

****

|  |
| --- |
| **Het Beroepsgeheim; wat moet ik er mee?**  Verpleegkundigen binnen Buurtzorg en het beroepsgeheim  **9 juni 2014** |

**Rinske Hogendoorn, Annemarie Nap en Lotte Tiggers**

*“Ik beloof dat ik geheim houd wat mij in vertrouwen is verteld of wat mij ter kennis is gekomen en waarvan ik kan begrijpen dat het vertrouwelijk van aard is.”*

**Belofte verpleegkundigen**

*“Er is een tijd om te zwijgen en een tijd om te spreken.”*

**Prediker 3:7b**

# Colofon

Auteurs: Rinske Hogendoorn

Annemarie Nap

Lotte Tiggers

Opleiding: Christelijke Hogeschool Ede

HBO-Verpleegkunde

In samenwerking met: Buurtzorg Nederland

Begeleider CHE: Martin te Lintel Hekkert

Begeleiding Buurtzorg: Buurtzorg Leerdam

Datum: 1 december 2013 t/m 19 juni 2014



# Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het onderzoeksverslag “Beroepsgeheim; wat moet ik er mee?” Dit onderzoek is uitgevoerd als afstudeeronderzoek van de opleiding HBO- Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool te Ede. In samenwerking met Buurtzorg is er onderzoek gedaan naar de omgang met het beroepsgeheim onder verpleegkundigen en verzorgenden van vier Buurtzorgteams.

Met veel enthousiasme en plezier hebben wij dit onderzoek uitgevoerd. We kijken terug op een goede samenwerking met betrokkenen. Zowel inhoudelijk als procesmatig was het onderzoek voor ons zeer leerzaam.

We willen iedereen, die op wat voor manier medewerking heeft verleend aan het onderzoek, bedanken. In het bijzonder gaat onze dank uit naar Martin te Lintel Hekkert die ons gedurende het onderzoek heeft begeleid en ons meerdere malen heeft voorzien van feedback en adviezen. Ten slotte willen we Buurtzorg Leerdam bedanken voor de begeleiding bij het onderzoek en de openheid van het team.

We hopen dat dit onderzoek binnen Buurtzorg Nederland bijdraagt aan verhoging van de kwaliteit van zorg en in het bijzonder de privacy van de cliënt.

Ede, juni 2014

Rinske Hogendoorn

Annemarie Nap

Lotte Tiggers

# Samenvatting

Het beroepsgeheim is voor verpleegkundigen en verzorgenden een basisplicht voor het leveren van goede en veilige zorg. Verpleegkundigen en verzorgenden maken in de dagelijkse praktijk verschillende situaties mee waarin zij te maken krijgen met het beroepsgeheim.

Het hoofddoel van dit onderzoek richt zich op het inzichtelijk maken in welke situaties verpleegkundigen en verzorgenden te maken hebben met het beroepsgeheim en wat hun overwegingen zijn om wel of niet volgens het beroepsgeheim te handelen. Voor Buurtzorg Nederland, een jonge thuiszorgorganisatie, is dat inzicht op dit moment onvoldoende duidelijk. Verschillende Buurtzorgteams uit de regio Midden- Nederland hebben mee gewerkt aan dit kwalitatieve praktijkonderzoek. De teams die meegewerkt hebben aan dit onderzoek zijn: Almere- Buiten, Leerdam, Vianen- Lexmond en Zederik. Door de uitkomsten van de literatuurstudie en de resultaten vanuit de interviews hebben de onderzoekers meer inzicht gekregen in de algemene standaarden en het denken en handelen van verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk van Buurtzorg Nederland.

Om het handelen bij het beroepsgeheim te onderzoeken is er een literatuurstudie gestart. Er is gezocht naar wetenschappelijke Nederlands- en Engelstalige literatuur, zoals boeken, artikelen en internetsites. De volgende zoektermen zijn gebruikt: beroepsgeheim, verpleegkundigen, verzorgenden, (ethische) dilemma’s, overwegingen, privacy, eed, cliëntgegevens, thuiszorg, Buurtzorg, MGZ en vertrouwelijke informatie.

De belangrijkste resultaten uit de literatuurstudie vloeien voort uit de algemene wettelijke kaders en de Nationale Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN, 2007). Deze beschrijven in het bijzonder dat informatie niet aan derden mag worden verstrekt, tenzij de cliënt hier nadrukkelijke toestemming voor geeft. Ook voor verpleegkundigen en verzorgenden ligt hier een taak; zij moeten geheimhouden wat hun ter oren is gekomen en waarvan zij kunnen begrijpen dat de informatie vertrouwelijk van aard is. Informatie mag in uitzonderlijke gevallen wel gedeeld worden, maar moet dan voldoen aan duidelijke criteria en strikte eisen. Een verpleegkundige of verzorgende moet verantwoording kunnen afleggen, in uitzonderlijke situaties, waarin zij het beroepsgeheim, ten koste van de cliënt, schendt.

Aan de hand van de uitkomsten van deze literatuurstudie is een topiclijst samengesteld die de basis heeft gevormd voor het afnemen van twaalf half- gestructureerde interviews. In de interviews is gevraagd naar kennis over de inhoud van het beroepsgeheim, verschillende situaties waarin verpleegkundigen en verzorgenden ervaren dat het beroepsgeheim in het geding is en welke overwegingen verpleegkundigen en verzorgenden vervolgens maken. In de interviews is daarnaast specifiek aandacht besteed aan het privacyreglement dat vanuit Buurtzorg Nederland is opgesteld ([www.buurtzorgweb.nl](http://www.buurtzorgweb.nl)). Dit privacyreglement beschrijft de inhoud van de beroepscode specifieker met het oog op de maatschappelijke gezondheidszorg. Het privacyreglement onderscheid zich op twee punten van de Nationale Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden doordat het de voorwaarden van informatieverstrekking aan verzekeraars en de voorwaarden voor het verstrekken van persoonsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek beschrijft.

Binnen de context van Buurtzorg zijn werk en privé nauw met elkaar verweven waardoor het gevoel ontstaat te moeten schipperen tussen de grens van werk en privé, wat leidt tot een vervagende grens.   
Verpleegkundigen en verzorgenden hebben een vertrouwensband met cliënten. Deze vertrouwensband krijgt een vriendschappelijk karakter.

De vervagende grens en het vriendschappelijke karakter van de relatie tussen verpleegkundige of verzorgende en de cliënt, leiden ertoe dat het bewust handelen volgens het beroepsgeheim naar de achtergrond verdwijnt. Respondenten gaan handelen vanuit hun gevoel en intuïtie.

De belangrijkste aanbevelingen voor de zelfsturende teams binnen Buurtzorg bestaan uit het organiseren van casuïstiekbesprekingen (± één keer in het half jaar, met het hele team) en tijdens de inwerkprocedure nieuwe medewerkers wijzen op het privacyreglement en in gesprek gaan over de invloed hiervan in de dagelijkse werkzaamheden en privésituatie.

De aanbevelingen voor de organisatie richten zich op een Buurtzorg breed inwerkbeleid waarin werknemers op de hoogte worden gesteld van het privacyreglement dat geldt binnen Buurtzorg en een structurele toetsing van de kwaliteit van zorg binnen de zelfsturende teams van Buurtzorg door externe partij (eens per vijf jaar).

Inhoudsopgave

[Colofon 3](#_Toc390102945)

[Voorwoord 4](#_Toc390102946)

[Samenvatting 5](#_Toc390102947)

[1. Inleiding 9](#_Toc390102948)

[1.1 Aanleiding onderzoek 9](#_Toc390102949)

[1.2 Probleemstelling 10](#_Toc390102950)

[1.3 Doelstelling 10](#_Toc390102951)

[1.4 Onderzoeksvraag 10](#_Toc390102952)

[1.5 Deelvragen 10](#_Toc390102953)

[2. Methode 11](#_Toc390102954)

[2.1 Inleiding 11](#_Toc390102955)

[2.2 Type onderzoek 11](#_Toc390102956)

[2.3 Dataverzameling 11](#_Toc390102957)

[2.4 Onderzoekspopulatie 11](#_Toc390102958)

[2.5 Kwaliteit onderzoek 12](#_Toc390102959)

[2.5.1 Betrouwbaarheid 12](#_Toc390102960)

[2.5.2 Validiteit 13](#_Toc390102961)

[2.5.3 Ethische aspecten 13](#_Toc390102962)

[2.6 Data- analyse 13](#_Toc390102963)

[3. Literatuurstudie 14](#_Toc390102964)

[3.1 Inleiding 14](#_Toc390102965)

[3.2 Beroepsgeheim 14](#_Toc390102966)

[3.2.1. Wettelijke kaders 14](#_Toc390102967)

[3.2.2. Beroepscode 15](#_Toc390102968)

[3.2.3. Privacyreglement Buurtzorg 15](#_Toc390102969)

[3.2.4 Overwegingen 15](#_Toc390102970)

[3.3 Vertrouwelijkheid 16](#_Toc390102971)

[3.4 Professionele plicht 17](#_Toc390102972)

[3.5 Noodzaak informatie delen 17](#_Toc390102973)

[3.6 Gevolgen schending beroepsgeheim 18](#_Toc390102974)

[4. Resultaten 19](#_Toc390102975)

[4.1 Inleiding 19](#_Toc390102976)

[4.2 Wat zeggen verpleegkundigen tegen anderen? 19](#_Toc390102977)

[4.2.1 Soort informatie 19](#_Toc390102978)

[4.2.2 Informatie delen 20](#_Toc390102979)

[4.3 In welke omstandigheden? 20](#_Toc390102980)

[4.3.1 “Ons kent ons” cultuur 20](#_Toc390102981)

[4.3.2 Vertrouwensband 21](#_Toc390102982)

[4.3.3 Leefwereld en professionele organisatie 22](#_Toc390102983)

[4.3.4 Zelfsturende teams 23](#_Toc390102984)

[4.4 Aan wie? 24](#_Toc390102985)

[4.4.1 Wat ik vandaag toch meegemaakt heb… 24](#_Toc390102986)

[4.4.2 Hoe gaat het nu met hem? 24](#_Toc390102987)

[4.4.3 Met andere disciplines… 25](#_Toc390102988)

[4.5 Welke gedachten, overwegingen en afwegingen? 26](#_Toc390102989)

[4.5.1 Inleiding 26](#_Toc390102990)

[4.5.2 Afwegingen en overwegingen 26](#_Toc390102991)

[4.6 Bewustwording achteraf 28](#_Toc390102992)

[4.7 Benodigdheden teams 29](#_Toc390102993)

[5. Conclusie 30](#_Toc390102994)

[5.1 Inleiding 30](#_Toc390102995)

[5.2 Conclusie deelvragen 30](#_Toc390102996)

[5.3 Beantwoording onderzoeksvraag 31](#_Toc390102997)

[6. Discussie 32](#_Toc390102998)

[6.1 Inleiding 32](#_Toc390102999)

[6.2 Doel onderzoek 32](#_Toc390103000)

[6.3 Methode 32](#_Toc390103001)

[6.4 Inhoud 32](#_Toc390103002)

[7. Aanbevelingen 34](#_Toc390103003)

[7.1 Inleiding 34](#_Toc390103004)

[7.2 Aanbevelingen voor het team 34](#_Toc390103005)

[7.3 Aanbevelingen voor de organisatie 34](#_Toc390103006)

[8. Literatuurlijst 35](#_Toc390103007)

[Bijlagen 37](#_Toc390103008)

[Bijlage 1: Topiclijst 37](#_Toc390103009)

[Bijlage 2: Privacyreglement 38](#_Toc390103010)

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

De beroepscode met betrekking tot het beroepsgeheim, opgesteld door de V&VN, beschrijft hoe de verpleegkundige en verzorgende dient te handelen volgens het beroepsgeheim. Artikel 2.10 van de beroepscode beschrijft dat de verpleegkundige/verzorgende zorgvuldig om moet gaan met vertrouwelijke informatie over de zorgvrager en behoort te weten aan wie en onder welke omstandigheden informatie verstrekt mag worden. Vertrouwelijke informatie over iemands ziekte behoort geen eigen leven te kunnen leiden. Voor het leveren van goede en verantwoorde zorg en om de vertrouwensrelatie met de zorgvragers te kunnen waarborgen, is het handhaven van het beroepsgeheim noodzakelijk. Vanuit de beroepspraktijk van verpleegkundigen en verzorgenden blijkt dat het beroepsgeheim desondanks dagelijks wordt geschonden (Berg, M. van den, 2013). Van den Berg stelt in dat kader, vanuit zijn functie bij NU’91, dat NU’91 veel telefoontjes en mails krijgt van verpleegkundigen en verzorgenden over verschillende praktijksituaties: “wanneer zit ik op of ga ik over de grens?”

De sites van NU’91 en V&VN beschrijven eveneens dat de omgang met vertrouwelijke informatie regelmatig in strijd is met het beroepsgeheim. De bovengenoemde sites laten vier punten zien waarin de meeste problemen zich voordoen:

* Overdracht van cliëntgegevens zonder toestemming van de cliënt:

Patiënten worden niet persoonlijk geïnformeerd over de opname van hun gegevens in het regionaal elektronisch patiëntendossier, meldt het CBP (Bakker, J., 2009).

* Een te gemakkelijke inzage mogelijkheid van cliëntgegevens door andere disciplines:

De toegang tot de medische data is niet goed beveiligd. De privacygevoelige informatie zou alleen toegankelijk moeten zijn voor de behandelende arts, maar ander medisch personeel kan ook toegang hebben tot de medische gegevens (Bakker, J., 2009).

* Het snel verspreiden van vertrouwelijke informatie via de sociale media:

De gegevens van tientallen miljoenen Britse patiënten, inclusief hun adres, ziekenhuisgegevens en meer, zijn verspreid bij Google’s Big Query Analytics (Koerkamp, S.K., 2014).

* De invoering van het EPD en de beveiliging van gegevens op de Ipad:

Als patiënten eenmaal in het EPD staan, leidt dat ertoe dat tot in lengte van jaren allerlei gegevens kunnen worden ingezien door grote groepen zorgverleners (Boon, P., 2014).

Het gevolg van bovenstaande is dat de privacy in het geding is. Daarnaast blijkt dat verpleegkundigen keuzes moeten maken over de vraag aan wie en hoe informatie doorgegeven wordt en dat ze zich enerzijds bewust zijn van de dilemma’s waarmee dit gepaard gaat en op andere momenten nauwelijks in de gaten lijken te hebben dat er gevoelige informatie “op straat” komt te liggen (Oelen, 2012).

Dat het beroepsgeheim in de thuiszorg extra aandacht vraagt, heeft te maken met de diversiteit van omstandigheden waarin informatie mondeling en schriftelijk verspreid wordt en het vertrouwelijke van de sfeer waarin zich dit afspeelt, dikwijls in een kleine gemeenschap. Een uitglijder ligt daarbij op de loer.

Zo is het denkbaar dat een verpleegkundige in haar argeloosheid vertelt aan een buurman dat de situatie van mw. M. verslechterd is en mw. M. naar het ziekenhuis is gebracht voor hartfalen. Hier is sprake van schending van het beroepsgeheim (Jansen, H., Knapen, M., et al, 2012). Hoewel Buurtzorg beleid heeft geformuleerd voor het waarborgen van het beroepsgeheim, is het onduidelijk in welke mate medewerkers zich hieraan houden en in welke mate zij zich hiervan bewust zijn.

## 1.2 Probleemstelling

Buurtzorg is opgezet in 2006, en is daarmee een betrekkelijk jonge organisatie, die medewerkers zo veel mogelijk eigen verantwoordelijkheid geeft. Buurtzorg bestaat uit zelfsturende teams. Buurtzorg Nederland hanteert geen organisatie breed beleid in de sollicitatie- en inwerkprocedure voor nieuwe medewerkers. Ieder zelfsturend team voert hierin een eigen beleid waarbij onduidelijk is of en hoe het privacyreglement, en daarmee het beroepsgeheim, hierin een rol speelt. Voor Buurtzorg is het belangrijk om te weten hoe in deze zelfsturende teams wordt omgegaan met het beroepsgeheim. Voor Buurtzorg is onvoldoende helder in welke situaties verpleegkundigen en verzorgenden te maken hebben met het beroepsgeheim en wat hun overwegingen zijn om zich aan het beroepsgeheim te houden.

## 1.3 Doelstelling

Met deze kennis wordt het voor Buurtzorg Nederland mogelijk om in de verschillende teams de bewustwording van de omgang met het beroepsgeheim te verbeteren. Met het onderzoek wordt het mogelijk aanbevelingen te doen ter verbetering van de privacy van de cliënten. Dit kan worden bereikt door het gedrag van verpleegkundigen en verzorgenden te toetsen aan de literatuur en het beleid.

## 1.4 Onderzoeksvraag

In welke mate zijn verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg, regio Midden-Nederland, zich in hun dagelijks handelen bewust van het beroepsgeheim?

## 1.5 Deelvragen

Deelvraag 1: Wat houdt het beroepsgeheim in?

Deelvraag 2: In welke omstandigheden/situaties is het beroepsgeheim in de thuiszorg in het geding?

Deelvraag 3: Welke overwegingen maken verpleegkundigen en verzorgenden voorafgaand aan en bij het verstrekken van vertrouwelijke informatie?

# 2. Methode

## 

## 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de werkwijze van dit onderzoek beschreven en verantwoord.

## 2.2 Type onderzoek

Als onderzoekstype wordt gekozen voor kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van tekstgegevens, bijvoorbeeld uitgetypte verslagen van interviews. Dit heeft als doel onderzoeksproblemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren. Bij kwalitatief onderzoek bestaat een open onderzoeksvraag. Deze onderzoeksvraag is meestal breed en er is relatief weinig voorkennis (Baarda, D. B., 2009).

In dit onderzoek ligt de focus op de overwegingen en afwegingen die verpleegkundigen en verzorgenden maken in praktijksituaties waarin het beroepsgeheim in het geding is. Kwalitatief onderzoek biedt de mogelijkheid voor exploratie van het onderzoeksonderwerp. Het gaat om het achterhalen welke beleving of betekenisgeving aanwezig is bij de respondenten. De hoofdvraag richt zich op de mate van bewustzijn van de doelgroep (Reulink, N. & Lindeman, L., 2005).

2.3 Dataverzameling

Voor dit kwalitatieve onderzoek wordt gekozen voor het afnemen van half- gestructureerde interviews. In een half-gestructureerd interview zijn een aantal onderwerpen (topics) vastgesteld in een topiclijst (zie bijlage) waarbij de vragen van tevoren niet zijn vastgesteld. De keuze voor half-gestructureerde interviews wordt gemaakt om informatie te verzamelen binnen de kaders van de opgestelde topics waarbij de respondent ruimte heeft om een eigen inbreng te geven. De topics zijn in een logische volgorde vastgesteld. De onderzoeker is vrij, als dit binnen het interview beter uitkomt, de volgorde van de topics te veranderen; hij speelt in op de situatie (Verhoeven, N., 2011). De vragen die gesteld worden horen binnen het referentiekader van de respondent te vallen (Hart ‘t, H., 2005).

Bij het onderzoeken van de literatuur worden de volgende databases en internetbronnen geraadpleegd:

* Pubmed;
* Google scholar;
* Google books;
* [www.che.nl/entree](http://www.che.nl/entree);
* [www.invert.be](http://www.invert.be);
* [www.springer.nl](http://www.springer.nl);
* [www.hbo-voorsprong.nl](http://www.hbo-voorsprong.nl).

De termen die gebruikt worden, zijn: beroepsgeheim, verpleegkundigen, verzorgenden, (ethische) dilemma’s, overwegingen, privacy, eed, cliëntgegevens, thuiszorg, Buurtzorg, MGZ en vertrouwelijke informatie.

## 2.4 Onderzoekspopulatie

Verhoeven (2011) beschrijft een populatie als een groep eenheden waarover je uiteindelijk een uitspraak wil doen. De groep eenheden waar in dit onderzoek uitspraken over gedaan worden zijn de medewerkers die via een aselecte steekproef worden getrokken en binnen de inclusiecriteria vallen. Een aselecte steekproef is een wijze van respondenten werven waarin elke respondent evenveel kans heeft om deel te nemen aan de steekproef (Baarda, D.B., 2009).

In dit onderzoek worden medewerkers aselectief aangeboden door de deelnemende teams.

In de teams zijn in totaal 36 medewerkers werkzaam. De medewerkers worden mondeling, per email en per telefoon benaderd om mee te werken aan dit onderzoek. Om een zo goed mogelijk resultaat te krijgen, wordt er gebruik gemaakt van inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

* Werkzaam binnen Buurtzorg Nederland;
* Gediplomeerde medewerkers van de onderstaande functie niveaus;
  + Verzorgenden niveau drie;
  + Verpleegkundigen niveau vier;
  + Verpleegkundigen niveau vijf.
* Werkzaam binnen een van de onderstaande buurtzorgteams.
  + Vianen- Lexmond;
  + Leerdam;
  + Almere-Buiten;
  + Zederik.

Exclusiecriteria:

* Stagiaires;
* Gediplomeerde medewerkers van de onderstaande functie niveaus;
  + Niveau één;
  + Niveau twee.
* Niet gediplomeerde medewerkers;
* Uitzendkrachten;
* Medewerkers met een nul-uur contract.

## 2.5 Kwaliteit onderzoek

### 2.5.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid houdt in dat de metingen binnen het onderzoek vrij zijn van toevalsfouten (Baarda, D.B., 2009). Om de betrouwbaarheid voldoende te kunnen waarborgen, moet een onderzoek herhaalbaar zijn. Deze herhaalbaarheids-eis betekent dat onderzoek herhaalbaar moet zijn op een ander tijdstip, met een andere onderzoeker, met andere respondenten, een andere observator en onder andere omstandigheden (Verhoeven, N., 2011). Betrouwbaarheid is een voorwaarde voor validiteit. Als een meting betrouwbaar is, wil dat niet automatisch zeggen dat die meting ook valide is (Baarda, D.B., 2009). Voor de herhaalbaarheid wordt in dit onderzoek gebruikt gemaakt van een topiclijst.

Tussen de onderzoekers zal regelmatige terugkoppeling plaatsvinden om in overeenstemming te zijn over de wijze van het verzamelen van gegevens. In de terugkoppeling wordt besproken hoe de interviews verlopen, de topiclijst wordt tussentijds geëvalueerd en er wordt gevraagd naar persoonlijke ervaringen. Dit om het afnemen van de interviews in een continue lijn voort te zetten. De omstandigheden waarin de interviews zijn afgenomen worden zo constant mogelijk gehouden; dat wil zeggen, vrij van verstoringen en in een zekere mate van rust en vrij van tijdsdruk. Alle afgenomen interviews worden met toestemming van de respondenten opgenomen en uitgetypt.

### 2.5.2 Validiteit

Validiteit is het meten wat er gemeten moet worden; er wordt bepaald of een onderzoek vrij is van systematische fouten. In dit onderzoek wordt ernaar gestreefd om zo veel interviews af te nemen tot het punt van verzadiging bereikt is. Wanneer er onvoldoende gegevens verzameld worden om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden, wordt de topiclijst bijgesteld. Ten slotte wordt de validiteit vergroot door de verzamelde gegevens systematisch te analyseren (Verhoeven, N., 2011). De stappen van de analyse, voor de onderzoekers een relatief nieuwe en complexe activiteit, worden in samenspraak samen met de begeleiders doorlopen.

### 2.5.3 Ethische aspecten

Onder ethische aspecten wordt verstaan de terugkoppelingvan resultaten en het delen van gegevens. Dit wordt vermeld op de website biobanken ([www.biobanken.org](http://www.biobanken.org/nl/biobanken/ethische-aspecten)).

In dit onderzoek is rekening gehouden met de volgende aspecten:

* De vertrouwelijkheid van respondenten wordt gegarandeerd door geen namen en/of initialen van respondenten op te nemen in het verslag;
* Van tevoren wordt toestemming gevraagd over het gebruik van audio- opnameapparatuur;
* Aan de respondenten wordt meegedeeld dat na afronding van het onderzoek alle data wordt vernietigd;
* Bronverwijzingen worden vermeld.

## 2.6 Data- analyse

De uitkomsten van de interviews worden geanalyseerd door deze te coderen en te structureren.

Dit wordt uitgevoerd aan de hand van de volgende stappen (Verhoeven, N., 2011).

* De gegevens worden verdeeld in kleine relevante fragmenten die in één woord worden samengevat;
* De waarde van de gebruikte termen worden geëvalueerd (positief of negatief);
* De fragmenten worden gecodeerd om het fragment samen te vatten. Dit vindt plaats aan het begin van het analyseproces en vormt de eerste definiëring van de gevonden begrippen;
* De termen worden gegroepeerd door ordening aan te brengen;
* De gecodeerde begrippen worden gesorteerd en hierin wordt hiërarchie aangebracht. De code die het meest belangrijk is, komt bovenaan;
* Hierna worden de verbanden tussen de begrippen gezocht. Er worden hoofd- en subgroepen gemaakt door de codes te ordenen;
* Hierna wordt structuur in de begrippen aangebracht door relaties tussen begrippen te zoeken. Deze verbanden en volgorde worden in een tabel samengebracht;
* Tot slot wordt de samengestelde tabel in verband gebracht met de probleemstelling.

Een belangrijk hulpmiddel bij het weergeven van de resultaten van de analyse is een logboek. Alle aantekeningen van de analyses worden hierin bijgehouden, zoals de keuzes die gemaakt worden en de argumenten daarbij (Verhoeven, N., 2011).

De resultaten van de interviews worden naast de gevonden literatuur gelegd. Aan de hand hiervan worden er aanbevelingen opgesteld.

# 3. Literatuurstudie

## 3.1 Inleiding

Buurtzorgteams zoals wij die in Nederland kennen, zijn zelfsturende teams met maximaal 12 werknemers. Omdat er wordt gewerkt met zelfsturende teams kan er beter worden aangesloten bij de specifieke wensen en behoeften van de cliënt. Zo stelt Buurtzorg op haar website ([www.buurtzorgnederland.com](http://www.buurtzorgnederland.com)). In de teams werken (wijk)verpleegkundigen samen met wijkziekenverzorgenden, waarbij hun oplossend vermogen en professionaliteit ten volle worden benut. De teams zijn zelf verantwoordelijk voor de planning en uitvoering van de werkzaamheden. De Buurtzorgteams groeien hard; bestaande teams splitsen zich op en vestigen zich in omliggende plaatsen.

Buurtzorg Nederland is ontstaan in 2006 en daarmee een beginnende zorgorganisatie. Buurtzorg is een jonge organisatie die zich bewust is van het belang om zorgvuldig om te gaan met het beroepsgeheim. Voor Buurtzorg is er beleid ontwikkeld over de omgang met vertrouwelijke informatie.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de inhoud van het beroepsgeheim en zal in het kort het beleid van Buurtzorg beschreven worden. Dit als specifieke aanvulling voor Buurtzorg op de al bestaande beroepscode en de verschillende wetten.

## 3.2 Beroepsgeheim

De basisregel van het beroepsgeheim luidt: het doel is het beschermen van het medisch geheim van de patiënt. Het beroepsgeheim is hier een middel voor (Jansen, H., Knapen, M., 2012).

### 3.2.1. Wettelijke kaders

Het beroepsgeheim wordt in verschillende wetten en artikelen beschreven. Voorbeelden hiervan zijn de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). Hierin wordt beschreven dat een zorgverlener geen informatie aan derden mag verstrekken, tenzij de patiënt daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Ook directe familie valt onder derden. In het andere uiterste moet informatie worden verstrekt als de wet de zorgverlener daartoe verplicht, of als het informatie betreft ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. In dit laatste geval onder strikte voorwaarden. Verder verplicht de wet BIG (in artikel 88) een ieder tot geheimhouding van datgene wat hen bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd of wat daarbij als geheim ter kennis is gekomen of waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen (Veen, E. -B. van, Jong, E.J.C. de & Kastelein, W.R., 2004).

Artikel 272 van het wetboek van strafrecht beschrijft dat “hij die enig geheim, waarvan hij redelijkerwijs moet vermoeden dat hij uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift verplicht is het te bewaren, opzettelijk schendt, is in gevolge dit artikel strafbaar”.

Als laatste wordt in de wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) gesproken over het verbod op verwerking van persoonsgegevens voor zover een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift daaraan in de weg staat (Veen, E. -B. van, Jong, E.J.C. de & Kastelein, W.R., 2004).

Bovenstaande wetten met betrekking tot het beroepsgeheim lopen als rode draad door de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN)en het privacyreglement van Buurtzorg Nederland.

3.2.2. Beroepscode

De Nationale Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (2007) beschrijft, als aanvulling voor de beroepspraktijk, de wetten in een concretere vorm. De code beschrijft onder andere aan wie welke informatie verstrekt mag worden en onder welke omstandigheden. Daarnaast staat er beschreven hoe te handelen als er bijvoorbeeld sprake is van een vertegenwoordiger als de zorgvrager zelf niet kan of mag beslissen.

De Nationale beroepscode beschrijft dat verpleegkundigen en verzorgenden zorgvuldig om moeten gaan met vertrouwelijke informatie. Dit houdt in dat ze alleen aan zorgverleners die bij de directe zorgverlening aan de zorgvrager betrokken zijn, de informatie mogen verstrekken die zij voor de zorgverlening nodig hebben.

Verder beschrijft de beroepscode dat het noodzakelijk is om de informatie over de zorgvrager te verstrekken aan de vertegenwoordiger, indien de zorgvrager niet (alleen) zelf kan of mag beslissen. Informatie mag niet aan anderen mag worden verstrekt, inclusief de naasten, tenzij de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) daarvoor toestemming heeft gegeven. De informatie die aan een verpleegkundige en verzorgende in vertrouwen wordt verteld en waarvan men kan begrijpen dat het vertrouwelijk van aard is, hoort hier ook bij.

De beroepscode stelt dat verpleegkundigen en verzorgenden alleen in uitzonderlijke gevallen de zwijgplicht mogen verbreken indien er een conflict van plichten is tussen de plicht tot geheimhouding en de plicht om ernstige schade voor de zorgvrager of een ander te voorkomen.   
Ten slotte wordt in de beroepscode beschreven dat verpleegkundigen en verzorgenden ervoor moeten zorgen dat persoonlijke gesprekken met de zorgvrager buiten het gehoor van anderen plaatsvinden.

3.2.3. Privacyreglement Buurtzorg  
Binnen Buurtzorg Nederland wordt er een privacyreglement gehanteerd. Deze is voor iedere medewerker binnen Buurtzorg toegankelijk via het Buurtzorgweb ([www.buurtzorgweb.com](http://www.buurtzorgweb.com)). Het doel van het privacyreglement is om een praktische uitwerking te geven van verschillende landelijk gestelde wetten die vertaald zijn binnen de context van Buurtzorg. Dit privacyreglement komt in de informatie over gegevensverstrekking veelal overeen met de beroepscode. Echter op verschillende punten gaat het privacyreglement dieper in op situaties waarin Buurtzorgmedewerkers te maken krijgen met het beroepsgeheim.

Het privacyreglement beschrijft de voorwaarden voor informatieverstrekking aan verzekeraars en de voorwaarden voor het verstrekken van persoonsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek voor verpleegkundigen en verzorgenden. Er wordt beschreven dat de persoonsgegevens alleen worden verstrekt aan personen die bij het zorgproces betrokken zijn en tot geheimhouding verplicht zijn. Het privacyreglement vermeldt dat persoonsgegevens over godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid en seksuele leven alleen mogen worden verstrekt als dit nodig is voor de behandeling. Het privacyreglement beschrijft ten slotte dat informatie mag worden verstrekt wanneer deze zodanig geanonimiseerd is zodat deze niet herleidbaar is (Janssen, L. & Witte J. de, 2013).

### 3.2.4 Overwegingen

Onder verpleegkundigen leven veel vragen over het beroepsgeheim. Als buitenstaander lijkt het soms makkelijk: je moet gewoon je mond houden. Maar er is een groot grijs gebied. Het gaat dan vooral om vragen wat je wel en niet mag delen in het belang van de zorg (Oelen, M., 2013). Hoe kun je op een goede manier omgaan met de vertrouwelijke informatie?

Het is belangrijk dat de zorgverlener zich hiervan bewust is en dus ook goed afweegt hoe en wanneer er informatie wordt doorgegeven en op wat voor manier deze door anderen gebruikt wordt, zelfs met de bedoeling de cliënt of patiënt beter te kunnen helpen (KNMG, 2012).

Het belang van geheimhouding wordt op diverse plaatsen en in documenten benadrukt. Onduidelijk blijft in welke mate verpleegkundigen en verzorgenden zich hiervan in de dagelijkse praktijk bewust zijn.

## 3.3 Vertrouwelijkheid

Tussen zorgverlener en cliënt bestaat een vertrouwensrelatie. De cliënt moet er binnen deze vertrouwensrelatie op kunnen vertrouwen dat informatie die iemand tijdens de uitoefening van het beroep te weten is gekomen geen eigen leven gaat leiden (Buijsen, M., Floris, O., Hulst, E. & Noord, T. van, 2012). Het soort informatie dat binnen een vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt uitgewisseld wordt, wordt ook wel “vertrouwelijke informatie” genoemd (Bakker, A.R., Dantzig, A. van, Willigenburg, T. van, e.a., 1990).   
Om een duidelijker beeld te krijgen welke informatie vertrouwelijk is en daarmee binnen het beroepsgeheim valt, is het belangrijk de term vertrouwelijke informatie nader te omschrijven.

“Vertrouwelijkheid” is opgenomen in alle beroepscodes en ethische verklaringen voor verpleegkundigen. De in 1973 uitgegeven Code for Nurses van de International Counsil of Nurses stelt dat “de verpleegkundige de vertrouwelijke persoonlijke informatie moet behouden.”   
De American Nurses’ Association Code for Nurses (1976) zegt dat de verpleegkundige het recht van de patiënt op privacy moet waarborgen en beveiligen, door oordeelkundig de informatie die vertrouwelijk van aard is, te beschermen.

Als derde stelt de UKCC Code of Professional Conduct for the Nurse, Midwife and Health Visitor dat “zorgverleners in de uitvoering van hun professionele verantwoordelijkheid, alle vertrouwelijke informatie die zij van patiënten en cliënten verkregen hebben, in de praktijk moeten beschermen en alleen openbaar mogen maken met toestemming van de patiënt en/of cliënt” (Rumbold, G., 1993).

De drie bovenstaande Engelstalige verklaringen maken duidelijk dat niet alle informatie die een patiënt of cliënt geeft, vertrouwelijk van aard is. Sommige informatie is duidelijk vertrouwelijk, met name over de gezondheidstoestand van de patiënt en cliënt. De patiënt mag erop vertrouwen dat dit soort vertrouwelijke informatie niet belandt bij derden die geen deel uitmaken van de behandeling.

Wel kan het belangrijk zijn dat deze informatie terecht komt bij een specialist, huisarts of een andere verpleegkundige, wat de verpleegkundige moet kunnen verantwoorden aan de patiënt. Alle informatie die onder “klinische behandeling” valt is op zichzelf vertrouwelijk van aard; de diagnose, prognose, behandelmethode en symptomen (Rumbold, G., 1993).

In een andere benadering van de term “vertrouwelijkheid” wordt gesteld dat vertrouwelijkheid geen barrière mag veroorzaken voor het leveren van veilige en effectieve zorg. Hierbij wordt er rekening gehouden met zorgvragers die bepalen wanneer informatie privacygevoelig is en wanneer niet. Zorgvragers beslissen zelf of er buiten het directe zorgteam, familie of andere zorgverleners, op de hoogte mogen zijn van vertrouwelijke informatie. De zorgvragers mogen in de eerste instantie bepalen wie hun gegevens in mogen zien (Caldicott, D. F., Manning, K., 2013). Voor zorgverleners kan dit spanningen opleveren. Zorgverleners kunnen het in bepaalde situaties van belang vinden dat informatie gedeeld wordt met andere disciplines. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 3.5.

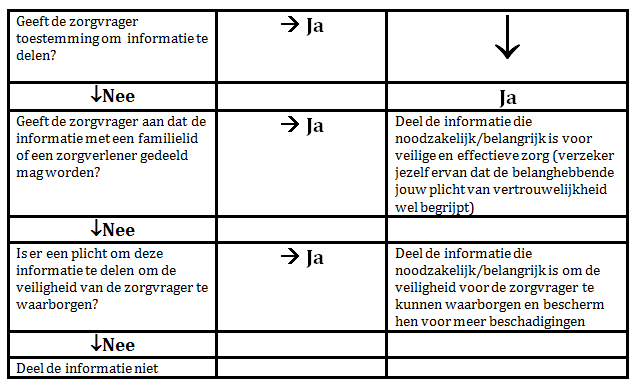
Bij het delen van vertrouwelijke informatie is het handhaven van vertrouwen en respect een basis. De “plicht van vertrouwelijkheid” is gebaseerd op vertrouwen en respect tussen cliënt en hulpverlener, wat fundamenteel is voor veilige en effectieve zorg.   
Een klimaat waarin de mensen vertrouwen ervaren, moedigt de zorgvrager aan meer open te zijn. Zo vertelt de zorgvrager eerder belangrijke informatie over de gezondheidstoestand of behandeling, om zo de best mogelijke zorg te realiseren. Een verpleegkundige moet hier altijd verantwoording van kunnen afleggen (Caldicott, D. F., Manning, K., 2013).

3.4 Professionele plicht  
Organisaties moeten in de uitvoering van de dagelijkse omgang met het beroepsgeheim kunnen verantwoorden hoe volgens het beleid gewerkt wordt. Zo wordt nagegaan of elke werknemer die bij hen werkt, voldoet aan de eisen die gesteld worden aan het omgaan met privacy. Een voorbeeld is het medisch dossier dat alleen ter inzage is voor de zorgverleners en degenen die direct betrokken zijn bij de behandeling (Rumbold, G., 1993). Informatie moet te allen tijde compleet, nauwkeurig en bijgewerkt zijn. Is dit niet zo, dan kan de veiligheid niet gewaarborgd worden. Elk teamlid is hier op zichzelf verantwoordelijk voor. Men moet deze verantwoording kunnen afleggen aan de organisatie. De vertrouwelijke informatie moet op een wijze verzameld worden, zodat deze makkelijk gedeeld kan worden en goed beschikbaar is. De informatie moet tijdelijk bewaard worden, bijvoorbeeld op een andere plaats dan het zorgdossier, waar anderen (geen betrokken hulpverleners) geen inzicht in hebben en de informatie zodoende veilig opgeborgen is (Caldicott, D. F., Manning, K., 2013).

## 3.5 Noodzaak informatie delen

Vaak is het nodig om privacygevoelige informatie te delen met zorgverleners die direct bij de zorgverlening betrokken zijn. Dit met het oog op het bevorderen van het leveren van goede zorg.  
Wanneer vertrouwelijke informatie wordt gedeeld, mag alleen de relevante, maar noodzakelijke informatie gedeeld worden. Voorwaarden om vertrouwelijke informatie te mogen delen zijn:

* Dat de cliënt zelf toestemming geeft om het te mogen delen;
* Als de wet het voorschrijft (bijvoorbeeld in een noodsituatie in de maatschappij zoals een epidemie);
* Als er een duidelijke reden is (bijvoorbeeld hulp bij een diagnosestelling);
* Als het doel alleen bereikt kan worden wanneer deze informatie gedeeld wordt;
* Als de hoeveelheid van de informatie is gelimiteerd en consistent is aan het doel (Allsop, R. & Padridge, N., 2013).

******Om te besluiten om wel of geen informatie te delen, is het onderstaande overzicht opgesteld, wat kan helpen om het besluit op een verantwoorde wijze te maken.

***Besluit delen van informatie.*** (Bron: Caldicott, D. F. & Manning, K., 2013)

Ondanks dat er gegronde redenen zijn om informatie zonder toestemming van de cliënt te delen, mag dit niet onbedachtzaam gebeuren.

Hiervoor moet worden voldaan aan de volgende criteria:

* Er moet geprobeerd worden toestemming van de patiënt te verkrijgen (in dat geval kan het conflict opgeheven worden);
* Voorafgaand aan het delen van de informatie, is de cliënt ingelicht over het doel, de inhoud en de mogelijke gevolgen van de informatieverstrekking;
* Het niet doorbreken van het beroepsgeheim levert ernstige schade op voor een ander;
* Er geen andere manier is om het probleem op te lossen;
* De hulpverlener in gewetensnood is;
* Het doorbreken van het beroepsgeheim schade voorkomt of de schade voor de ander beperkt;
* Het geheim zo min mogelijk wordt geschonden in relatie tot het belang dat geschaad wordt (Buijsen, M., Floris, O., Hulst, E. & Noord, T. van, 2012).

Voor zorgverleners kan er een spanningsveld ontstaan wanneer cliënten geen toestemming geven om informatie te delen. Zeker als zorgverleners het met het oog op de gezondheidstoestand, veiligheid of andere redenen het delen van deze informatie noodzakelijk vinden. Op grond van een wettelijke plicht, toestemming van de patiënt en een conflict van plichten kan het beroepsgeheim doorbroken worden (Heesters, W. D., 2007).

Als het doorbreken van het beroepsgeheim geoorloofd is, worden strikte eisen gesteld aan de informatievoorziening. De gegevens moeten “juist en verifieerbaar zijn, oordelen moeten deugdelijk en onderbouwd zijn en alleen specifieke vragen op eigen deskundigheidsgebied worden beantwoord” (Buijsen, M., Floris, O., Hulst, E. & Noord, T. van, 2012).

## 3.6 Gevolgen schending beroepsgeheim

Cliënten kunnen klachten indienen over BIG-geregistreerde verpleegkundigen bij het tuchtcollege. Het doel van het tuchtrecht is ten eerste om de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken en te bevorderen. Ten tweede om de cliënt te beschermen tegen onzorgvuldig en ondeskundig handelen. Dat betekent dat verpleegkundigen goed op de hoogte moeten zijn van de daarvoor geldende regels en criteria.

De tuchtrechter gaat het handelen van verpleegkundigen na. Als eerste wordt er nagegaan of de zorgverlener heeft gehandeld (of iets heeft nagelaten) wat in strijd was met de zorg die hij/zij behoorde te verlenen aan de cliënt, degene die in nood verkeerde of hun naasten.  
Als tweede wordt getoetst of de zorgverlener heeft gehandeld (of iets heeft nagelaten) wat in strijd was met een goede uitoefening van de gezondheidszorg. Uitspraken van tuchtcolleges kunnen gevolgen hebben voor de verpleegkundige beroepsuitoefening (V&VN, 2013).

De uitspraken van het tuchtcollege zijn niet alleen relevant voor de aangeklaagde verpleegkundige, maar voor de hele verpleegkundige beroepsgroep (Buijse, R., 2009).

# 4. Resultaten

## 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de interviews beschreven. In de interviews zijn verpleegkundigen en verzorgenden gevraagd naar hun kennis over het beroepsgeheim, situaties waarin zij volgens het beroepsgeheim handelden, situaties waarin het beroepsgeheim in het geding was en in hoeverre zij op de hoogte waren van het privacyreglement.

|  |  |
| --- | --- |
| **Respondenten** | |
| Verpleegkundigen | 9 |
| Verzorgenden | 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sekse** | Aantal respondenten |
| Vrouw | 12 |
| Man | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Buurtzorgteams** | Aantal respondenten (per team) |
| Almere- Buiten (stad) | 2 |
| Leerdam (stad + dorp) | 4 |
| Vianen- Lexmond (stad + dorp) | 4 |
| Zederik (dorp) | 2 |

|  |
| --- |
| **Afgezien van deelname** |
| Bodegraven |

## 4.2 Wat zeggen verpleegkundigen tegen anderen?

### 4.2.1 Soort informatie

Tien van de twaalf respondenten schaden soms de privacy van cliënten. Er wordt door zeven van deze tien gesteld alleen situaties en ervaringen te bespreken. Hieronder verstaan zij informatie met betrekking tot het ziektebeeld en de algehele toestand van de cliënt.Zo verleende een respondent zorg bij een cliënt met een open been wond. Bij een cliënt met dezelfde aandoening heeft de respondent dit genezingsproces omschreven. Haar motief hierin was de cliënt voor te lichten. Door de cliënt gerust te willen stellen, handelde zij vanuit haar gevoel en gaf zij aan zich in deze situatie niet bewust te zijn geweest van haar geheimhoudingsplicht. De respondent kon niet garanderen dat zij de informatie zodanig geanonimiseerd had dat deze binnen de grenzen van het beroepsgeheim viel.

Vier van de tien respondenten benoemen dat het wel eens gebeurt dat zij persoonsgegevens noemen in het bijzijn van gezinsleden. Het betreft hier een voornaam, achternaam of straatnaam en medische gegevens van cliënten. Respondenten geven aan dat ze dat niet bewust doen, maar dat een naam of straat wel eens uit hun mond glipt voor ze er zelf erg in hebben. Bij één respondent zijn de gezinsleden dergelijke informatie te weten gekomen, onder andere door het uitvoeren van werkzaamheden op de algemene computer thuis en legden vervolgens de link naar de naam van de cliënt.

Drie van de twaalf respondenten geven aan dat andere cliënten soms op de hoogte zijn van de route die gemaakt wordt en weten zodoende wie de volgende cliënt is. In twee gevallen had dit te maken met de situatie dat de cliënten Buurtzorg medewerkers naar binnen zagen gaan of dat ze de Buurtzorg medewerkers herkenden aan hun uniform of reclame op de auto of de fiets.In andere gevallen hebben collega’s per ongeluk namen of andere informatie laten vallen over andere cliënten in het bijzijn van de desbetreffende cliënt.

Tot slot gebeurt het dat bekenden van een cliënt vragen stellen over de gezondheid van de desbetreffende cliënt. Negen van de twaalf respondenten zegt oppervlakkig te blijven als er vragen worden gesteld over andere cliënten. Met oppervlakkig wordt bedoeld dat zij niet ingaan op details van de gezondheidstoestand van de cliënt.

4.2.2 Informatie delen  
Uit de interviews komt ook naar voren dat alle respondenten de behoefte voelen om hun hart te luchten over wat zij meemaakten tijdens hun werkzaamheden. Het gaat om gebeurtenissen die respondenten als aangrijpend of complex ervaren. Voorbeelden hiervan zijn cliënten waar terminale zorg verleend wordt of waar een psychiatrische aandoening de zorgverlening bemoeilijkt. Het delen van dergelijke informatie gebeurt vaak telefonisch met een collega als het dringend is, maar in veel gevallen vertellen respondenten het ook thuis.

Twee respondenten maken informatie over cliënten alleen bespreekbaar binnen het team.

Negen van de twaalf respondenten zeggen alleen informatie met medebehandelaars te delen die nodig is voor de behandeling van de cliënt. “Meer informatie hebben behandelaren niet nodig en daar zitten ze ook niet op te wachten.” Twee respondenten zeggen meer informatie te delen omdat ze het belangrijk vinden dat de arts voldoende weet van de cliënt wanneer een situatie zich voordoet.

## 4.3 In welke omstandigheden?

### 4.3.1 “Ons kent ons” cultuur

De werk- en persoonlijke leefwereld van Buurtzorgmedewerkers zijn erg met elkaar verbonden en lopen soms in elkaar over, geven alle respondenten aan.

*“De mensen kennen mij vaak al voordat ik voor het eerst bij hen binnenkom. Dan zeggen ze: ‘je bent er één van die en die’. Ik bedenk dan toch altijd dat ik als gast bij hen binnenkom en niet als vriendin.”*

Een drietal respondenten benoemt lid te zijn van dezelfde kerk als cliënten. Twee andere respondenten benoemen dat ze te maken hebben met een buurvrouw en achterbuurman die bij Buurtzorg in zorg zijn. Door lid te zijn van dezelfde kerk of elkaars (achter)buren te zijn, geven de respondenten aan extra alert te moeten zijn op hun beroepsgeheim, omdat bekenden van een cliënt, vaak met een goede bedoeling, vragen stellen over de cliënt.

*“Zo kwam een tijd geleden de buurvrouw aan mij vragen hoe het gaat met mw. P. (de achterbuurvrouw van mij). Ze wist dat Buurtzorg sinds kort bij mw. P. langs komt en ze weet dat ik bij Buurtzorg werk. Zelf komt de buurvrouw regelmatig bij mw. P. In deze situatie kwam ze naar mij toe om te vragen hoe het met mw. P is. Dit vond ik lastig, want ik ken mw. P. wel als achterbuurvrouw en in die omgang mag ik dingen vertellen, maar ik ken mw. P. nu ook korte tijd als cliënt. En daar mag ik niks over vertellen. In deze situaties vind ik het moeilijk om de grens te stellen. Ik denk dat ik weleens teveel verteld heb over een cliënt.”*

Een aantal andere situaties waarin verschillende respondenten aangeven (of herkennen) in lastige situaties te komen, zijn:

* + - Wanneer binnen één Buurtzorgteam schoonmoeder en schoondochter tegelijk in zorg zijn;
    - Wanneer binnen één Buurtzorgteam twee gezinnen uit één familie in zorg zijn;
    - Wanneer de Buurtzorg medewerker op het voetbalveld herkend wordt als “de zorgverlener die bij één van de van de jongens in het voetbalteam de zorg levert”.

Bovenstaande situaties komen in verschillende interviews naar voren. De respondenten geven aan in deze situaties extra alert te moeten zijn op hun geheimhoudingsplicht, omdat het erg verweven is met bekendheid in hun eigen kring en sociale omgeving.   
Verschillende respondenten geven aan dat dit lukt, maar dat er wel moeite voor gedaan moet worden.

*“En moest ik wel eens op mijn tong bijten. Ja, je mag er echt niks over zeggen. Ik wil niet dat mijn kinderen dat van mij horen dat ik daar kom.”*

Vijf respondenten geven aan dat ze het lastig vinden om te ontkennen dat ze bij een cliënt komen wanneer een andere cliënt daarnaar vraagt. De respondenten zeggen in deze situatie op de vlakte te blijven, zoals “ja, ik kom inderdaad bij uw schoondochter”. Respondenten geven aan niet inhoudelijk op de zorg in te gaan.

**Bekendheid cliënten**

Acht respondenten geven aan dat ze regelmatig van cliënten terug horen dat zij weten waar Buurtzorg medewerkers nog meer komen. Cliënten kennen elkaar dikwijls al en hebben regelmatig (telefonisch) contact met elkaar, of cliënten geven aan dat ze dit te weten komen doordat medewerkers per ongeluk een naam of straat noemen. Echter het komt het meest voor dat cliënten medewerkers naar binnen zien gaan bij andere cliënten in de straat. In andere gevallen dat ze de auto of fiets (met reclame van Buurtzorg) voor het huis van een cliënt zien staan.

### 4.3.2 Vertrouwensband

De twaalf respondenten geven aan, op de vraag over de vertrouwensband tussen zorgverlener en zorgvrager, dat een vertrouwensband met de zorgvrager belangrijk is. Zo stelt één respondent:

*“Het winnen van vertrouwen is belangrijk. Het bevordert de kwaliteit van de informatie die verpleegkundigen en verzorgenden nodig hebben om veilige en verantwoorde zorg te leveren.”*

De andere elf respondenten omschrijven de vertrouwensband in andere woorden, maar beamen dat de vertrouwensband met de zorgvrager nodig is en gerespecteerd en beschermd dient te worden.

Vijf respondenten beschrijven dat de grens van vertrouwelijkheid tussen zorgverlener en zorgvrager steeds meer vervaagt wanneer iemand langdurig in zorg is.

*“Ze gaan echt in je hoofd zitten, je neemt ze mee naar huis. Soms kun je te nauw betrokken zijn bij een cliënt. Dan wordt de scheidslijn tussen werk en privé steeds vager.”*

Acht respondenten geven aan dat sommige cliënten die je “graag mag” en die je “al lange tijd begeleidt” steeds meer persoonlijk betrokken raken. Vier respondenten geven aan in deze vertrouwensband privé dingen uit hun eigen leven tegen cliënten te vertellen, zoals over het gezin of over de kinderen.

*“Cliënten leggen hun hele leven bloot. Dan heb ik soms ook het gevoel dat ik daar iets tegenover moet stellen en vertel ik iets over mijn gezin of eigen leven.”*

Een respondent vertelt dat ze aan een cliënt vertelde dat ze vanavond pannenkoeken ging bakken. De cliënt gaf aan dat ze dit ook lekker vind. De respondent heeft zodoende een pannenkoek voor haar meegenomen.   
De respondent vertelt dat ze zich afvroeg of dat wel kan omdat het niet onder de reguliere taak valt.

*“In een vertrouwensband vertel je dingen. Je moet je er wel bewust van zijn. Welke verwachtingen schept je bij iemand.”*

Door twee respondenten wordt een schaduwkant van de vertrouwensband ervaren. De ene respondent merkt op dat cliënten de zorgverlener in de loop van de tijd beter leren kennen en daardoor op een steeds slinksere manier vragen stellen waardoor er sneller informatie wordt verteld. De andere respondent beschrijft:

*“Door de vertrouwensband ervaar ik soms meer vrijheid om dingen, meer persoonlijke cliëntgegevens, te vertellen. Soms ook als voorbeeldcasus. Ik probeer het wel altijd te anonimiseren.”*

### 4.3.3 Leefwereld en professionele organisatie

Zeven van de twaalf respondenten omschrijven situaties waarin zij moeite hebben ervaren met het beroepsgeheim in de eigen leefomgeving zoals het gezin of de vriendengroep. Dit heeft vaak te maken met de bereikbaarheidsdienst:

*“Ik had bereikbaarheidsdienst, maar mijn telefoon deed het niet goed. Er is een cliënt in zorg met een stoma en het gaat vaak verkeerd bij haar. Of de stoma lekt of er is iets anders. Omdat ik niet goed te bereiken was op mijn werktelefoon, heb ik de cliënt mijn privételefoonnummer gegeven.*

*’s Nachts werd er gebeld en mijn man nam de telefoon op. Hij zei: ‘Mw. Vinkjes met de stoma aan de telefoon’.”*

In een andere situatie deelt een respondent mee dat degene met bereikbaarheidsdienst op een bepaalde tijd een cliënt moest bellen om te vragen of ze al insuline had gespoten. De respondent zegt te bellen tijdens het koken in het bijzijn van haar kinderen.

Een respondent vertelt dat ze tijdens een verjaardag van haar vriendengroep de bereikbaarheidsdienst heeft. Als ze weggeroepen wordt, zegt ze zich verplicht te voelen om verantwoording af te leggen over wat ze gaat doen. In situaties waarin ze haar privé-situatie moet verlaten om te gaan werken, is ze geneigd om aan haar vrienden uit te leggen wat ze gaat doen, maar dan wel zonder de naam van de cliënt prijs te geven. Door zo’n vier respondenten wordt gesteld dat het privéleven soms moeilijk te combineren is met de bereikbaarheidsdienst, zoals bovenstaande situatie illustreert.

De respondenten zeggen niet met opzet aan gezinsleden en vrienden te vertellen wat ze gaan doen. Gezinsleden en vrienden komen te weten dat ze naar een cliënt gaan doordat dit verweven raakt met het privéleven.

Bijna alle respondenten beschrijven weleens per ongeluk een naam te laten vallen en hiermee het beroepsgeheim te schaden.

Drie andere respondenten geven aan de bereikbaarheidsdienst niet als lastig te ervaren. Uit de leefsituatie blijkt dat deze respondenten geen opgroeiend gezin hebben, wat volgens hun de bereikbaarheidsdienst makkelijker maakt.

Ten slotte komt uit de interviews naar voren dat het bij zich dragen en opbergen van cliëntenoverzichten thuis tot situaties leidt waarin informatie over cliënten toegankelijk is voor derden. Vijf respondenten geven aan de cliëntenoverzichten mee naar huis te nemen en bij de Ipads, verleend door Buurtzorg Nederland, te bewaren. Dit betekent dat ze naast de tablet op de kast liggen waar iedereen ze kan grijpen en bekijken.

**Collega’s op straat**

Drie respondenten vertellen over een situatie waarin zij collega’s tegenkomen op straat. Alle drie geven aan dat wanneer je collega’s buiten werktijd tegenkomt, de kans groot is dat je op straat gaat praten over cliënten. “Hier moeten we ons bewust van zijn en elkaar er op aanspreken.” Eén respondent geeft aan dat ze met een collega stond te praten en zich bewust werd dat ze te hard aan het praten waren. Ze heeft toen het gesprek gestopt en heeft aangegeven dat ze er morgen op het werk over zouden door praten.

**Thuiswerken op computer**

Zes respondenten geven aan na afloop van hun dienst niet terug te keren naar kantoor, maar direct naar huis te gaan. Hierdoor worden administratieve taken thuis uitgevoerd. Vier verpleegkundigen geven aan dat ze liever op hun privé computer werken dan op de Buurtzorg tablet. Hierbij geven drie respondenten aan dat deze computers zijn voorzien van een eigen account en wachtwoord waardoor gezinsleden niet op het account kunnen en deze computer zich in een aparte ruimte bevindt.   
Niet altijd bevind de computer zich in een aparte ruimte. Eén respondent vertelt dat ze een zorgdossier aan het bijwerken was en er geen erg in had dat haar kinderen de wond van een cliënt zagen.

### 4.3.4 Zelfsturende teams

“Zelfsturende en kleine teams hebben zo hun voor- en nadelen” brengen vijf respondenten naar voren. Je kunt elkaar bij de les houden, maar je kunt ook met elkaar dwalen en afzakken” stelt één respondent. Met deze woorden omschrijft zij het antwoord op de vraag naar de context van Buurtzorg. Tien respondenten geven aan dat een klein team, met veel verantwoordelijkheid, elkaar bij de les moet houden omdat ook in de team sprake is van verschuivende grenzen als het gaat om delen en beheren van privacy-gevoelige informatie. Vier respondenten benoemen dat het belangrijk is om collega’s erop aan te spreken als ze horen dat hun collega’s iets teveel hebben gezegd. Zij geven aan dat ze dit doen.

Wanneer dit niet gebeurt, bestaat het risico van afzakken naar een meer onveilige en lagere kwaliteit van zorg. Eén respondent geeft aan dat zij niet wist hoe ze deze vraag moest beantwoorden. Ze geeft aan hier nog niet zo over nagedacht te hebben, maar de context van haar Buurtzorgteam op dit moment op goed niveau vindt.

## 4.4 Aan wie?

Alle twaalf de respondenten geven aan dat zij met hun collega’s cliënten bespreken. Dit gaat over situaties of gebeurtenissen die zijn voorgevallen tijdens het werk of voor algemeen overleg over cliënten, dat incidenteel en structureel plaatsvindt.

### 4.4.1 Wat ik vandaag toch meegemaakt heb…

Tien respondenten geven aan situaties niet alleen aan collega’s te vertellen, maar ook aan gezinsleden, zoals echtgenoot en kinderen. Gezinsleden komen wel eens iets over cliënten te weten, zonder dat het wordt verteld. Respondenten geven als voorbeelden het neerleggen van de weekplanning of het openstaan van een foto van een wond van een cliënt op de computer.

Twee respondenten geven aan dat ze na het werk de administratieve werkzaamheden bijwerken op de tablet. “Dit gebeurt vaak op de bank met kinderen om mij heen. Zij stellen hier ook vragen over.” Als laatste benoemt één respondent dat de echtgenoot, tijdens haar bereikbare dienst, de telefoon opnam. Hierbij kwam hij persoonsgegevens te weten van deze cliënt.

### 4.4.2 Hoe gaat het nu met hem?

Alle respondenten geven aan dat er regelmatig informatie aan hen wordt gevraagd over cliënten, door buren van een cliënt. Doordat deze buren op een slinkse manier informatie proberen te ontfutselen, geven twee respondenten aan wel eens informatie te hebben laten glippen. Ook de situatie waarin buren van de cliënt die tegelijkertijd met de Buurtzorg medewerker in de apotheek staan en hierdoor een gesprek tussen de Buurtzorg medewerker en de medewerker van de apotheek kunnen horen, wordt door een respondent aangedragen. “Zij kunnen zo privacygevoelige informatie te weten komen over de cliënt.”

Acht respondenten vertellen regelmatig door familie en kennissen van de cliënt vragen te krijgen over de gezondheid van de desbetreffende cliënt. Hiermee wordt een situatie bedoeld waarin vragen worden gesteld in afwezigheid van de cliënt. Dit gebeurt telefonisch of door mee te lopen met de Buurtzorgmedewerker naar een aparte ruimte.

*“Ik heb wel eens dat een familielid meeloopt en op de gang of buiten van alles begint te vragen. Terwijl diegene ook met mij binnen was bij de cliënt”*

Vier respondenten geven aan een afweging te maken hoe het contact is tussen de persoon die de informatie vraagt en de cliënt, alvorens zij beslissen om de informatie delen. Als dit contact goed is en de respondenten zijn van mening dat de cliënt hier geen moeite mee zou hebben, gaven zij de informatie, anders niet. Drie respondenten geven aan naar de cliënt te verwijzen wanneer iemand informatie wil weten. Eén respondent geeft aan om voor te stellen om samen naar de cliënt te gaan en in zijn bijzijn het gesprek te voeren en anders geen informatie te verstrekken.

Meerdere respondenten wonen in hetzelfde dorp of in dezelfde stad als de cliënten.

Eén respondent vertelt dat bekenden van haar, in privé sfeer, wel eens vragen hoe het met de gezondheid van een cliënt gaat, omdat zij de cliënt in kwestie ook kennen. “Mijn buurvrouw vraagt hoe het met de achterbuurman is, omdat zij gehoord heeft dat Buurtzorg is ingeschakeld omdat het niet langer meer gaat.” De meeste respondenten geven aan oppervlakkig te blijven of te verwijzen naar de cliënt zelf. Onder deze oppervlakkigheid verstaan respondenten dat zij niet ingaan op de vraag of net doen alsof zij niets weten van de cliënt. Eén respondent gaf aan deze grens erg moeilijk te vinden en kon niet concreet benoemen hoe zij omgaat met deze grens. “Dit hing af van de situatie.”

Vier van de twaalf respondenten geven aan dat cliënten informatie te weten komen over andere cliënten doordat de respondenten soms teveel vertellen. “In bepaalde situaties ervaar ik de vrijheid om vergelijkbare ervaringen of gezondheidssituaties van een andere cliënt aan cliënten te vertellen. Soms ook als voorbeeldcasus en als vergelijking voor de cliënt. Maar ik doe dit wel zonder naam en toenaam.”

### 4.4.3 Met andere disciplines…

Alle twaalf de respondenten delen privacygevoelige informatie met andere disciplines, zoals de huisarts. “Je kunt alleen maar samenwerken als je informatie deelt.”

Eén respondent benoemt dat er met een apothekersmedewerker ook privacygevoelige informatie wordt gedeeld.

Eén verpleegkundige heeft in het verleden een keer te maken gehad met een situatie van kindermishandeling. Zij voelde zich in die situatie verplicht om voor het welzijn van het kind te kiezen en heeft in overleg met haar leidinggevende het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (in het verdere verslag beschreven als AMK) ingeschakeld.

Bij het AMK is er een proces in gang gezet, gericht op de familie, vanwege eerdere bekendheid in een situatie van kindermishandeling. De verpleegkundige van Buurtzorg gaf aan weinig informatie te hoeven delen, omdat het AMK al bekend was met deze situatie. Ze gaf aan dat dit voor haar een opluchting was.

Tot slot merkt één respondent op dat tijdens een huisartsenoverleg ook thuiszorgmedewerkers aanwezig zijn van andere organisaties. Deze horen persoonlijke gegevens van cliënten van Buurtzorg, maar zijn werkzaam binnen een andere organisatie. “Dan vraag ik me af: moet iedereen dat nu weten?”

## 4.5 Welke gedachten, overwegingen en afwegingen?

### 4.5.1 Inleiding

Hiervoor is beschreven welke informatie respondenten vrijgeven en aan wie dit wordt gedaan. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de overwegingen en gedachten die bij respondenten een rol spelen, bij het al dan niet verstrekken van informatie aan derden.

De meerderheid van de respondenten zegt wel bewust te zijn van het beroepsgeheim. Maar zeggen moeite te hebben met het bewaken van de grenzen tijdens hun beroepsuitoefening.

### 4.5.2 Afwegingen en overwegingen

**Thuis mag het wel**

Verreweg de meeste van de respondenten ervaren werken vanuit de thuis situatie als een omstandigheid waarbinnen zij het geoorloofd vinden “gemakkelijker” met informatie om te gaan. Dit blijkt uit de volgende uitspraak:

*“Bij mijn man zeg ik nog wel eens dingen. Thuis als je je verhaal kwijt moet. Maar die is sowieso heel stil. Die zegt gewoon helemaal niet veel en die zal ook nóóit iets door vertellen. Misschien is dat ook wel verkeerd denk ik. Maar ik moet soms ook even mijn verhaal kwijt. En hij weet toch helemaal niet over wie het gaat, dus ja. Dan vertel je meer een situatie.”*

**Continue schakelen**

*Tijdens de zorg*

Tijdens het opnemen van de telefoon in bijzijn van derden maken respondenten verschillende afwegingen. Als eerste maken alle twaalf de respondenten, als ze bij een cliënt bezig zijn, de afweging of ze de telefoon opnemen. Dit hangt voor de respondenten af van de zorgtaak waar ze op dat moment mee bezig zijn. Als ze met een verpleegtechnische handeling bezig zijn, laten ze de telefoon gaan. Als de zorgtaak het wel toelaat, vragen ze allen toestemming aan de cliënt om de telefoon op te mogen nemen.   
Als de cliënt vervolgens toestemming geeft om de telefoon op te nemen, geven alle respondenten aan dat de volgende stap is om weg te lopen en een aparte ruimte op te zoeken. Wanneer de omstandigheden geen mogelijkheid bieden om weg te lopen, beperken de respondenten zich in hun antwoorden. Als de informatie vertrouwelijk van aard is, of als respondenten merken dat het een lang of persoonlijk gesprek werd (bijvoorbeeld met een huisarts), vragen acht respondenten om later terug te bellen.

*Tussen werk en privé*

Respondenten moeten in de context van bereikbaarheidsdiensten voortdurend schakelen tussen werk en privé. Dat vereist een continue afweging en bewustzijn welke informatie voor derden toegankelijk wordt wat blijkt uit de volgende uitspraak:

*“Ik ben inmiddels denk ik wel 20 keer weg geroepen. Ik zit aan het eten. ‘Moet je weer weg?’ ‘Ja, er ligt een stoma af’ zeg ik dan. Verder zeg ik niks. Die kinderen zeggen ook: ‘Kan je nou eens niet werken?”*

**Wat kan ik vertellen en aan wie?**

Tijdens het werk in de wijk, komt elkaar onderling kennen vaak voor. Dat ervaren zij niet als een probleem, maar er moet wel een professionele grens blijven, vinden alle respondenten. Waar die professionele grens precies ligt, kunnen ze niet aangeven.

Derden, zoals familie, kennissen en buren van cliënten, informeren regelmatig naar de gezondheid van cliënten. Uit de interviews blijkt dat respondenten in deze situatie verschillende afwegingen maken om informatie wel of niet te delen. Het komt veel voor dat buren van cliënten vragen hoe het met de buurvrouw gaat. Veel respondenten houden zich op de vlakte als er vragen worden gesteld over de cliënt. De respondent geeft aan dat hierin haar empathie naar boven komt: “Ik zeg niets, want mensen willen zelf ook niet dat je dingen van hun gaat vertellen aan anderen.”  
Eén respondent geeft het volgende aan als het gaat over het delen van informatie met ander cliënten:

*“Door mensenkennis besef ik meer aan wie ik iets wel of niet vertel.”*

Twee respondenten geven als aanvulling op bovenstaand citaat aan dat het per persoon (cliënt) en situatie verschilt wat ze vertellen en dat ze op het contact met de cliënt baseren wanneer het geen probleem is om informatie door te geven. Als er goede contacten zijn, zijn cliëntenbereid om binnen die vertrouwensband informatie te delen. Ook om de cliënt serieus te nemen en om soms een hart onder de riem te steken in situaties die zij eerder hebben meegemaakt met andere cliënten.

Het elkaar onderling kennen wordt door twee respondenten als lastig ervaren. Zij vinden het moeilijk om geen aanvullende informatie te delen met derden, als deze al veel informatie van de cliënt zelf hebben verkregen.

*“Wanneer iemand veel bij een cliënt op bezoek komt, vind ik het moeilijk om tegen het bezoek te zeggen dat ik niets over de cliënt mag vertellen. Ik denk dat ik na zou denken of het van belang is van de zorgvraag van de cliënt, dan zou ik het wel vertellen omdat het aanvullende informatie is.”*

**Beroepsgeheim schenden of niet?**

Alle respondenten geven aan dat het voor de gezondheid van cliënten van belang is dat er informatie wordt gedeeld met andere disciplines, maar niet met andere cliënten. Uit de interviews komt naar voren dat alle respondenten eerst toestemming vragen aan de cliënt om informatie door te geven aan andere betrokken hulpverleners. Zij benoemen dat de vertrouwensrelatie met de cliënt voor hun erg belangrijk is. Respondenten willen het vertrouwen van cliënten niet schaden. Het in stand houden van de autonomie van de cliënt wordt als erg belangrijk ervaren. Ook wordt er door respondenten gesteld dat cliënten het recht hebben dat de informatie die zij geven, binnenskamers blijft.

In een enkel geval krijgen respondenten geen toestemming van cliënten om informatie te delen, terwijl de respondenten dit noodzakelijk vinden in de situatie. In de interviews wordt gevraagd welke afwegingen respondenten maken in deze situaties. Er komt in tien interviews naar voren dat respondenten proberen om de cliënt te overtuigen om toestemming krijgen. Respondenten proberen doormiddel van doorvragen, erachter te komen welke motieven cliënten hebben om de informatie niet te delen. Wanneer cliënten bij hun standpunt blijven dat de informatie niet gedeeld mag worden, en de gezondheidssituatie het toelaat, kunnen drie respondenten zich hierbij neerleggen.

*“Ik heb een adviserende rol, geen beslissende rol. Ik heb respect als een cliënt zijn/haar grens aangeeft. Dan vertel ik het niet verder. Het is niet aan mij om te beslissen dat het een zorgprobleem wordt en wij er actie op gaan ondernemen.”*

Alle respondenten delen de bovenstaande gedachte. Echter geven zij allemaal aan noodzakelijke informatie te delen als de gezondheidssituatie van de cliënt in het geding komt, met of zonder toestemming van de cliënt.

**Dilemma’s**

Respondenten denken verschillend over de inhoud van het beroepsgeheim. Tien respondenten vinden dat je toestemming moet hebben van de cliënt als je naar de huisarts stapt. De overige twee respondenten vinden dat ook, maar benoemen uitzonderingen.

*“ Als het achterhouden van belangrijke informatie consequenties of schadelijke gevolgen heeft, en ik het belangrijk vind voor de behandeling vertel ik aan het collega’s of medebehandelaars. Met of zonder toestemming van de cliënt”*

Respondenten wegen de bekwaamheid en bewustheid van de cliënt af. In gevallen waarbij de cliënt zelf in staat wordt geacht contact op te nemen met de huisarts, laten zij het initiatief bij de cliënt. Wanneer de respondent beoordeelt dat de cliënt hier zelf niet toe in staat is, nemen respondenten sneller initiatief om contact op te nemen met bijvoorbeeld de huisarts. Wanneer respondenten de stap nemen om daadwerkelijk een andere discipline in te schakelen, ontstaat een dilemma op welke moment in het zorgverleningsproces zij dit doen.

*“Soms ben je verplicht om in een situatie iets te ondernemen, omdat het niet meer veilig is voor de cliënt of naasten. Je moet een afweging maken: waar doe je goed aan en waar help je mensen mee? Soms kan het niet anders. Aan de ene kant ben je verplicht om met de cliënt mee te gaan, aan de andere kant stond in onze zorgovereenkomst dat de zorg effectief, kwalitatief, van goed niveau en efficiënt moest zijn.”*

## 4.6 Bewustwording achteraf

## 

**Je hebt er geen erg in**

Een respondent geeft aan dat ze zich bewust is geworden dat haar kinderen inzicht hadden in vertrouwelijke informatie van een cliënt.

*“Ik was een zorgdossier aan het bijwerken. Ik had er geen erg in dat de wond van mw. V. op het beeldscherm stond afgebeeld, maar toen mijn kinderen voorbij liepen en vroegen wat voor plaatje dat was, werd ik me pas bewust van de situatie. Gelukkig weten mijn kinderen toch weinig af van wonden en weten ze niet hoe die cliënt heet…”*

**Je mond voorbij praten**

Door de vertrouwensband die tussen zorgverlener en zorgvrager is ontstaan, leren cliënten de verpleegkundigen en verzorgenden kennen en weten ze op verschillende manieren informatie te “ontfutselen”. De respondenten geven aan dat ze zich in deze situaties niet altijd bewust zijn van het beroepsgeheim en soms in de valkuil stappen om onbewust privacygevoelige gegevens te delen.

## 4.7 Benodigdheden teams

Vanuit de interviews geven alle respondenten aan dat extra informatie nuttig zou zijn voor de zelfsturende teams om meer bewust met het beroepsgeheim bezig te zijn.

Acht respondenten geven aan behoefte te hebben aan een casuïstiekbespreking die eens in de zoveel tijd (±half jaar) in het team met elkaar besproken wordt. In deze casuïstiek bespreking zouden zij graag willen zien dat collega’s elkaar bevragen op de denk- en handelswijze omtrent het beroepsgeheim. Het doel is om hiermee één professionele lijn te zoeken.

Zes respondenten geven aan graag één teamoverleg in het jaar te besteden aan de praktische informatie met betrekking tot het beroepsgeheim. Hieronder verstaan zij het gezamenlijk doorlopen van de beroepscode en het privacyreglement.

Drie respondenten geven aan graag een discussie te zien op Buurtzorgweb waarin zij kunnen reageren op een casus en zo hun handelen te toetsen aan collega’s van andere teams en wettelijke kaders.

Zeven respondenten geven aan dat de kennis over het beroepsgeheim opnieuw opgefrist moet worden. De kennis en de inhoud van het beroepsgeheim is in de loop van de jaren langzaam weggezakt. Producten die als voorbeeld genoemd worden, zijn een zakkaartje of een poster in de gezamenlijke ruimte.

Als laatste geven twee respondenten aan meer structuur te willen op het Buurtzorgweb, zodat ze belangrijke documenten makkelijker kunnen raadplegen.

# 5. Conclusie

## 5.1 Inleiding

In de conclusie wordt, aan de hand van de deelvragen, antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: “*In welke mate zijn verpleegkundigen en verzorgenden binnen Buurtzorg, regio Midden-Nederland, zich in hun dagelijks handelen bewust van het beroepsgeheim?”*

Voor Buurtzorg is onvoldoende helder in welke situaties verpleegkundigen en verzorgenden te maken hebben met het beroepsgeheim en wat hun overwegingen zijn. Met het onderzoek wordt het mogelijk om aanbevelingen te doen ter verbetering van de privacy van cliënten.

## 5.2 Conclusie deelvragen

**Inhoud beroepsgeheim**

Volgens het beroepsgeheim mag vertrouwelijke informatie over cliënten niet gedeeld worden met derden die geen medebehandelaar zijn, tenzij de cliënt hier toestemming voor geeft. Daarnaast zijn er uitzonderlijke situaties, beschreven in hoofdstuk 3.5, waarin zonder toestemming van de cliënt informatie gedeeld moet worden door de zorgverlener.

**Omstandigheden of situaties waarin het beroepsgeheim in het geding is**

Alle respondenten geven aan dat een vertrouwensband van groot belang is voor de kwaliteit van zorg. Door de vertrouwensband tussen zorgverlener en zorgvrager ontstaat er vrijheid bij cliënten ominformatie met zorgverleners te durven delen. Veel cliënten zitten langdurig in zorg, waardoor Buurtzorgmedewerkers steeds meer betrokken raken bij de zorgvragers. Sommige respondenten omschrijven de relatie met cliënten waar zij al lange tijd zorg verlenen als “vriendschappelijk” en geven aan dat het “gewoon” voelt om informatie te delen.

Met het vergroten van de vertrouwensband of het ontstaan van een vriendschappelijke band, vervaagt de grens van het beroepsgeheim voor respondenten. In die omstandigheden vervagen niet alleen grenzen, maar wordt afgewogen of privacygevoelige informatie in veilige handen is bij derden. In dergelijke gevallen wordt die informatie dan daadwerkelijk gedeeld.

Het continue moeten schakelen tussen werk en privé en het niet goed weten waar de grens ligt, dragen ertoe bij dat informatie steeds gemakkelijker uitlekt naar derden.

In het delen van informatie met andere disciplines speelt de autonomie van cliënten een belangrijke rol in de overwegingen en afwegingen die respondenten maken.

Als het “niet delen” van informatie, door het ontbreken van toestemming van de cliënt, leidt tot een onveilige gezondheidssituatie, schakelen alle respondenten andere disciplines in.

Tot slot benoemen bijna alle respondenten dat het voor hun gevoel gerechtvaardigd is om in de thuissituatie werk gerelateerde ervaringen te delen. Hierbij geven de respondenten aan dat ze zich wel bewust moeten blijven van het anonimiseren van de informatie.

Ondanks het feit dat alle respondenten aangeven in het delen van informatie in de privésituatie, soms per ongeluk vertrouwelijke informatie te noemen, heerst nog steeds de overtuiging dat het delen van informatie in de privésituatie acceptabel is.

## 5.3 Beantwoording onderzoeksvraag

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn zich ieder op hun eigen manier bewust van hun beroepsgeheim, maar geven aan in veel situaties geen duidelijke grens te kunnen benoemen. Zij vragen zich af of ze op een juiste manier binnen de kaders van het beroepsgeheim handelen.

Zij hebben het gevoel te moeten schipperen tussen de grens van werk en privé. Met het oog op hun geheimhoudingplicht ervaren respondenten dat de grens vervaagd tijdens de bereikbaarheidsdienst en in de vertrouwensband met cliënten.

Deze vervagende grens leidt ertoe dat het bewust handelen volgens het beroepsgeheim naar de achtergrond verdwijnt en respondenten gaan handelen vanuit hun gevoel en intuïtie.

# 6. Discussie

## 6.1 Inleiding

Tijdens het onderzoekproces hebben verschillende factoren de uitkomsten mogelijk vertekend. In dit hoofdstuk wordt de gevolgde methode bediscussieerd. Vervolgens worden de uitkomsten inhoudelijk tegen het licht gehouden en daar waar ze afwijken van de literatuur of anderszins verwondering opriepen, bediscussieerd.

## 6.2 Doel onderzoek

De doelstelling van dit onderzoek is om de bewustwording van de verschillende Buurtzorgteams in de omgang met het beroepsgeheim in kaart te brengen. Dit onderzoeksrapport biedt Buurtzorg inzicht in de mate van bewustzijn van verpleegkundigen en verzorgenden.

Door de uitkomsten van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek zijn gerichte aanbevelingen gedaan die zullen leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg voor de cliënten. De aanbevelingen zijn praktisch uitvoerbaar en kunnen op korte termijn uitgevoerd worden.

## 6.3 Methode

Door de aselectieve wijze van respondenten werving hebben de onderzoekers geen invloed gehad op de uitkomsten van het onderzoek.

Na twee interviews te hebben afgenomen, is er geëvalueerd. De volgende evaluatiepunten zijn hieruit ontstaan: de topiclijst, de vraagstelling en de opbouw van het interview. Na elke reeks interviews heeft er opnieuw een evaluatie plaatsgevonden aan de hand van de bovenstaande evaluatiepunten. In de beginfase van interviewen is door één onderzoeker teveel vastgehouden aan de vooraf opgestelde topiclijst, wat ervoor heeft kunnen zorgen dat de respondenten minder vrijheid hebben ervaren voor eigen inbreng.

*Interne validiteit*

Tijdens een tussentijdse feedbackronde is in een vroeg stadium naar voren gekomen dat er in een aantal gevallen sprake was van een “suggestieve vraagstelling”. Dit kan van invloed zijn geweest op de interne validiteit. Door de gegeven feedback is de houding van de interviewers meer neutraal geworden.

Naast de suggestieve vraagstelling was er tijdens twee interviews sprake van een vrij abrupte onderbreking van het interview. Twee respondenten hadden bereikbaarheidsdienst en werden tijdens het interview gebeld. Tijdens een andere interviewronde kwam een collega tijdens het interview binnenlopen. In team Zederik was er geen aparte ruimte beschikbaar, waar de vertrouwelijkheid van de sfeer mogelijk onder geleden heeft.

Elk interview is afgenomen door een interviewer in bijzijn van een observant.

Eén van de interviewers is werkzaam binnen Buurtzorg Leerdam. De mogelijkheid bestaat dat de respondenten die binnen dit team werkzaam zijn meer terughoudend zijn geweest in het delen van bepaalde informatie.

## 6.4 Inhoud

Respondenten geven enerzijds aan kennis te hebben van het beroepsgeheim maar anderzijds niet zodanig te handelen. In de volgende situaties wordt betwijfeld of respondenten op de juiste wijze handelen en kwaliteitszorg leveren.

Respondenten willen de vertrouwensband met cliënten niet schaden. Ze benoemen niet duidelijk hun professionele grens, waardoor er steeds meer een vriendschappelijke omgang met cliënten ontstaat. De grenzen van het beroepsgeheim zijn hierdoor moeilijk te bewaken. De professionaliteit verdwijnt wanneer de vertrouwensband met cliënten toeneemt. Er wordt dan teveel gevoelige informatie gedeeld wat volgens de wet niet is toegestaan. Respondenten delen steeds meer informatie op hun gevoel en intuïtie in plaats van te handelen volgens het beroepsgeheim. Uit het onderzoek blijkt dat respondenten tijdens de bereikbaarheidsdienst in hun privésituatie niet handelen volgens het beroepsgeheim. Werk en privé zijn zodanig met elkaar verweven dat cliëntzorg uitgevoerd wordt in hun privéleven.  
Hoe de bereikbaarheidsdienst momenteel georganiseerd is, leidt tot situaties waarin de plicht tot geheimhouding niet nageleefd wordt. De kwaliteitszorg is in het geding doordat de vertrouwelijkheid bij het delen van cliëntgegevens in de huidige situatie niet te waarborgen is.

# 7. Aanbevelingen

## 7.1 Inleiding

Hieronder worden de aanbevelingen geschreven die zijn opgesteld naar aanleiding van de resultaten vanuit de praktijk en literatuurstudie.

## 

## 7.2 Aanbevelingen voor het team

De respondenten die meewerkten aan dit onderzoek, hebben tijdens de interviews de volgende aanbevelingen gedaan voor hun team:

* Casuïstiekbespreking organiseren (± één keer in het half jaar, met het hele team);
* Minimaal één keer per jaar een teamoverleg organiseren, waarin de beroepscode en privacyreglement besproken worden en collega’s elkaar bevragen op denken en handelen in de praktijk;
* Nieuwe medewerkers tijdens de sollicitatieprocedure bevragen of zij kunnen omgaan met de vertrouwensband die ontstaat binnen Buurtzorg en hoe zij hierin de geheimhoudingsplicht handhaven.
* Discussie starten op het Buurtzorgweb aan de hand van een casus;
* De door de onderzoekers ontwikkelde poster ophangen in de gezamenlijke ruimte.

## 

## 7.3 Aanbevelingen voor de organisatie

* Het Buurtzorgweb toegankelijker maken door structuur aan te brengen in belangrijke documenten;
* Buurtzorg breed een inwerkbeleid ontwikkelen waarin werknemers op de hoogte worden gesteld van het privacyreglement dat geldt binnen Buurtzorg;
* Werknemers structureel (om de vijf jaar) toetsen op hun kennis van de wettelijke kaders, de beroepscode en andere zaken omtrent het beroepsgeheim aan de hand van een opgestelde module “Beroepsgeheim in de praktijk”;
* Opstellen reglement betreffende “omgang met de tablet ten behoeve van bescherming cliëntgegevens”;
* Structurele toetsing van de kwaliteit van zorg binnen de zelfsturende teams van Buurtzorg door externe partij (eens per vijf jaar).

# 8. Literatuurlijst

**Boeken**

Baarda, D.B. (2009). *Dit is onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Bakker, A.R., Dantzig, A. van, Willigenburg, T. van, e.a. (1990). *Privacy in de gezondheidszorg.* Amstelveen: Stichting Sympoz.

Caldicott, D. F. & Manning, K. (2013). *A guide to confidentiality in health and social care: treating confidential information with respect.* Health and Social Care Information Centre.

Hart ‘t, H., Boeije, H. & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden.* Utrecht: Boomonderwijs.

Heesters, W. D. (2007). *Boeven in het ziekenhuis, een juridische beschouwing over de verhouding tussen het medisch beroepsgeheim en de opsporing van strafbare feiten*. Den Haag: SDU Uitgevers.

Jansen, H. & Knapen, M. (2012). *Over de grenzen van het medisch beroepsgeheim,* *dilemma’s rond privacy en vertrouwen in de zorg.* Eindhoven: Pepijn.

Janssen, L. & Witte, J. de (2013). *V&VN Meldcode,* *Kindermishandeling en huiselijk geweld.* Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.

KNMG Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, februari 2012.

Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. & Miller, T. (Eds.) (2002). *Ethics in qualitative research.*

London: Sage.

Rumbold, G. (1993). *Ethics in nursing practice.* London: Bailliere Tindall.

Veen, E. -B. van, Jong, E.J.C. de & Kastelein, W.R. (2004). *Het beroepsgeheim, continuïteit en verandering.* ’s-Gravenhage: Sdu uitgevers.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (4e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Witte, J. de (V&VN), Berkers, N. (NU’91) & Visser, G. (V&VN) (2007). *De Nationale beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden.* Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.

**Artikelen**

Allsop, R. & Padridge, N. (2013). [*Rules-for-sharing-information*](http://www.hscic.gov.uk/article/3399/Rules-for-sharing-information). HSCIC.

Boon, P. (2014). *Huisartsen eisen verbod nieuw EPD.* De Telegraaf, gezondheid.

Buijse, R., (2009). *De tuchtrechter en het beroepsgeheim*. TVZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen. Jaargang nr. 11/12.

Buijsen, M., Floris, O., Hulst, E., & Noord, Th. van (2012). *Medisch beroepsgeheim in dubio. De verhouding van het medisch beroepsgeheim tot zwaarwegende maatschappelijke belangen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Sectie Recht & gezondheidszorg.

Caldicott, D.F. & Manning, K., (2013). *A guide to confidentiality in health and social care.* Published by the Health and Social Care Information Centre. P. 9-29.

Dohmen, J. & Wester, J. (2014). *Iedereen kon grasduinen op de V- schijf.* NRC Handelsblad.

Lindeman, L. & Reulink, N. (2005). *Kwalitatief onderzoek.* Dictaat kwalitatief onderzoek, p. 5.

**Internet**

Bakker, J. (2009). *Regionaal EPD schendt privacywet.* Geraadpleegd op 1 april 2014 van <http://webwereld.nl/beveiliging/41088-regionaal-epd-schendt-privacywet>

Biobanken (2014). *Ethische aspecten*. Geraadpleegd op13 mei 2014 van <http://www.biobanken.org/nl/biobanken/ethische-aspecten>

Buurtzorg Nederland (2014). Organisatie. Geraadpleegd op 8 mei 2014 van <http://www.buurtzorgnederland.com/organisatie/>

Buurtzorg Nederland, *Privacyreglement.* Geraadpleegd op 15 januari 2014 van <https://www.buurtzorgweb.nl/>

Hulpgids (2014). *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).* Geraadpleegd op 13 maart 2014 van <http://www.hulpgids.nl/recht/wettelijke-regelingen/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-(wgbo).html>

Koerkamp, S.K. (2014). *Gegevens van tientallen miljoenen Britse patiënten komen terecht bij Google.* Geraadpleegd op 1 april 2014 van <http://numrush.nl/2014/03/04/gegevens-van-tientallen-miljoenen-britse-patienten-komen-terecht-bij-google/>

Oelen, M. (2012). *Grenzen van beroepsgeheim niet altijd duidelijk*. Geraadpleegd op 8 april 2014 van <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2012/12/aGrenzen-van-beroepsgeheim-niet-altijd-duidelijka-NURS008346W/>

Oelen, M. (2013). *VUmc start interne site over beroepsgeheim.* Geraadpleegd op 1 april 2014 van <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2013/4/VUmc-start-interne-site-over-beroepsgeheim-1243388W/>

V&VN (2012). *Beroepsgeheim wordt dagelijks geschonden.* Geraadpleegd op 05 februari 2014 van <http://www.venvn.nl/Dossiers/Beroepscode/Detail/tabid/5223/ArticleID/7785/mod/14086/Beroepsgeheim-wordt-dagelijks-geschonden.aspx>

V&VN (2007). *Nationale Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (VN&V)*. Geraadpleegd op 23 december 2013 van <http://www.venvn.nl/Dossiers/Beroepscode.aspx>

V&VN (2013). *Tuchtrecht? Hoezo? Waarom?* Geraadpleegd op 26 mei 2014 van <http://www.venvn.nl/Dossiers/Beroepscode/Detail/tabid/5223/ArticleID/6888/mod/14086/Tuchtrecht-Hoezo-Waarom.aspx>

# Bijlagen

## Bijlage 1: Topiclijst

**Topics:**

* Wat is volgens jou het beroepsgeheim?;
* Praktijksituaties met betrekking tot het beroepsgeheim;
* Wat zijn je gedachten/overwegingen/ afwegingen in die praktijksituaties?;
* Ben je je bewust van het beroepsgeheim?;
* Hoe ga je om met de vertrouwensband?;
* Wat is vertrouwelijke informatie volgens jou?;
* Privacyreglement Buurtzorg;
* Bespreekbaarheid beroepsgeheim in team;
* Benodigdheden teams met betrekking tot het beroepsgeheim 🡪 wensen verpleegkundigen

## Bijlage 2: Privacyreglement



