijks benoemd.
Bij de GGZ-instelling maakt de professional zelf de afweging wat noodzakelijke gegevens zijn die gedeeld moeten worden. De mogelijkheid bestaat dat dit per individu anders wordt afgewogen en gegevens per individu verschillend worden gedeeld. Naast het hierboven genoemde ingeschatte gevaar, spelen de recentheid van de gegevens en de mogelijke gevolgen voor de betrokkene mee in de afweging van de respondenten over welke gegevens precies gedeeld worden met ketenpartners. Met name bij verzoeken om persoonsgegevens door de Jeugdbescherming, gaven respondenten aan om geen persoonsgegevens te willen delen uit angst voor negatieve gevolgen.
Een belangrijk punt uit de literatuur is zorgvuldigheid bij het delen van persoonsgegevens. Deze zorgvuldigheid bestaat uit alleen de noodzakelijke gegevens delen en het gedeelde vastleggen in het dossier. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat deze zorgvuldigheid in de praktijk geregeld ontbreekt. De respondenten benoemen meestal niet vast

te leggen wat en met wie er persoonsgegevens zijn gedeeld. Vijf respondenten zeggen niets vast te leggen als zij gegevens hebben gedeeld. Eén respondent legt na een eerdere negatieve ervaring alles vast wat gedeeld wordt. Ook wordt vrijwel nooit de identiteit van de beller gecheckt.

Uit de literatuur blijkt dat voor de bemoeizorg een handreiking bestaat voor het delen van gegevens. Acuut psychiatrische zorg en bemoeizorg hebben verschillende raakvlakken met elkaar, zoals vaak zorgmijding en onvrijwillige zorg. In deze handreiking is een overzichtelijke bijlage toegevoegd. Deze bijlage geeft handvatten voor welke stappen doorlopen moeten worden wanneer een ketenpartner gegevens opvraagt, maar ook welke informatie verstrekt kan worden.

Geconcludeerd kan worden dat alleen al de interviews en het vignettenonderzoek uitgevoerd in het kader van dit onderzoek bewustwording heeft gecreëerd bij de medewerkers van de GGZ instelling. Als speerpunten om aan te werken zijn naar voren gekomen:

- De kennis van de medewerkers van het beroepsgeheim en het mogen schenden daarvan
- Het verder in beeld brengen van de genoemde dilemma's en onderzoeken hoe dit verbeterd kan worden.
- De zorgvuldigheid van het delen van bijzondere persoonsgegevens.

Referenties

1. Jeugd, I. G. e. (2020). Afsluitbrief Thijs H. Calamiteitenonderzoek stichting Mondriaan. Retrieved from https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/document.aspx?doc=Afsluitbrief+Thijs+H.+calamiteitenonderzoek+Stichting+Mondriaan&docid=16436
2. KNMG, K. N. M. t. b. d. G. (2019). Zaak Thijs H: wanneer beroepsgeheim doorbreken? Retrieved from https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/zaak-thijs-h.-wanneer-beroepsgeheim-doorbreken.htm
3. Van Boven, J., Gunst, P., & Wauben, J. De leertuin zorg en veiligheid. Retrieved from https://cmostamm.nl/wp-content/uploads/De-Leertuin-Zorg-en-Veiligheid.pdf
4. Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. BIG-register maatregelen. Retrieved from https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/maatregelen
5. Bonis, W., van der Leun, J., Muller, E., Schee, N., Schuyt, P., & van der Woude, M. (2011). Daderschap en wederkerigheid. *De vogel vrij. Liber Amicorum prof. dr. mr. Martin Moerings*, 377-387.
6. van der Post, L. F., Zoeteman, J., van Luik, S., van Oudenaren, M., & Dekker, J. (2021). Verdachten met verward gedrag in Amsterdamse politiecel; betere samenwerking tussen psychiater en officier van justitie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 854-860.
7. McClelland, R., & Thomas, V. (2002). Confidentiality and security of clinical information in mental

health practice. *Advances in Psychiatric Treatment, 8*(4), 291-296.
8. Poels, M. (2019). Verward in Flevoland. De personen achter de politiemeldingen. In: Amsterdam, Nederland: Onderzoeksbureau Care2Research.
9. KNMG, K. N. M. t. b. d. G. Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Retrieved from https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/verantwoordelijkheidsverdeling-1.htm
10. Pepler, E. F., & Barber, C. G. (2021). *Mental health and policing: picking up the pieces in a broken system.* Paper presented at the Healthcare Management Forum.
11. VNG. (2020). Handvat Gegevensuitwisseling zorg en veiligheid. Retrieved from https://vng.nl/publicaties/handvat-gegevensuitwisseling-zorg-en-veiligheid
12. KNMG, K. N. M. t. b. d. G. Beroepsgeheim: wat is het medisch beroepsgeheim? Retrieved from https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/beroepsgeheim-wat-is-het-medisch-beroepsgeheim/wanneer-doorbreken.htm
13. GGZ, D. N. (2012). Handreiking beroepsgeheim. Retrieved from https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/739ff9a6-4018-4166-a271-0b9272283b90/ggznl_handreiking-beroepsgeheim-2012.pdf?ext=.pdf
14. Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg, (2020).
15. GHOR, G. (2021). Handreiking gegevensuitwisseling bij bemoeizorg. Retrieved from https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2021/06/Handreiking-Bemoeizorg_Versie-mei-2021.pdf