

VERSLAG

Verslag najaarsvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2024

Mr. T.J. Jager*

Op vrijdag 8 november 2024 vond in het Antropia in Driebergen de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht plaats. Het thema van deze vergadering was 'Het grensvlak tussen het gezondheidsrecht en het strafrecht'. Door de vergadering in te leiden met het volgende citaat uit het NRC van enkele dagen eerder: 'met valse papieren leveren criminelen risicovolle en slechte zorg aan dementerenden, probleemjongeren, en zwakbegaafden',¹ wond (dag)voorzitter prof. mr. dr. Brigit Toebes geen doekjes om de actualiteit van het thema.

Het themadeel van deze najaarsvergadering bestond uit twee elementen: een inleidend deel met drie korte presentaties van twintig minuten met gelegenheid voor vragen, en een debat aan de hand van stellingen gebaseerd op de drie presentaties. Met ongeveer tweehonderd aanwezigen vanuit een diverse achtergrond was de conferentiezaal gevuld en werd de gelegenheid tot netwerken optimaal benut.

Presentatie 1 - Schets van het gezondheidsstrafrecht

De eerste inleidende presentatie werd gegeven door prof. mr. dr. Wilma Duijst. Duijst is hoogleraar forensische geneeskunde en gezondheidsstrafrecht aan de Universiteit van Maastricht. In de eerste versie van haar boek *Gezondheidsstrafrecht*, dat gepubliceerd is in 2009, wordt het veld afgebakend als 'een combinatie van bijzonder strafrecht zoals dat beschreven staat in specifiek gezondheidsrechtelijke wetten en het commune strafrecht dat zich afspeelt op het vlak van de gezondheidszorg, waarbij de gezondheidszorgsetting van doorslaggevend belang is voor de aard van een delict of de toepassing van strafvorderlijke bevoegdheden'.² Tijdens de presentatie werd de inhoud van het vakgebied kort beschreven en werd dieper ingegaan op nieuwe ontwikkelingen die de contouren van het gezondheidsstrafrecht mogelijk verleggen.

Gestart wordt met het beschrijven van bepalingen die zonder twijfel tot het gezondheidsstrafrecht behoren. Voorbeelden van bijzondere strafbepalingen in het gezondheidsrecht zijn de regelingen uit de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (art. 96 t/m 103 Wet BIG). Volgens Duijst zijn deze artikelen dus-

* Mr. Tessa Jager is promovendus gezondheidsrecht aan de Rijksuniversiteit Groningen.

1 Boris Bouwman, 'Criminelen ronselen kwetsbare cliënten voor uithalen cocaïne', *NRC Handelsblad*, 5 november 2024.

2 W.M. Duijst, *Gezondheidsstrafrecht*, Alphen aan den Rijn: Kluwer 2009.

danig ingewikkeld geformuleerd dat het niet aan te raden is iemand op grond van deze artikelen te vervolgen. Dit wordt bevestigd door een uitspraak/arrest waarin de rechter de Wet BIG een 'obsuur libel' noemde.³ De andere bron van het gezondheidsstrafrecht, het commune strafrecht, is gemakkelijker om in de praktijk toe te passen en wordt dan ook vaker gebruikt als juridische grondslag in relevante jurisprudentie. Bekende jurisprudentie die invloed heeft gehad op de ontwikkeling van het gezondheidsstrafrecht als separaat rechtsgebied zijn de arresten *Insulinemoorden*, *Vincristine intrathecaal* en de tragische zaak van *Lucia de B.* Daarnaast wordt het gezondheidsstrafrecht gevormd en in beweging gezet door situaties waarin er sprake is van een meldingsplicht van een strafrechtelijk delict, en waarin een balans gevonden moet worden met het handhaven van het beroepsgeheim en het verschoningsrecht van een arts. Ook (het melden van) euthanasie, abortus, en kindermishandeling en/of huiselijk geweld vallen onder het 'klassieke' gezondheidsstrafrecht. Bert Halman, namens Coöperatie Laatste Wil, vraagt aan het einde van de presentatie of zelfdoding en hulp bij zelfdoding ook binnen het vakgebied valt. Duijst antwoordt bevestigend.

Enkele nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied worden uitgebreider besproken. Zo is er een nieuwe lijn jurisprudentie ontstaan over het vervolgen van zwangeren over het toebrengen van letsel aan ongeborenen. Marleen Eikholt, jurist en ethicus LUMC, vertelt dat eenzelfde trend in het Verenigd Koninkrijk te zien is en wil weten wat Duijst vindt van de wenselijkheid ervan. Duijst geeft aan het een zeer onwenselijke zaak te vinden. Hoewel pogingen om het leven van een ongebooren kind te beschermen als dit levensvatbaar is, strafrechtelijk te volgen is en ook een plicht is op grond van het EVRK, ziet zij het strafrecht niet als een oplossing. Daarnaast is de vraag waar de grens wordt getrokken. Het gebruik van cocaïne is onder bepaalde omstandigheden strafbaar, maar is het gebruik van alcoholische dranken dat ook? En wat als het gaat om roken en het hebben van overgewicht? Duijst observeert dat de jurisprudentie opschuift richting het privéleven van de mens, en 'aangezien het nu eenmaal zo is dat het kind in de buik van een vrouw zit, heeft de samenleving daarmee ook iets te accepteren'. De inzet van het strafrecht is dus geen goede manier om een ongebooren kind te beschermen tegen het gevaarlijk gedrag van de moeder, maar de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) kan volgens Duijst mogelijk wel een oplossing bieden als het kind écht in gevaar is. Moniek Niele, jurist bij de Parnassia Groep, reageert daarop dat het ingewikkeld is om de Wvggz als grondslag te gebruiken voor regulering van gedrag van zwangere vrouwen en vraagt of Duijst vindt dat de Wvggz aangepast moet worden. Ze reageert dat goed uitgezocht moet worden wat de juridische status is van de ingewikkelde twee-eenheid die een zwangere vrouw en haar kind zijn. Bettie Eek, werkzaam als WZD-functionaris in de verstandelijkgehandicaptenzorg, brengt daarop in dat in het geval van zwangere minderjarige meisjes een rechtsconflict lijkt te ontstaan als geen enkele vrijheidsbeperking is toegestaan op basis van het jeugdrecht, maar de Wvggz daarvoor openingen gaat bieden. Duijst en Toebes beamen dit. Duijst vertelt dat een promovendus zich met dit thema gaat bezighou-

3 Rb. Zeeland-West Brabant 25 januari 2024, ECLI:NL:RBZWB:2024:358.

den. In het proefschrift zal de juridische positie van de unieke eenheid zwangere vrouw en ongeboren kind worden onderzocht, waarbij alle rechtsgebieden aan de orde zullen komen.

Een andere trend in de ontwikkeling van het gezondheidsstrafrecht zijn de veranderende strafvorderlijke bevoegdheden. In de zorg gelden het beroepsgeheim en verschoningsrecht voor artsen. Een nieuwe lijn jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens regelt dat beroepsgeheim en verschoningsrecht moeten wijken indien er een schending is van het recht op leven of het verbod op foltering, respectievelijk artikel 2 en 3 EVRM. In zaken waarin er sprake is van politiegeweld, medische fouten of kindermishandeling betekent dit dat artsen geen beroep kunnen doen op deze rechten. Duijst observeert dat jurisprudentie van de Hoge Raad in dezelfde richting beweegt. Hoewel de Hoge Raad in zaken over kindermishandeling al langer de inbreuk op het beroepsgeheim rechtvaardigt, wordt dit nu ook verlegd naar situaties waarin sprake is van een medische fout zoals in de arresten *Erasmus* en *Zweedse band*. 'Een logische trend', concludeert Duijst. Ilse de Groot, VGR-bestuurslid, herkent de toename van jurisprudentie waarin het doorbreken van het verschoningsrecht in 'zeer bijzondere omstandigheden' gerechtvaardigd is. Ze vraagt wat Duijst van die term vindt. Duijst antwoordt dat het 'foute jurisprudentie' is. Artikel 1 Wetboek van Strafvordering verplicht het OM namelijk om strafrechtelijke procedures uit te voeren op een wijze die bij de wet is voorzien. Als vervolgens blijkt dat er 'zeer bijzondere omstandigheden' zijn waarin dat niet hoeft, lijkt dat te sturen naar handelen zonder een grond in het Wetboek van Strafvordering waarvan de 'sky the limit is'. Als wenselijk is om het verschoningsrecht te doorbreken, is het volgens haar beter om de wettekst aan te passen in plaats van telkens een beroep te doen op zeer bijzondere omstandigheden.

Uit de presentatie wordt ook duidelijk dat het gezondheidsstrafrecht niet alleen in beweging wordt gezet door jurisprudentie. Ook de wetgever speelt daarbij een actieve rol. Zo is er onlangs een nieuwe regeling in werking getreden over levensbeëindiging bij kinderen. Tot de inwerkingtreding waren kinderen tussen de 1 en 12 jaar de enigen waarbij actieve levensbeëindiging niet mogelijk was, en deze nieuwe regels maken het onder strenge omstandigheden mogelijk om euthanasie toe te passen bij ernstig zieke kinderen van deze leeftijd. Duijst ziet dat de nieuwe regeling een relatief grote rol toekent aan de arts en een relatief kleine aan de wettelijk vertegenwoordigers van het kind. Een 'spannende' regeling dus, waarbij ze benieuwd is of artsen vaker melding maken van deze gevallen en daarmee het debat op de controle op de levensbeëindiging terug zal keren in de samenleving.

Na de pauze werd tijdens de paneldiscussie de volgende stelling voorgelegd aan het publiek: 'Gezondheidsrechtstrafrecht kan door elke strafrechtjurist en elke gezondheidsrechtjurist worden beoefend, zo moeilijk is het niet.' Een grote meerderheid was het oneens met deze stelling. Duijst geeft aan niet te denken dat een specifieke opleiding tot gezondheidsstrafrechtjurist nodig is om kennis in het veld te versterken. In plaats daarvan is het nodig om juristen uit de twee rechtsgebieden bij elkaar te zetten.

Presentatie 2 - De samenwerking tussen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het Openbaar Ministerie in het zorgveld. Een verkenning van juridische knelpunten

De tweede presentatie van de middag werd gegeven door mr. Quirine Amelink. Amelink is promovendus bij de Erasmus School of Health Policy & Management en daarnaast senior juridisch adviseur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Haar promotieonderzoek en presentatie gaan over het samenspel tussen toezicht en opsporing en de juridische knelpunten in de samenwerking tussen de IGJ en het Openbaar Ministerie (OM).

Het OM – belast met de opsporing van strafbare feiten – en de IGJ – belast met het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen op het gebied van volksgezondheid – hebben regelmatig te maken met dezelfde casuïstiek. Voorbeelden van casuïstiek die acties van beide partijen zou kunnen vragen, is bijvoorbeeld het onderzoek naar fraude bij het Medisch Centrum Bernadotte,⁴ de grootschalige illegale handel in zware pijnstillers vanuit Maurik⁵ en de aanhouding van de Brunssumse huisarts na aangiften van seksueel misbruik.⁶ Partijen hebben daarom een samenwerkingsprotocol gesloten waarin samenwerkingsafspraken tussen de twee partijen werden vastgelegd. De inleiding van het protocol suggereert dat de IGJ en het OM samen naar casuïstiek kijken en op basis daarvan afstemmen over de inzet van strafrechtelijk dan wel bestuursrechtelijk of tuchtrechtelijk optreden. De vraag die dat oproept, en die centraal staat in Amelinks presentatie, is echter of een integrale benadering van casuïstiek en afstemming over de juiste maatregelen wel haalbaar en uitvoerbaar is. Op het moment wordt daar onderzoek naar gedaan door Amelink middels observaties. Hoewel het onderzoek nog loopt, laten de eerste resultaten zien dat de IGJ vaak al klaar is met het onderzoek of al een beslissing heeft genomen over het wel of niet indienen van een tuchtklacht, terwijl het OM nog een vervolgingsbeslissing moet nemen. Tijdige afstemming lukt dus vaak niet.

De hoofdreden waarom dat niet lukt, lijkt te zitten in de scherpe regelgeving rondom gegevensuitwisseling. Voor beide partijen zijn er wettelijke grondslagen om gegevens uit te wisselen met de andere partij. Voor het vorderen van gegevens van de IGJ is een algemene grondslag te vinden in het Wetboek van Strafvordering en voor het verzoeken om gegevens van het OM in de Wet justitiële en strafvordelijke gegevens (Wjsg). Het gebruikmaken van die algemene grondslag wordt in de eerste plaats echter bemoeilijkt doordat strafrechtelijke waarborgen voor een eerlijk proces zoals *nemo tenetur* niet van toepassing zijn in de toezichthoudende setting. Als de IGJ een onderzoek start, gegevens verzamelt onder verwijzing naar de medewerkingsplicht uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en die gegevens later worden gedeeld met het OM, ontstaat er een risico op schendingen van die strafrech-

4 DUIC, 'Arrestaties in onderzoek naar fraude bij Medisch Centrum Bernadotte', nu.nl, 11 januari 2021.

5 Henk van Gelder, 'Grootschalige handel in illegale pijnstillers vanuit Maurik', *De Gelderlander*, 5 november 2019.

6 Theo Sniekers, 'Huisarts Brunssum weer aangehouden na nieuwe aangiften seksueel misbruik, ook geschorst', *De Limburger*, 28 januari 2020.

telijke beginselen. Dit is aan de orde als de IGJ wilsafhankelijke, en dus mogelijk incriminerende verklaringen aan het OM verstrekt en het OM deze gegevens gebruikt. Uit Amelinks jurisprudentieonderzoek blijkt dat onduidelijk is wat de wetgever verstaat onder 'gebruik' van gegevens. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of deze term inhoudt dat al het gebruik van gegevens in de opsporing of enkel het gebruik van deze gegevens als bewijsmateriaal een mogelijke schending van *nemo tenetur* of andere strafrechtelijke beginselen veroorzaakt. Uit rechtspraak blijkt dat wanneer gegevens van de IGJ worden gedeeld met het OM, de eerste moet voorzien in de waarborg dat de betrokkene zich nog effectief kan beroepen op het recht zichzelf niet te hoeven incrimineren. In het samenwerkingsprotocol is dan ook vastgelegd dat de IGJ geen wilsafhankelijk materiaal van potentiële verdachten aan het OM verstrekt.

Een tweede oorzaak voor de terughoudendheid in gegevensuitwisseling bij de IGJ en het OM is de strengere wetgeving die van toepassing is op medische gegevens. Ambtenaren van de IGJ die uit hoofde van hun functie beschikking krijgen over medische gegevens hebben op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet BIG een afgeleide geheimhoudingsplicht en op grond van vaste jurisprudentie een afgeleid verschoningsrecht. Als het OM medische gegevens opvraagt in het kader van een strafrechtelijk onderzoek moet daarvoor de primaire geheimhouder (de zorgverlener) worden aangesproken en niet de IGJ. Omdat het juist in de samenwerking tussen de IGJ en het OM vaak gaat om medische gegevens, vormen het afgeleide verschoningsrecht en de afgeleide geheimhoudingsplicht een barrière voor het tot stand laten komen van een integrale aanpak en beslissing over optreden. Amelink vertelt dat uit rechtspraak blijkt dat het afgeleid verschoningsrecht en de geheimhoudingsplicht van IGJ-ambtenaren ervoor zorgt dat de verplichte aangifteplicht met afgifte van relevante stukken, zoals die voor ambtenaren geldt op grond van artikel 162 lid 1 jo. 3 Sv, niet geldt en dat dezelfde principes gelden als het IGJ vrijwillig aangifte doet van een strafbaar feit. Dat betekent dat het verstrekken van medische gegevens waarop beroepsgeheim rust aan het OM bij iedere aangifte door de IGJ in principe niet mogelijk is als de primair geheimhouder geen toestemming geeft.

Dat kan tot gevolg hebben dat de IGJ kennis heeft van een ernstig strafbaar feit, maar het OM niet op zinvolle wijze een strafrechtelijk onderzoek kan starten vanwege een gebrek aan informatie. Deze situatie is voorzien in het protocol. Daarin is namelijk de mogelijkheid opgenomen dat het IGJ in zeer uitzonderlijke omstandigheden de afgeleide geheimhoudingsplicht kan doorbreken. Of hiervan sprake is, vraagt een oordeel van het IGJ dat niet gebonden is aan rechterlijke toetsing. Amelink zet vraagtekens bij de houdbaarheid van deze werkwijze en geeft aan dat toekomstige rechtspraak zal uitwijzen of deze handelswijze zich verenigt met het leerstuk van 'zeer uitzonderlijke omstandigheden' en voldoende rechtsbescherming biedt aan de primair geheimhoudingsplichtige. Ze bouwt daarmee voort op de kritiek die Duijst eerder uitte op deze term.

Amelink presenteert nog twee juridische grondslagen en barrières voor gegevensuitwisseling. Mogelijk is een grondslag te vinden in artikel 65 lid 7 Wet BIG. Dit

verplicht de IGJ-ambtenaar om inlichtingen te verstrekken aan het OM over bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg ingediende klaagschriften. Uit de toelichting op de wet blijkt dat de algemene geheimhoudingsplicht voor ambtenaren doorbroken dient te worden voor deze bepaling. Er is echter geen specifieke grondslag voor het doorbreken van de afgeleide geheimhoudingsplicht en het afgeleide verschoningsrecht. De wet spreekt daarnaast van ‘inlichtingen’ en niet van ‘kopieën van gegevens en bescheiden’. Dit impliceert dat de wetgever niet beoogd heeft dat bijvoorbeeld een medisch dossier op basis van de Wet BIG aan het OM mag worden verstrekt. Een laatste grondslag is mogelijk te vinden in de Wkkgz, die de IGJ sommeert om passende maatregelen, waaronder het in kennis stellen van de justitiële autoriteiten, te nemen als is vastgesteld dat er sprake is van een situatie die de veiligheid van of zorg voor cliënten bedreigt. Of dit betekent dat de wetgever met dit artikel heeft beoogd een juridische grondslag te creëren voor het doorbreken van de geheimhoudingsplicht en het verschoningsrecht, lijkt op basis van Amelinks onderzoek naar de wetsgeschiedenis niet het geval.

De conclusie is daarmee dat de afgeleide geheimhoudingsplicht en het verschoningsrecht van de IGJ een flinke barrière vormen voor het verwezenlijken van de gezamenlijke afstemming over de inzet van strafrechtelijk dan wel bestuursrechtelijk of tuchtrechtelijk optreden in een concrete casus zoals afgesproken in het protocol. Johan Legemaate, emeritus hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam, merkt daarover op dat het samenwerkingsprotocol een integrale aanpak beoogt tussen organisaties met twee fundamenteel verschillende doeleinden. Hij stelt de vraag of het niet verstandiger is om de twee uit elkaar te halen en het OM meer ruimte te geven voor opsporingsbevoegdheden. Amelinks mening is dat gekeken moet worden naar de doeleinden van de organisaties en op basis daarvan een passende manier van samenwerking nagestreefd kan worden. Mogelijk is daarvoor nodig dat de partijen exploreren of zij tot een gezamenlijke visie kunnen komen. Haar promotieonderzoek zal daar nader op ingaan.

De presentatie roept de vraag op of er wel sprake is van samenwerking tussen de IGJ en het OM, en of deze samenwerking wenselijk is. De Mentimeter-uitslag die tijdens de paneldiscussie gepresenteerd werd, gaf een ongeveer gelijke verdeling in mening van de aanwezigen. Kelly Alders, wetgevingsjurist VWS, vindt dat er sprake is van samenwerking en licht toe dat ‘als ik met iemand afstemming zoek, ik ook met diegene samenwerk’. Legemaate reageert daarop dat ‘het woord samenwerking is iets tussen twee min of meer gelijkwaardige partijen die een overeenkomstig doel hebben’. Hij is van mening dat er een maatschappelijk belang is dat overheidspartijen niet in het vaarwater van een andere partij werken, en dat afstemming daarvoor nodig is. In ieder geval is het belangrijkste dat de IGJ en het OM elkaar vinden en kennis hebben van elkaars werkwijze, aldus Legemaate.

Met de stelling ‘Is het laagdrempeliger verstrekken van medische gegevens van de IGJ aan het OM wenselijk met het oog op de patiëntveiligheid’ was het publiek het vrijwel unaniem oneens. Amelink zag dit aankomen. Marleen Eikholt vertelt dat empirisch onderzoek uit de Verenigde Staten heeft uitgewezen dat het vergemakkelijken van gegevensuitwisseling leidt tot een verslechtering van de toegankelijk-

heid van de zorg. Wilma Duijst spreekt haar twijfel uit over of de verslechtering van de toegang tot zorg noodzakelijkerwijs nadelig uitpakt voor de patiëntveiligheid. Amelink geeft daarop de *Insulinemoorden*-zaak als voorbeeld van een situatie waarin het juist wél kunnen delen van gegevens door de IGJ met het OM zou kunnen bijdragen aan de algehele veiligheid van de zorg, en geeft aan dat voor beide stellingen argumenten te bedenken zijn.

Presentatie 3 - 'Bel de politie!' Dilemma's in het overleg tussen Openbaar Ministerie, politie en zorg

Het inleidende deel van de najaarsvergadering werd afgesloten met een presentatie over de praktische samenwerking tussen OM, politie en zorg in de regio Amsterdam. De presentatie werd gegeven door mr. Arne Verbout, manager juridische zaken bij het OLVG in Amsterdam en mr. Joke Smink, senior jurist medische zaken Dienst Bestuursondersteuning en Juridische Zaken Amsterdam UMC en lid-jurist Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Hertogenbosch. Vanuit hun jarenlange ervaring als praktijkjurist in een groot ziekenhuis vertelden ze over kansen, dilemma's en knelpunten in de samenwerking met de politie en het OM.

Er zijn verschillende situaties denkbaar waarin de politie 'in het ziekenhuis moet zijn'. Soms is dit om haar opsporingstaak uit te oefenen, bijvoorbeeld als er een ernstig ongeluk is gebeurd, of de politie een verdachte in het ziekenhuis wil verhoren. Daarnaast komt de politie in het ziekenhuis voor onderzoeksdoeleinden, bijvoorbeeld het afnemen van bloed na verkeersongevallen. Verbout vertelt over een situatie waarin het ziekenhuis werd gevraagd om een washandje om de handen van een verdachte te doen om mogelijke kruitsporen te beschermen. In deze en in andere concrete gevallen die Verbout en Smink op levendige wijze toelichten, hebben zorg en politie verschillende en soms tegenstrijdige verplichtingen en belangen. Omdat dit in de dagelijkse praktijk nogal eens tot onduidelijkheden en misverstanden leidde, is er in 1998 een samenwerkingsconvenant opgesteld.

Partij bij het convenant zijn onder andere het OM, ziekenhuizen, GGZ, GGD en de Koninklijke Marechaussee in de regio. Het doel is om een adequate en constructieve samenwerking te bewerkstelligen. Daarbij speelt de contactfunctionaris (CF) een essentiële rol. Iedere partij bij het convenant stelt een contactfunctionaris aan. Deze is in dienst van die partner. De contactfunctionaris is soms een jurist, maar kan ook bijvoorbeeld een hoofd beveiliging zijn of een andere functionaris. De contactfunctionaris fungeert als eerste aanspreekpunt voor contact met andere partners. De functie is 24 uur per dag, 7 dagen per week ingevuld. In het convenant is afgesproken dat contact met de partner via een CF móet lopen. Op deze manier ontstaat een duidelijke communicatiestructuur en wordt ruimte gegeven aan het ontwikkelen van een vertrouwensband tussen de contactfunctionarissen.

Naast afspraken over de manier van communiceren maakt het convenant ook afspraken over de inhoud van het contact. Dit wordt vooral gedaan middels een informatieve handreiking die aan het convenant hangt. Deze handreiking biedt aan-

knopingspunten voor het handelen in geval van conflicterende bevoegdheden, en geeft richtlijnen voor het handelen in veelvoorkomende situaties. Smink en Verbout lichten een paar van deze situaties toe.

Als eerste beschrijven zij de veelvoorkomende praktijksituatie dat camerabeelden van het ziekenhuis worden opgevraagd door de politie. Afspraak is dat de medisch officier van justitie, als CF van het OM, contact opneemt met de CF van het ziekenhuis of deze mogelijk over beelden beschikt die van belang kunnen zijn voor het onderzoek. De CF's bespreken vervolgens wat het OM nodig heeft en welk belang deze beelden dienen in het opsporingsproces. Op basis van deze informatie maakt de CF van het ziekenhuis een inschatting of de beelden wel of niet onder het (afgeleid) verschoningsrecht vallen. Soms is dat duidelijk niet het geval, bijvoorbeeld als er een ongeluk is gebeurd buiten het ziekenhuis en dit toevallig is opgenomen op videobeelden. Bij beelden van binnen het ziekenhuis of van de toegang van het ziekenhuis is het vaak lastiger te beoordelen of de beelden onder het verschoningsrecht vallen. De CF moet daarvan een inschatting maken op basis van de informatie gegeven door de medisch officier van justitie. Als de CF van het ziekenhuis vermoedt dat er een geheimhoudingsplicht op de beelden rust, moet vervolgens worden overwogen of er sprake is van zeer bijzondere omstandigheden waarop die inbreuk op het verschoningsrecht gerechtvaardigd is.

De nauwe samenwerking tussen de CF's heeft als voordeel dat de CF's van justitie of van politie soms wat meer informatie kunnen verstrekken aan de CF van het ziekenhuis om deze laatste CF een juiste afweging te kunnen laten maken over of er sprake is van geheimhoudingsplicht en, zo ja, 'zeer bijzondere omstandigheden' die inbreuk daarop rechtvaardigen. De problematiek rondom deze term werd hiermee voor de derde keer deze middag aangestipt.

De vertrouwensband tussen de CF's vergemakkelijkt ook de samenwerking bij urgente vermissingen. Als alle andere opties om een vermiste persoon op te sporen voor de politie zijn uitgeput en de beslissing moet worden gemaakt om groot op te schalen of niet, kan het nodig zijn om te weten of de vermiste in het ziekenhuis ligt. Het is echter niet mogelijk om navraag te doen bij ziekenhuizen zonder dat deze een mededeling doen over de medische toestand van de vermiste persoon. In het convenant is daarom afgesproken dat bij urgente vermissingen altijd overleg plaatsvindt tussen de CF van de politie en de CF van het ziekenhuis. De CF van het ziekenhuis meldt vervolgens alleen of de politie kan stoppen met zoeken of dat politie verder moet zoeken. De CF van de politie houdt voor zich welk ziekenhuis deze melding heeft gedaan. Hij geeft alleen door dat de zoekactie kan worden gestopt. Deze werkwijze maakt een proportionele inzet van middelen in de zoektocht naar de vermiste mogelijk terwijl de medische informatie van de vermiste toch zoveel mogelijk beschermd wordt.

Een vergelijkbare situatie waar inzet van de CF een middenweg tussen het doen van proportioneel opsporingsonderzoek door het OM en het beschermen van het medisch beroepsgeheim mogelijk maakt, is bij mogelijke opschaling naar de inzet van een specialistisch onderzoeksteam na een ernstige aanrijding. Informatie over

de medische toestand van het slachtoffer is min of meer essentieel om een correcte inschatting te maken. Vanuit de overweging dat het een maatschappelijk belang dient als een opsporingsonderzoek proportioneel is aan de ernst van het (mogelijke) delict, zijn binnen het convenant afspraken gemaakt welke informatie via de CF gedeeld kan worden. Dit is de achtergrond van de stelling die Verbout en Sminck na de pauze aan de zaal voorlegden: 'Is ook het maatschappelijk belang een reden voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim?' Er is een kleine meerderheid voor. Op Toebes' vraag aan Verbout en Sminck of dit hun verbaast, reageerden zij bevestigend.

Verbout benoemt tijdens de presentatie ook nog enkele praktische voorbeelden van situaties waarin ziekenhuizen informatie van de politie nodig hebben. Dit is het geval als de identiteit van een patiënt onbekend is of als een patiënt het ziekenhuis heeft verlaten terwijl hij noodzakelijke zorg nodig heeft. Ook wordt steeds vaker politie-inzet gevraagd bij toegenomen agressie in het ziekenhuis. De toegenomen agressie leidt ook tot vragen wat er juridisch mogelijk is om dit te voorkomen. Dit is de kern van de tweede en laatste stelling die tijdens de paneldiscussie werd voorgelegd aan het publiek: 'Moet het makkelijker worden om de behandelovereenkomst met een patiënt op te kunnen zeggen na agressie'. Een kleine meerderheid van de aanwezigen was voor. Mieke de Die, advocatenkantoor Velink & de Die in Amsterdam, stelt voor om de oplossing te vinden in een juridische vorm die een soort lik-op-stukbeleid met betrekking tot agressief gedrag mogelijk maakt.

Het gesprek dat deze stelling aanzwengelde, vormde een mooie brug naar de aankondiging van de jaarvergadering van 2025. Tijdens deze vergadering, die zal plaatsvinden op vrijdag 11 april in de Leeuwenborgh in Utrecht, zal namelijk verder gereflecteerd worden op deze kwestie tijdens de presentatie van het preadvies van 2025: 'Naar een toekomstbestendige WGBO'.