

Inhoudsopgave

<b>INLEIDING</b>	<b>2</b>
<b>METHODIEK VAN BEMOEIZORG IN ZEVEN FASEN</b>	<b>4</b>
<b>JURIDISCHE KNELPUNTEN BIJ BEMOEIZORG</b>	<b>6</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>Wettelijk kader</b>	<b>6</b>
Verdragen	6
Grondwet (GW)	6
Recht op privacy	6
Binnentreden in woning	6
Algemene wet bestuursrecht (AwB)	6
Wetboek van Strafrecht (WvSr)	6
Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)	7
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	7
Bijzondere opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)	7
Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)	7
Jurisprudentie	8
Conflict van plichten	8
<b>CONCLUSIE</b>	<b>9</b>

## INLEIDING

---

De Nederlandse overheid voert al enige jaren een actief beleid om mensen met psychische problematiek meer over te laten aan de maatschappij in plaats van deze op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis. De klinische zorg blijft dan met name beschikbaar voor diegenen, die door de ernst van hun handicap niet zonder deze beschermde omgeving kunnen<sup>1</sup>. Deze trend in de GGZ wordt ook wel aangeduid met “extramuralisatie” of “vermaatschappelijking”. Deze twee termen worden door de Taskforce Vermaatschappelijking, een in oktober 2000 door de voormalige minister, dr E. Borst - Eilers ingestelde onderzoeksgroep die de opdracht kreeg om de staat van de vermaatschappelijking te verkennen, als volgt omschreven. “Vermaatschappelijking is voor mensen met ernstige psychische en psychiatrische problemen een proces dat leidt naar een zelfstandige, geaccepteerde en volwaardige plaats in de maatschappij. Met hen vermaatschappelijken de geestelijke gezondheidszorg en de samenleving mee om dit doel te bereiken. Vermaatschappelijking is daarmee meer dan extramuralisering. Extramuralisering is er sinds de jaren tachtig op gericht zorgvoorzieningen (en dus ook betrokkenen) in de samenleving te plaatsen, tussen andere burgers. Daarmee zijn betrokkenen nog geen zelfstandige burgers ‘onder anderen’. En daarmee hebben zij nog niet de mogelijkheid deel te nemen aan het ‘normale’ maatschappelijke verkeer, waarin men leert, werkt, winkelt, een eigen woning heeft, relaties onderhoudt, over eigen geld beschikt, en daarbij ondersteund wordt. Vermaatschappelijking is daarom niet alleen een zaak van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, maar ook een zaak voor uitkeringsinstanties, woningverhuurders, financiële instellingen, werkgevers, onderwijsinstellingen, arbeidsvoorzieningen, instellingen voor maatschappelijk werk, GGD-en andere gezondheidszorginstellingen, landelijke en lokale overheden, bureaus, familie, en anderen die in de samenleving actief zijn.”<sup>2</sup>

Sterk verankerd in ons rechtssysteem ligt het recht op zelfbeschikking van de individuele mens en de vrijheid van de mens om te kiezen voor eigen normen en waarden, ook al zijn deze volgens de heersende opvatting afwijkend. In ons rechtssysteem wordt ervan uitgegaan dat de aanwezigheid van een ziekte geen afbreuk doet aan de juridische status van een persoon. De hulpverlening heeft hierin een bevorderende rol; het is niet de bedoeling dat een hulpverlener zijn waarden en normen aan de betrokkene oplegt en hiermee de betrokkene aan hem ondergeschikt maakt. Het komt voor dat mensen hun leven leiden op een manier die een zichtbare en hoorbare overlast voor een ander veroorzaakt. Vaak is er bij deze overlastveroorzakers een psychiatrisch ziektebeeld te herkennen die mede maakt dat zij een last voor hun omgeving zijn. Velen van hen zijn bekend bij de hulpverlening, en deels ook bij de politie. Een tijdelijke gedwongen opname brengt veelal geen verbetering voor de betrokkene, maar eerder een nieuw trauma. Ook zijn er personen met een vermoeden van ernstige psychiatrische problemen die niet of nauwelijks in aanraking komen met hulpverleners en geen merkbare overlast voor hun omgeving veroorzaken. Beide groepen personen hebben gemeen dat er categorisch (GGZ)hulp geweigerd wordt, terwijl de situatie als zorgelijk kan worden bestempeld. De weigering van behandeling van deze zogenaamde ‘zorgwekkende zorgmijders’ maakt dat de situatie vaak verergert en uiteindelijk in een drama kan escaleren, voor zowel de betrokkene zelf als diens omgeving. De bemoeienis van de hulpverlening met zorgwekkende zorgmijders, de zgn. ‘outreachinge zorg’ of ‘bemoeizorg’, heeft hier te maken met een spanningsveld tussen het belang van het verlenen van zorg en het belang van het voorkomen c.q. bestrijden van

---

<sup>1</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1999). Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Den Haag.

<sup>2</sup> *Plan van aanpak* Taskforce Vermaatschappelijking, Utrecht, februari 2002, p. 2/3

overlast, ofwel het zelfbeschikkingsrecht van het individu en het belang van anderen c.q. de samenleving. Het streven bij bemoeizorg is om de doelgroep te bewegen tot het vrijwillig aangaan en opbouwen van een behandelingsrelatie met de hulpverlener en het zo mogelijk voorkomen van een gevaarlijke situatie voor betrokkene zelf of voor zijn omgeving.

Aanleiding van deze notitie is vormde het verzoek uit het veld om een praktisch werkbaar richtlijn voor hulpverleners die bemoeizorg verlenen, te ontwikkelen. De notitie beschrijft een methodiek van bemoeizorg in zeven fasen<sup>3</sup>. Aan de hand van deze methodiek worden vervolgens de juridische knelpunten aangegeven. De notitie wordt afgesloten met een conclusie. In de notitie wordt de eerder genoemde 'zorgwekkende zorgmijder' verder aangeduid met 'betrokkene'; de GGZ-medewerker die bemoeizorg verleent wordt in de notitie 'hulpverlener' genoemd. Aan deze richtlijn kunnen geen rechten worden ontleend.

---

<sup>3</sup> Gebaseerd op: Ruth, S. van, *Zorgen rond bemoeizorg; Een juridische analyse van de (on)mogelijkheden van bemoeizorg in de psychiatrie*, september 2000.

## **METHODIEK VAN BEMOEIZORG IN ZEVEN FASEN**

---

De bemoeizorg kan worden onderverdeeld in zeven fasen:

- I Traceren
- II Aanmelding
- III Contact leggen met betrokkenen
- IV Taxatie zorgaanbod en bereidheid betrokkene
- V Opstellen zorgplan
- VI Zorgfase
- VII Overdracht en afsluiting

### **I Traceren**

Instellingen (zoals politie, Justitie, woningbouwverenigingen, GSD en AMW) en personen die met de doelgroep te maken hebben (familie, burens en de huisarts) kunnen personen waarvan de situatie zorgwekkend wordt ervaren, aanmelden. Vaak is het gedrag van de betrokkene en zijn woonsituatie aanleiding tot bezorgdheid.

### **II Aanmelding**

Aanmelding geschiedt vaak telefonisch. Indien mogelijk wordt de verwijzer gevraagd schriftelijke informatie van eventuele eerdere behandelingen op te sturen. In veel gevallen is dit echter niet bekend. De hulpverlener gaat dan actief op zoek naar meer gegevens over deze potentiële cliënt bij bijvoorbeeld huisarts, andere hulpverleners of familie. Met de beschikbare informatie wordt vervolgens in teamverband bekeken of er sprake is van een indicatie voor bemoeizorg en wordt de verwijzer hierover ingelicht.

### **III Contact leggen met betrokkenen**

Een of twee hulpverleners nemen de zorg voor de betrokkene op zich. Dit is de meest cruciale fase in het zorgproces; het leggen van het eerste contact. Het gaat immers om mensen die geen hulp willen en soms zelfs expliciet afwijzen. Om een goede strategie te kunnen bepalen is het van belang om vooraf informatie in te winnen bij de verwijzer; eventuele andere hulpverleners, de buurt of de familie. Het belangrijkste doel is een vertrouwensrelatie opbouwen, en achterhalen welke problemen de betrokkene ervaart en wat hij verwacht. Vaak wordt een praktisch probleem (kapotte deurbel, financiële problemen) een ingang voor een hulpverleningscontact.

### **IV Taxatie zorgaanbod en bereidheid betrokkene**

Vaststellen wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van alle reeds verzamelde informatie. Daarnaast wordt de mate waarin de betrokkene zijn betrokkenenrol wil accepteren ingeschat, evenals de mate waarin hij in staat is tot een werkrelatie.

### **V Opstellen zorgplan**

De hulpverlener stelt een zorgplan op. Waar mogelijk gebeurt dit in overleg met de betrokkene. Bijstellingen in de loop der tijd verantwoordt de hulpverlener in het voortgangsverslag en in de voortgangsbesprekingen. Nadat het zorgplan is opgesteld, wordt contact opgenomen met de verwijzer. Hij wordt op de hoogte gesteld van de resultaten en hem wordt gevraagd waar mogelijk aan het plan mee te werken.

### **VI Zorgfase**

Het zorgplan wordt uitgevoerd. De hulpverlener streeft ernaar de betrokkene verantwoordelijk te maken aan het zorgplan. Dit lukt, zeker in het begin, lang niet altijd. Hij tracht het gedrag van de betrokkene te beïnvloeden in de richting van de doelen van het zorgplan. Naar gelang de situatie kiest hij uit verschillende strategieën/rollen.

## VII Overdracht en sluiting

Overdracht aan andere instellingen of een ander team geschiedt wanneer bemoeizorg overbodig wordt, geen effect sorteert of andere hulp meer aangewezen is.

## JURIDISCHE KNELPUNTEN BIJ BEMOEIZORG

---

### ***Inleiding***

Het verlenen van bemoeizorg stuit op heersende regelgeving. Hieronder wordt een overzicht gegeven over de juridische (on)mogelijkheden van bemoeizorg in het licht van de nu geldende wet- en regelgeving.

### ***Wettelijk kader***

#### **Verdragen**

Artikel 12 UVRM<sup>4</sup> en artikel 8 EVRM<sup>5</sup> geven de universele en Europese regeling inzake de bescherming van de privé-sfeer van elke burger.

#### **Grondwet (GW)**

##### *Recht op privacy*

Volgens artikel 10 GW heeft elke burger behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer. De wet stelt regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in verband met het vastleggen en verstrekken van persoonsgegevens.

##### *Binnentreden in woning*

Volgens artikel 12 GW mag men alleen een woning betreden na toestemming van de bewoner tenzij in de gevallen bij of krachtens de wet bepaald, door hen die daartoe bij of krachtens de wet zijn aangewezen, zoals bijvoorbeeld een medewerker van de GG&GD op last van de burgemeester in het kader van de Wet Bestrijding Infectieziekten, eventueel bijgestaan door een politieambtenaar. Voor een rechtmatig binnentreden zijn in beginsel tevens een voorafgaande legitimatie en een mededeling van het doel van het binnentreden vereist.

Voor met name de fase waarin een hulpverlener tracht het eerste contact te leggen, loopt de hulpverlener het risico in strijd met artikel 12 GW te handelen, als de toestemming van de betrokkene is verkregen voor iets anders dan de hulpverlener heeft bedoeld en het huis van de betrokkene aldus onder misleidende omstandigheden wordt betreden. Om betrokkene niet gelijk af te schrikken wordt bij het eerste contact door een hulpverlener vaak niet gezegd wie hij is en met welk doel hij de betrokkene benadert. Men zou hiervoor ter verdediging kunnen aanvoeren dat de intentie van de hulpverlener waarmee hij probeert via een eventuele omweg toegang te krijgen cruciaal is. De intentie om iemands persoonlijke situatie te verbeteren, ook als men aanvankelijk tegenwerking en wantrouwen ontmoet bij een burger die mogelijk cliënt wordt. Daarmee komt men weer in de buurt van het verlaten *bestwil* criterium.

#### **Algemene wet bestuursrecht (AwB)**

Artikel 2:5 AwB geeft de geheimhoudingsplicht voor een ieder die is betrokken bij de uitvoering van de taak van een bestuursorgaan. Een politieambtenaar of een medewerker van de GG&GD bijvoorbeeld kunnen niet zomaar informatie uitwisselen met andere instanties.

#### **Wetboek van Strafrecht (WvSr)**

Artikel 272 WvSr regelt de strafbaarheid van degene die 'enig geheim waarvan hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat hij uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift dan wel van vroeger ambt of beroep verplicht is het te bewaren, opzettelijk schendt (...).

---

<sup>4</sup> Universele verklaring van de rechten van de mens

<sup>5</sup> Europees verdrag ter bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden

### **Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)**

Ingevolge artikel 88 Wet BIG is een ieder 'verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen.' Bij schending van deze norm riskeert de hulpverlener een tuchtrechtelijke maatregel.

### **Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)**

Hoewel er geen toestemming voor behandeling van de betrokkene is verkregen, zou toch geredeneerd kunnen worden dat de WGBO van toepassing is in de "precontactuele fase" van behandeling. De WGBO is immers een wet ter bescherming van de rechten van de patiënt en het is naar de geest van de WGBO niet goed verdedigbaar dat bij gebrek aan toestemming de rechten van de WGBO, met name het recht op privacy, niet voor de betrokkene zouden gelden. Het gaat bij de WGBO niet om een normale overeenkomst van gelijkwaardige partijen, maar om een bijzondere overeenkomst waarbij de patiënt in het bijzonder wordt beschermd. Uitgangspunt kan daarom niet zijn dat er eerst toestemming door de patiënt gegeven moet worden alvorens de WGBO van toepassing is, maar dat de WGBO geldt zodra de hulpverleningsrelatie begint in de zin van artikel 7:446 BW.

### **Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)**

Een gedwongen opname (via een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging) is slechts mogelijk in het geval de betrokkene gevaar veroorzaakt, dit gevaar veroorzaakt wordt door een stoornis van de geestvermogens en het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Onder gevaar wordt verstaan: *gevaar voor betrokkene zelf*, zoals bijvoorbeeld het gevaar voor suïcide of het bij zichzelf toebrengen van ernstige lichamelijk letsel, het gevaar van maatschappelijke teloorgang,

het gevaar van ernstige zelfverwaarlozing en het gevaar dat betrokkene met diens gedrag de agressie van anderen oproept.

Daarnaast verstaat men onder gevaar: *gevaar voor anderen*, zoals bijvoorbeeld het gevaar dat betrokkene een ander doodt of een ander ernstige lichamelijk letsel toebrengt, het gevaar voor psychische gezondheid van de ander, het gevaar van verwaarlozing van degene, aan de zorg van betrokkene toevertrouwd.

Ten slotte kan sprake zijn voor gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Hoewel het gevaarscriterium in de BOPZ in december 2000 is uitgebreid, kan het voorkomen dat er bemoeizorg wordt geleverd wanneer er nog geen sprake is van BOPZ-gevaar. Daarbij stuiten hulpverleners op het probleem dat door het ontbreken van toestemming en medewerking van betrokkene niet of moeilijk is vast te stellen of er sprake is van een geestelijke stoornis. Volgens een uitspraak van de Hoge Raad is het echter voor een arts mogelijk om ingeval de betrokkene niet wil meewerken aan een onderzoek, ter vaststelling van de geestesstoornis een verklaring af te geven op grond van wat anderen hem vertellen (in juridische termen een 'de auditu –verklaring'), mits de arts goed motiveert waarom hij niet anders kon handelen.<sup>6</sup>

### **Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)**

Een bij bemoeizorg steeds weer terugkerende vraag is welke gegevens hulpverleners elkaar of derden kunnen verschaffen bij het in zorg proberen te krijgen van een overlast veroorzakende psychiatrische patiënt, die geen behandeling wenst te ontvangen. Het komt er op neer, dat bepaalde personen als het ware worden gevolgd door middel van het

---

<sup>6</sup> HR 6 november 1998, nr. R98/14HR

verzamenen van informatie in de vorm van persoonsgegevens met het doel tijdig hulp te kunnen bieden en overlast te voorkomen. Daarbij kunnen verschillende instanties zijn betrokken, zoals een woningbouwvereniging, de politie, de GG&GD, de GGZ, de huisarts etc. Dit wordt ook wel kortweg aangeduid met cliëntvolgsysteem (CVS). Hoe valt een dergelijk systeem voor de hulpverlener in de GGZ te rijmen met de bepalingen van de WBP? De (aanvullende) regeling van de WBP omtrent het beroepsgeheim vindt toepassing tenzij er sprake is van een wettelijk voorschrift waarin het beroepsgeheim is geregeld.<sup>7</sup> Dat is, zoals hiervoor al is gebleken, alleen al het geval op grond van de WGBO, naast de Wet BIG, de Algemene wet bestuursrecht, het Wetboek van strafrecht, etc. Het strookt immers met de geest van de WGBO om deze ook bij bemoeizorg - ook al is er geen toestemming van betrokkene voor de behandeling - toepasselijk te verklaren. De WGBO legt de hulpverlener een geheimhoudingsplicht op.

Pas als geen sprake is van schending van het beroepsgeheim is de WBP van aanvullende toepassing op de verwerking van persoonsgegevens.

Overigens en wellicht ten overvloede zij nog opgemerkt dat de WBP bepaalt dat persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid slechts mogen worden verwerkt door hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening.<sup>8</sup> Niet alle partijen die zich met bemoeizorg bezig houden vallen hieronder. Tevens mogen volgens de WBP alleen personen die onderworpen zijn aan een beroepsgeheim gezondheidsgegevens verwerken (dit kan ook een geheimhoudingsovereenkomst zijn). Wanneer het bepaalde in artikel 21 geen oplossing biedt voor het in artikel 16 neergelegde algemene verbod om persoonsgegevens te verwerken, dan is dat nog mogelijk met de uitdrukkelijke toestemming van betrokkene op grond van artikel 23. Maar daarin schuilt nu juist het probleem.

## **Jurisprudentie**

Het centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (CTG) besliste dat het de taak is van de hulpverlener waaraan incidenten van overlast zijn gemeld, die meldingen 'te onderzoeken en de eventuele zorg te coördineren'. In casu betrof het een verpleegkundige die betrokkene na verschillende meldingen van overlast thuis heeft bezocht en heeft geoordeeld dat de betrokkene dringend hulp nodig had. Daarop heeft de verpleegkundige de betrokkene conform een protocol ter bestrijding van extreem overlast doorverwezen naar het RIAGG. In dat kader werd de verpleegkundige geen inbreuk op de privacy van betrokkene verweten.<sup>9</sup> Uit deze uitspraak van het CTG kan men concluderen dat er voor hulpverleners een verplichting bestaat om (bemoei)zorg te leveren en indien nodig door te verwijzen naar een geschikte instantie. Daarmee kan de hulpverlener geen schending van de privacy worden verweten, temeer indien dat handelen protocollair wordt voorgeschreven.

## **Conflict van plichten**

De hulpverlener kan zijn beroepsgeheim of geheimhoudingsplicht doorbreken indien hij in een conflict van plichten komt bij handhaving van het geheim. Enerzijds heeft de hulpverlener de plicht het geheim van de patiënt te bewaren; anderzijds is er het belang van een derde bij kennisneming van bepaalde informatie, dat een plicht tot spreken meebrengt. De hulpverlener zelf is de enige persoon die een afweging tussen beide belangen kan maken. In de rechtspraak en de rechtsliteratuur hebben de door Leenen ontwikkelde criteria navolging gekregen: een beroep op conflict van plichten heeft kans van slagen als:

- alles in het werk is gesteld om de toestemming van betrokkene te verkrijgen;
- de zwijgplichtige in gewetensnood moet verkeren door het handhaven van de zwijgplicht;
- er is geen andere weg dan doorbreking van het geheim is om het probleem op te lossen;
- het niet doorbreken van het geheim voor een ander ernstige schade oplevert;

---

<sup>7</sup> Artikel 9 lid 4 WBP

<sup>8</sup> artikel 21 WBP

<sup>9</sup> CTG 16/1/2001, gepubliceerd in de Staatscourant d.d. 16/2/2001, nr.34, p.13

- het vrijwel zeker is, dat de doorbreking die schade aan de ander kan voorkomen of beperken;
- het geheim zo beperkt mogelijk wordt geschonden.<sup>10</sup>

Als voorbeelden worden hierbij genoemd: doorbreking van het geheim bij melding aan de politie van een dronken automobilist en bij wetenschap van een door de patiënt beraamde moord.

De criteria lijken helder, maar ze roepen ook vragen op: wanneer is bijvoorbeeld sprake van ernstige schade? De voorbeelden (dronken automobilist en beraamde moord) die worden genoemd zijn zodanig extreem dat een doorbreking van de zwijgplicht in zulke gevallen al snel gelegitimeerd lijkt. In extremo is het conflict meer helder. Maar is een beroep op conflict van plichten ook bij minder schade legitiem? In de praktijk van de alledaagse hulpverlening komt het veelvuldig voor dat een hulpverlener een afweging maakt op grond van minder ernstige criteria, zonder exacte voorspelbaarheid van de mogelijke consequenties van niet doorbreken van de zwijgplicht. Er zijn in de praktijk situaties denkbaar waarin de hulpverlener het eigenlijk niet zo zeker weet en waarin hij toch vanuit een klinische blik of professionele intuïtie een afweging maakt. Voorbeeld hiervan is het doorbreken van de zwijgplicht op grond van informatie gegeven door een patiënt met een borderline-stoornis waarbij de kans bestaat dat die informatie niet waarheidsgetrouw is. Of in het geval een hulpverlener overweegt een andere arts of de familie in te lichten als zijn manisch-depressieve patiënt zijn medicatie weigert te nemen en hiermee op den duur nadeel voor zichzelf en zijn verdere behandeling en zijn omgeving veroorzaakt. Men kan zich afvragen of zulke afwegingen wel geheel op grond van toetsbare criteria te verantwoorden zijn.

## CONCLUSIE

---

Geconcludeerd moet worden dat de bemoeizorg in de meeste gevallen op zeer gespannen voet staat met de bestaande wetgeving. Er is wel een richtlijn mogelijk voor bemoeizorg in de zin dat het zorgvuldigheidsregels en aanbevelingen betreft voor het beter omgaan met persoonsgegevens van betrokkenen in de praktijk. Het is echter niet mogelijk te stellen of te suggereren dat hiermee de bemoeizorg voldoet aan de wettelijke vereisten. Hierboven is gestreefd een zo volledig mogelijk wettelijk kader te schetsen, de legitimiteit van gegevensuitwisseling bij bemoeizorg stuit echter al op de bepaling van de WGBO dat voor uitvoering van de behandelingsovereenkomst, en dus van de verstrekking van gegevens aan derden, de uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene is vereist. Deze ontbreekt veelal. In de praktijk vindt er echter al gegevensuitwisseling plaats van de hulpverlener naar andere instanties betrokken bij bemoeizorg. Het maatschappelijk belang van bemoeizorg is zeker aanwezig, maar er zal sprake blijven van een 'gedoogcultuur', totdat de wetgeving de juridische problemen, die bemoeizorg met zich brengen, heeft weggenomen.

De uitspraak van het CTG lijkt het verlenen van bemoeizorg te verplichten en de uitwisseling van gegevens te legitimeren als hieraan een protocol te grondslag ligt. Aan welke eisen zo'n protocol moet voldoen en in hoeverre het verlenen van bemoeizorg en de daarmee verbonden gegevensuitwisseling toegestaan is, is niet duidelijk. Wellicht kunnen de regels met betrekking tot het beroep op conflict van plichten hiervoor een leidraad vormen. Het is de taak van de wetgever om de gegevensuitwisseling bij bemoeizorg en dus de bemoeizorg in het geheel, te legitimeren.

---

<sup>10</sup> Leenen, H.J.J., Handboek Gezondheidsrecht deel 1, 1994, p. 78  
pagina 9 van 10

Utrecht, 2004 GGZ Nederland, afdeling juridische zaken  
Deze notitie kwam tot stand door een samenwerking van:  
Bob Gerzon en Marloes Jonkers (GGZ Nederland)  
Simone van Ruth (RIAGG Zwolle)  
Theo Hooghiemstra (College Bescherming Persoonsgegevens) en  
Theo Kuunders (Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg)