



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Kennismodule gegevensdeling in de infectieziektebestrijding

Informatie voor:

GGD'en – laboratoria – ziekenhuizen - verpleeghuizen

Versie 1.0 – 26 juni 2025

Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

RIVM Centrum Infectieziektebestrijding

Contactpersoon: Samira Koullali en Sander Roobol
Afdeling: Clb Strategisch Beleidsteam Infectieziektebestrijding
E-mail: via ici-richtlijnen@rivm.nl

Deze informatie voor de Kennisbank is tot stand gekomen in opdracht van het Ministerie van VWS.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 3

Documentbeheer 5

1 Introductie 6

- 1.1 Aanleiding 6
- 1.2 Scope van deze module 6
- 1.3 Context: nieuwe tranches Wet publieke gezondheid 6
- 1.4 Indeling 7
- 1.5 Terminologie 8
- 1.6 Verantwoording 9
- 1.7 Aard van de handreiking 9

2 Casuïstiek 10

- 1. Whole genome sequencing, BCO en informatievoorziening bij MRSA-bacterie 10
 - Toelichting casus 1 12
- 2. Whole genome sequencing bij een virus (vervolg op casus 1) 15
 - Toelichting casus 2 15
- 3. Impact beleidswijziging in kaart brengen door epidemioloog bij GGD 16
 - Toelichting casus 3 17
- 4. Grenzen van artikel 26 Wpg-meldingen 18
 - Toelichting casus 4 18
- 5. Bron- en contactonderzoek 19
- 6. Informatiepositie Deskundige Infectiepreventie bij GGD 20
 - Toelichting casus 6 20
- 7. Rol van OMT ziekenhuis in bredere bestrijding door GGD 20
 - Toelichting casus 7 21
- 8. Contact over uitbraak tussen GGD en verpleeghuis met meerdere onafhankelijke zorgaanbieders 22
 - Toelichting casus 8 22
- 9. Meldplicht laboratoria 23
- 10. Aanvullen meldingsgegevens door GGD met contactgegevens uit eerder aangemaakt dossier 23
 - Toelichting casus 10 24
- 11. Detailinformatie ziekteverwekker 24
 - Toelichting casus 11 25

3 Taken en verplichtingen GGD'en, laboratoria, verpleeghuizen en ziekenhuizen op gebied van infectieziektebestrijding 27

- 3.1 GGD'en 27
- 3.2 Laboratoria 28
- 3.3 Ziekenhuizen en verpleeghuizen 28

4 Doelgroep: GGD'en 30

- 4.1 Toepasselijkheid WGBO en Wpg 30
- 4.2 Reikwijdte meldplicht 31

4.3	<i>Uitwisseling tussen GGD'en en laboratoria</i>	32
4.4	<i>Uitwisseling tussen enerzijds GGD'en, anderzijds ziekenhuizen of verpleeghuizen</i>	33
5	Doelgroep: laboratoria	35
5.1	<i>Laboratoria – GGD'en</i>	35
5.2	<i>Laboratoria – verpleeghuizen en ziekenhuizen</i>	36

Documentbeheer

Na publicatie van versie 1.0 wordt deze kennismodule periodiek geüpdatet en aangevuld. Hieronder staat een overzicht van de aangebrachte wijzigingen.

Datum	Versie	Wijziging

Heeft u suggesties voor deze kennismodule? Of wilt u een vraag of casus delen die in de kennismodule kan worden opgenomen? Neem dan contact op met het Clb via ICI-richtlijnen@rivm.nl.

1 Introductie

1.1 Aanleiding

De COVID-19 pandemie heeft laten zien dat er in de praktijk veel onduidelijkheden en/of juridische knelpunten bestaan rondom gegevensdeling in het kader van infectieziektebestrijding. Het is van belang om daarover meer helderheid te verschaffen, juist nu de pandemische situatie achter de rug is en het reguliere juridische kader van toepassing is. Door meer inzicht in wat wel en niet mogelijk is, kan de infectieziektebestrijding effectiever plaatsvinden terwijl de privacy van burgers goed wordt gewaarborgd. Het ministerie van VWS heeft het RIVM, afdeling LCI, verzocht om dit punt te adresseren. Er is gekozen om dit gefaseerd aan te pakken.

In juni 2024 is de eerste fase afgerond. In de eerste fase is een handreiking uit 2011 geactualiseerd. De [geactualiseerde handreiking](#) richt zich, net als de oorspronkelijke handreiking uit 2011, op de vraag met wie GGD-zorgverleners gegevens mogen delen met het oog op infectieziektebestrijding. Deze kennismodule is het resultaat van de tweede fase. Het omvat een inhoudelijke uitbreiding op de geactualiseerde handreiking. Centraal staat gegevensuitwisseling tussen GGD'en, laboratoria, ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Deze kennismodule is bedoeld om uiteindelijk te worden opgenomen in een kennisbank van RIVM-LCI voor verschillende doelgroepen. De module is dan ook opgesteld vanuit het perspectief van de vier organisaties die onderwerp zijn van deze module. In de toekomst kunnen extra kennismodules worden ontwikkeld die ingaan op gegevensuitwisselingen van/met andere organisaties die een rol (gaan) spelen in de infectieziektebestrijding.

1.2 Scope van deze module

De Wet publieke gezondheid (hierna: "Wpg") legt taken vast op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Deze module gaat verder in op taken/verplichtingen die voortvloeien uit de Wpg op het gebied van infectieziektebestrijding door **GGD'en, laboratoria, ziekenhuizen en verpleeghuizen** en de gegevensuitwisselingen die in dat kader tussen die partijen plaatsvinden. Daarbij worden uitwisselingen in het kader van de meldingsplicht (zie Hoofdstuk V, paragraaf 2. Melding, van de Wpg) besproken.

Gezamenlijk met stakeholders is in kaart gebracht welke vragen en knelpunten er bestaan met betrekking tot onderhavige gegevensuitwisselingen tussen die partijen. In deze kennismodule worden die vragen stapsgewijs beantwoord.

1.3 Context: nieuwe tranches Wet publieke gezondheid

Voor de context is het goed om te weten dat de Wpg in de komende tijd in tranches wordt aangepast, voor een versterkte pandemische paraatheid.

Per 1 juli 2023 is de Eerste tranche wijziging van de Wpg van kracht geworden. Daarmee is een wettelijk kader gecreëerd voor collectieve maatregelen voor de bestrijding van een epidemie(ën), of een directe dreiging daarvan, van infectieziekten, behorend tot groep A1. Dit wettelijke kader kan worden "geactiveerd" op het moment dat er sprake is van een infectieziekte met pandemisch potentieel én als het belang van de volksgezondheid dat vereist.

Tevens is het wetsvoorstel Tweede tranche wijziging Wpg in behandeling bij de Tweede Kamer. Daarin wordt een directe sturingsbevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de directeur publieke gezondheid (dPG) van de GGD in geval van een epidemie van een A-infectieziekte wettelijk geborgd. Ook wordt voorzien in een grondslag om regels te kunnen stellen over de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders de GGD taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren.

Het wetsvoorstel Derde tranche wijziging Wpg bevindt zich in de voorbereidingsfase. Beoogd wordt dat de Derde tranche grondslagen voor het beschikbaar stellen van noodzakelijke gegevens bij infectieziektebestrijding en pandemiebestrijding zal verduidelijken en zal voorzien in nieuwe grondslagen, waar deze momenteel ontbreken. Er is nog geen (gepubliceerd) wetsvoorstel.¹ De ontwikkelingen rondom de Derde tranche dienen uiteraard goed te worden gemonitord om deze kennismodule up to date te houden.

1.4 Indeling

Deze kennismodule start met de behandeling van door de doelgroepen in interviews naar voren gebrachte casuïstiek (Hoofdstuk 2), omdat hierin snel praktisch toepasbare informatie kan worden opgezocht. Bij elke casus is aangegeven voor welke doelgroepen deze relevantie heeft. Bij verdere belangstelling voor de theorie kan men vervolgens doorbladeren naar de volgende hoofdstukken (3 t/m 5).

In Hoofdstuk 3 worden de taken en verplichtingen van GGD'en, laboratoria, ziekenhuizen en verpleeghuizen op het gebied van infectieziektebestrijding besproken. In de hoofdstukken 4 en 5 wordt het wettelijk kader van de Wpg toegelicht voor GGD'en (Hoofdstuk 4) en laboratoria (Hoofdstuk 5). Voor ziekenhuizen en verpleeghuizen is geen doelgroepgericht theoretisch hoofdstuk opgenomen. Het voor hen relevante artikel uit de Wpg (artikel 26) komt al aan de orde in Hoofdstuk 3. Ook komt dit uitgebreid aan bod in de casuïstiek.

Er zit wat herhaling in de tekst, omdat het de bedoeling is dat elke casus zelfstandig leesbaar is. Dit geldt ook voor de teksten voor elke doelgroep. Mede hierdoor is de informatie geschikt om later in een digitale kennisbank te worden opgenomen.

¹ Zie voor meer informatie de Kamerbrief planning wijziging Wet publieke gezondheid van 30 maart 2023: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/infectieziekten/documenten/kamerstukken/2023/03/30/kamerbrief-over-planningsbrief-wijziging-wet-publieke-gezondheid>.

1.5 Terminologie

De terminologie sluit aan bij de terminologie van [par. 1.4 van de geactualiseerde handreiking](#). Voor de leesbaarheid wordt de terminologie hier herhaald:

- **Hulpverlener:** de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: “WGBO”) spreekt van een “hulpverlener” als het gaat om *een natuurlijke persoon of rechtspersoon die in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf handelingen verricht op het gebied van de geneeskunst*.² De doelgroep van deze handreiking zijn specifiek artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding bij GGD'en. Zij verrichten in de praktijk echter niet alleen maar geneeskundige handelingen. Deze handreiking gaat daarom ook telkens in op de situatie dat alleen de Wpg - en dus niet ook de WGBO - van toepassing is voor hun werkzaamheden. In die gevallen spreekt deze handreiking niet van hulpverlener of GGD-hulpverlener, maar meer in het algemeen van “de GGD” of “de GGD-medewerker”.
- **Patiënt / betrokken persoon / betrokkene:** verschillende wetten hanteren verschillende terminologie. De WGBO spreekt van “patiënt”; de Wpg van “persoon” of “betrokken persoon”. In de Algemene verordening gegevensbescherming (hierna: “AVG”) wordt de persoon van wie persoonsgegevens worden verwerkt aangeduid met de definitie “betrokkene”. In deze handreiking worden, afhankelijk van de juridische context, deze drie begrippen gebruikt.
- **Verpleeghuizen en ziekenhuizen:** hiervoor wordt, gelet op het in deze kennismodule behandelde thema infectieziektebestrijding, aangesloten bij de [door RIVM-LCI gehanteerde terminologie](#) voor instellingen als bedoeld in artikel 26 van de Wpg.³ Voor de leesbaarheid wordt die tekst hier herhaald:

‘Verpleeghuizen zijn voorzieningen ten behoeve van ouderen, zieken, verstandelijke en lichamelijk gehandicapten waar multidisciplinaire zorg geleverd wordt. Er zijn verschillende categorieën verpleeghuisbewoners; veel van deze bewoners hebben door specifieke lichamelijke aandoeningen, leeftijd en/of door gedrag, een verhoogde kans op het oplopen van een infectie.

In ziekenhuizen verblijven veel voor infectieziekten kwetsbare patiënten. Binnen een ziekenhuis bestaat op het gebied van vroege signalering, epidemiologie en hygiëne voldoende deskundigheid om problemen te signaleren en maatregelen te nemen. Bij een ongewone toename van besmettelijke ziekten zullen in een aantal gevallen ook buiten het ziekenhuis

² In de Wkkgz wordt het begrip “zorgverlener” gehanteerd, met als definitie *een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent*.

³ Par. 2.1.1 en par. 2.2.2.

bestrijdingsactiviteiten ondernomen moeten worden en is het nodig om de GGD te informeren.

Onder ziekenhuizen verstaan we naast de algemene/categoriale of academische ziekenhuizen ook de psychiatrische ziekenhuizen en de revalidatiecentra.'

- **WGBO:** de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) is de veelgebruikte benaming voor een specifieke afdeling (titel 7, afdeling 5) van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: "BW"). In de hoofdtekst van deze handreiking wordt voor de leesbaarheid gerefereerd naar de WGBO. In de voetnoten met verwijzingen naar specifieke artikelen wordt wel verwezen naar Boek 7 van het BW (bijvoorbeeld artikel 7:454 van het BW).

1.6 Verantwoording

Deze handreiking is tot stand gekomen door onderzoek te doen naar gegevensuitwisselingen tussen GGD'en, verpleeghuizen, ziekenhuizen en laboratoria. Hierbij is het juridisch kader in kaart gebracht. Ook is in verband met het opstellen van deze kennismodule gesproken met:

Vanuit de GGD'en: een verpleegkundige gespecialiseerd in infectieziektebestrijding, artsen Maatschappij & Gezondheid, een epidemioloog (tevens Regionaal Epidemiologisch Consulent), een deskundige infectiepreventie. Tevens hebben vijf privacy officers/Functionarissen voor de gegevensbescherming, elk werkzaam voor één van de vijf verschillende regio's, hun feedback gegeven op een conceptversie van deze kennismodule.

Vanuit ziekenhuizen en laboratoria is gesproken met een arts-microbioloog en een deskundige infectiepreventie. Vanuit verpleeghuizen is gesproken met een manager Begeleiding en Behandeling (o.a. verantwoordelijk voor het doen van meldingen bij GGD'en).

Ook is meegelezen door twee artsen Maatschappij & Gezondheid die zitting hebben in het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI).

Vanuit het RIVM hebben meegedacht en -gelezen: adviseurs bij de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (RIVM-LCI) en privacy- en gezondheidsrechtjuristen van het RIVM.

Tot slot is meegelezen door juristen bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

1.7 Aard van de handreiking

Deze handreiking biedt ondersteuning bij het maken van keuzes rondom verwerking van persoonsgegevens in het kader van infectieziektebestrijding. De handreiking bevat geen wettelijk bindende voorschriften. Het is uiteindelijk aan de professionals zelf om de handreiking te volgen, dan wel om daar vanuit hun professionele autonomie van af te wijken.

In dit hoofdstuk is casuïstiek opgenomen die in interviews met de verschillende doelgroepen naar voren zijn gebracht. Voor de leesbaarheid en praktische toepassing van deze kennismodule, wordt eerst de casus geschetst. Vervolgens wordt een kort antwoord gegeven, daarna volgt een nadere toelichting met verwijzingen naar de theorie, bijvoorbeeld uit deze kennismodule of de [geactualiseerde handreiking uit 2024](#). Om gemakkelijk bij de relevante informatie te komen is hieronder per doelgroep aangegeven welke casuïstiek in het bijzonder relevant is.

Relevantie per doelgroep

- **GGD'en:** alle casuïstiek
- **Laboratoria:** casus 1, 2, 3, 9, 11
- **Verpleeghuizen:** casus 1, 2, 4, 5, 8
- **Ziekenhuizen:** casus 1, 2, 4, 5, 6, 7

1. Whole genome sequencing, BCO en informatievoorziening bij MRSA-bacterie

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, laboratoria, ziekenhuizen en verpleeghuizen

Casus

De MRSA-bacterie (ook wel: 'ziekenhuisbacterie') is een bacterie waar je niet per se last van hoeft te hebben (dan ben je 'drager'), maar die ook een infectie kan veroorzaken. Dit kan riskant zijn, omdat de MRSA-bacterie ongevoelig (resistent) is voor behandeling met eerste keus antibiotica. Patiënten liggen daardoor soms langer in het ziekenhuis en kunnen er zelfs aan overlijden. Als je weet dat iemand besmet is, beschrijft de [landelijke richtlijn](#) de te treffen maatregelen, zoals het in isolatie verplegen van de patiënt. Mensen die onbeschermd contact hebben gehad met een patiënt die drager is van MRSA kunnen zelf besmet raken.

Als de bacterie wordt gesignaleerd, wil men de transmissieroutes en clusters in kaart brengen (bron- en contactonderzoek), conform landelijk beleid. Wanneer in dit onderzoek meer patiënten of medewerkers met MRSA worden gevonden, is het belangrijk om te controleren of dit dezelfde MRSA betreft. Dit gebeurt meestal op basis van een antibiogram en met de huidige standaard typeringsmethode (MLVA). Deze manier van differentiëren is niet erg onderscheidend. Met MLVA kunnen MRSA-bacteriën die worden gedetecteerd in verschillende zorginstellingen of afdelingen, maar wel onderdeel zijn van één cluster, pas na het vaststellen van een duidelijke epidemiologische link aan elkaar worden gekoppeld.

Tegenwoordig is het ook mogelijk MRSA-bacteriën te vergelijken met Whole genome sequencing (WGS). Daarbij wordt (versimpeld gesteld) een groot deel van het DNA (de kenmerken daarvan zijn opgenomen in een database) van MRSA-bacteriën vergeleken. Deze methode heeft een veel groter onderscheidend vermogen dan MLVA, waardoor met grotere zekerheid kan worden vastgesteld welke met MRSA besmette personen tot hetzelfde cluster behoren. Dit maakt het mogelijk om ook zonder (vooraf bekende) epidemiologische link naar een zorginstelling overstijgende MRSA-clusters in beeld te brengen. Dit kan dan immers puur op basis van genetische overeenkomst(en).

In de praktijk bestaat de wens om WGS-data tussen laboratoria en de aan hen verbonden zorginstellingen te delen en genetische clusters vervolgens gezamenlijk te bespreken. Vervolgens zouden zorginstellingen onderling overleg kunnen voeren over patiënten en mogelijke transmissieketens, wat vroegtijdige interventie en betere regionale infectiepreventie zou ondersteunen.

Vragen en antwoorden

1. Mag een laboratorium het DNA-profiel van de MRSA-bacteriën van verschillende patiënten vergelijken om clusters te identificeren?

Ja, een laboratorium mag het DNA-profiel van de bacteriën uit een database gebruiken om clusters te identificeren. Dit soort databases geeft namelijk alleen informatie over de bacterie en niet over de personen bij wie die bacterie is vastgesteld. In dit verband is ook van belang artikel 7:467, tweede lid, van het BW (WGBO), dat onderzoek aan anoniem lichaamsmateriaal regelt.

2. Welke informatie mag een laboratorium vervolgens delen met verschillende zorginstellingen?

Met de in een zorginstelling werkzame arts die het onderzoek heeft aangevraagd mogen de labuitslagen uiteraard volledig worden gedeeld. Met andere zorginstellingen die geen behandelrelatie hebben met de betrokken persoon mag het laboratorium alleen anonieme informatie delen. Dit is alleen anders indien de patiënt het laboratorium toestemming voor het delen van zijn persoonsgegevens heeft gegeven. Overleg tussen zorginstellingen over individuele patiënten is in principe (d.w.z. zonder toestemming van de patiënt) dus ook niet mogelijk. Anonieme informatie over clusters (bv. typeringen) die met behulp van de WGS-techniek zijn vastgesteld kunnen wel breder door het laboratorium worden gedeeld.

3. Wanneer geldt de meldplicht voor een arts, respectievelijk een laboratorium? Wat moeten zij melden bij de GGD?

De meldplicht van de arts aan de GGD geldt bij MRSA alleen bij een cluster (2 of meer personen) van MRSA-infecties (niet dragerschap), waarvan de bron zich bevindt buiten een zorginstelling (dus bijvoorbeeld niet in een ziekenhuis). Deze meldplicht is 'nominatief' (met contactgegevens van de patiënt, dus niet anoniem). In het geval sprake

is van een cluster (2 of meer personen) van infecties (niet dragerschap) waarvan de bron zich bevindt binnen een zorginstelling, moet de arts een 'niet-nominatieve' melding (zonder contactgegevens van de patiënt) maken bij de GGD. Een laboratorium moet op basis van artikel 25, tweede lid, van de Wpg een melding maken bij de GGD als zij bij een onderzoek een MRSA-bacterie vaststelt, inclusief contactgegevens van de desbetreffende persoon. Verder kan het laboratorium ook detailinformatie over de typering of een cluster geven aan de GGD (bv. op basis van de resultaten van WGS), eventueel als gevolg van een nader onderzoek dat het laboratorium op verzoek van de GGD uitvoert.

4. Mogen een ziekenhuis en een verpleeghuis informatie met elkaar delen over een patiënt bij wie, na verwijzing door het verpleeghuis, in het ziekenhuis is vastgesteld dat die persoon geïnfecteerd is met MRSA?

Ja, deze partijen mogen voor dit doeleinde informatie met elkaar delen over een patiënt bij wie MRSA is vastgesteld. Het medisch beroepsgeheim kan namelijk worden doorbroken, omdat sprake is van medebehandelaarschap van het ziekenhuis.

Toelichting casus 1

Toelichting antwoord op vraag 1

Een laboratorium mag het DNA-profiel van de bacteriën van verschillende patiënten vergelijken om clusters te identificeren. DNA-sequencing is een toegestane methode om de hiervoor benodigde detailinformatie op te halen. Het verwerken van het DNA-profiel van een bacterie is op zichzelf gezien namelijk geen persoonsgegeven. Als een nieuw DNA-profiel in een database wordt opgenomen die breder raadpleegbaar is voor toekomstige DNA-sequencing, dan is dat ook geen probleem. Dit soort databases geeft namelijk alleen informatie over de bacterie en niet over de personen bij wie die bacterie is vastgesteld. Het laboratorium heeft dus geen toegang tot de persoonsgegevens van andere personen dan degene die zij op dat moment aan het testen zijn. In dit verband is ook artikel 7:467, tweede lid, van het BW (WGBO) van belang. Dit wetsartikel regelt het medisch wetenschappelijk onderzoek met anoniem lichaamsmateriaal:

Artikel 7:467 van het BW

- 1. Van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen kunnen worden gebruikt voor medisch statistisch of ander medisch wetenschappelijk onderzoek voor zover de patiënt van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is, geen bezwaar heeft gemaakt tegen zodanig onderzoek en het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt verricht.*
- 2. Onder onderzoek met van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen wordt verstaan onderzoek waarbij is gewaarborgd dat het bij het onderzoek te gebruiken lichaamsmateriaal en de daaruit te verkrijgen gegevens niet tot de persoon herleidbaar zijn.*

Als aan de in dit artikel genoemde voorwaarden is voldaan, mag het laboratorium DNA-sequencing toepassen en de informatie over het DNA

van de onderzochte bacterie delen in de database en vergelijken met de informatie die in de database is opgenomen (DNA-sequencing).

Toelichting antwoord op vraag 2

Met partijen die geen behandelrelatie hebben met de betrokken persoon mag het laboratorium alleen anonieme informatie delen (bv. over de typering van een bacterie in een cluster) die met behulp van de WGS-techniek zijn vastgesteld, kunnen wel breder door het laboratorium worden gedeeld. De resultaten van de diagnose die gekoppeld zijn aan een specifieke persoon mag het laboratorium alléén delen met de arts die een onderzoek heeft aangevraagd. Als de resultaten herleidbaar zijn tot de persoon is immers het beroepsgeheim vanuit de WGBO van toepassing. De artsen van de verschillende patiënten mogen om die reden ook geen tot de persoon herleidbare informatie met elkaar uitwisselen. Het laboratorium en de artsen mogen dit alleen als hiervoor toestemming is gegeven door de desbetreffende persoon. Of als anders een conflict van plichten (ook jegens derden) ontstaat, maar dat is eerder uitzondering dan regel en dus ook geen grond op basis waarvan structureel gegevens mogen worden uitgewisseld (zie over conflict van plichten ook [par. 5.3.5 van de geactualiseerde handreiking](#)).

Let op: door partijen onderling opgestelde samenwerkingsovereenkomsten e.d. zijn dus géén geldige grond om het beroepsgeheim te doorbreken.

Toelichting antwoord op vraag 3

Een MRSA-infectie is een infectieziekte behorend tot groep C (artikel 12 van het Besluit publieke gezondheid (hierna: “Bpg”)). Dit betekent dat zowel artsen (artikel 22, tweede lid, van de Wpg) als laboratoria (artikel 25, tweede lid, van de Wpg) deze infectie moeten melden bij de GGD. Dit vergt echter wel enige nuance.

In artikel 2, eerste lid, onder d, van de Regeling publieke gezondheid (hierna: “Rpg”) staat namelijk: *‘mrsa-infectie: alleen de vaststelling van een cluster van een mrsa-infectie veroorzaakt door een bron buiten een zorginstelling wordt gemeld’*. MRSA-dragerschap is dus niet meldingsplichtig. Daarmee beperkt dit artikel de meldplicht ten opzichte van wat generiek in de Wpg en het Bpg is opgenomen.

De toelichting op dit artikel in de Rpg beperkt de meldplicht nog verder:

‘Alleen van clusters die ontstaan buiten een dergelijke instelling [zorginstelling] dienen de patiënten nominatief [met naam] gemeld te worden. Er is sprake van een cluster als 2 of meer personen een mrsa-infectie hebben en er aanwijzingen zijn dat ze door dezelfde bron besmet zijn. Overigens dienen zorginstellingen die op grond van dit artikel buiten de meldingsplicht van mrsa-infecties vallen wel dergelijke infecties te melden indien sprake is van toepasselijkheid van artikel 26 van de wet [Wpg].’⁴

Samenvattend:

⁴ Toelichting op artikelen 2 tot en met 4 van de Regeling publieke gezondheid. Zie overigens ook de LCI-richtlijn Staphylococcus aureus-infecties inclusief MRSA-infecties en -dragschap. Hierin wordt ook beschreven wanneer MRSA als beroepsziekte moet worden gemeld (dit valt buiten de scope van deze kennismodule).

De meldplicht van de arts aan de GGD (artikel 22 en 24 Wpg) geldt bij MRSA alleen bij een cluster (2 of meer personen) van MRSA-infecties (niet dragerschap), waarvan de bron zich bevindt buiten een zorginstelling (dus bijvoorbeeld niet in een ziekenhuis). Deze meldplicht is 'nominatief' (met contactgegevens van de patiënt, dus niet anoniem). In het geval sprake is van een cluster (2 of meer personen) van infecties (niet dragerschap) waarvan de bron zich bevindt binnen een zorginstelling, moet het hoofd van de instelling een 'niet-nominatieve' melding (zonder contactgegevens van de patiënt) maken bij de GGD als bedoeld in artikel 26 Wpg.

Een laboratorium moet op basis van artikel 25, lid 2 Wpg een melding maken bij de GGD als zij bij een onderzoek een MRSA-bacterie vaststelt. Het laboratorium kan, anders dan de behandelend arts, immers geen onderscheid maken tussen een infectie en dragerschap en weet ook niet of de bron zich binnen of buiten een zorginstelling bevindt. Hierbij moet het laboratorium ook contactgegevens van de betrokken persoon aanleveren. Verder kan het laboratorium ook detailinformatie over de typering of een cluster geven aan de GGD (bv. op basis van de resultaten van WGS), eventueel als gevolg van een nader onderzoek dat het laboratorium op verzoek van de GGD uitvoert.

Overigens zijn verschillende GGD'en en ziekenhuizen aangesloten bij Meldpunt Uitbraken Infectieziekten en BRMO ('MUIZ'), waar uitbraken realtime in kaart worden gebracht. Zie <https://www.meldpuntuitbraken.nl/>. Deze website vermeldt:

'MUIZ helpt bij het transparant melden van uitbraken van alle infectieziekten, zoals gastro-enteritis, luchtweginfecties en Covid-19, scabiës, & BRMO (incl. MRSA) aan zorgorganisaties in de regio én aan de GGD. Het zorgt voor overzicht en laagdrempelig contact tussen ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, zorginstellingen voor revalidatie, GGZ en gehandicaptenzorg. Het direct melden bij de start van een uitbraak, geeft een realtime overzicht voor de regio. Zo kunt u tijdig preventieve maatregelen nemen om verspreiding van infectieziekten in uw organisatie te voorkomen. Dit bespaart kosten, leed en onrust.

Een uitbraakmelding kan o.a. inzicht geven in:

- waar de uitbraak is (organisatie, locatie en afdeling);
- hoeveel zieken er zijn (patiënten/cliënten en medewerkers)
- of er laboratoriumonderzoek is gedaan
- wat de verwekker (micro-organisme) is
- of er afdelingen gesloten zijn
- of contactonderzoek wordt gedaan
- of er onrust is
- verloop van de eigen uitbraak in de tijd zichtbaar (ook in exporteerbare data voor eigen organisatie)

In MUIZ worden géén individuele patiëntgegevens gedeeld. MUIZ is gratis voor zorgorganisaties.'

Toelichting antwoord op vraag 4

Artikel 7:457, tweede lid, van het BW biedt een basis om informatie te

delen tussen behandelaren van dezelfde patiënt in het kader van het leveren van goede zorg. De KNMG-handreiking "Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg"⁵ zegt hierover onder andere het volgende:

"Alle zorgverleners die samenwerken bij de zorgverlening aan een cliënt, vergewissen zich er zo veel mogelijk van dat zij beschikken over relevante informatie van hun collega's. Ook informeren zij actief en tijdig hun collega's over hun eigen gegevens en bevindingen, die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen met inachtneming van wet- en regelgeving daaromtrent."

2. Whole genome sequencing bij een virus (vervolg op casus 1)

Relevant voor doelgroepen: laboratoria, GGD'en, ziekenhuizen, verpleeghuizen

Casus

Bij het vermoeden van een bacteriële infectie wordt een kweek van lichaamsmateriaal gemaakt in een laboratorium, waar de bacterie kan worden uitgefilterd en afzonderlijk verder kan worden onderzocht met behulp van Whole Genome Sequencing (WGS). WGS-onderzoek bij een virale infectie werkt anders dan bij een bacteriële infectie (zoals beschreven in casus 1). Ook hier wordt lichaamsmateriaal op kweek gezet, maar het met WGS te onderzoeken virusmateriaal wordt geamplificeerd en kan niet volledig worden ontdaan van menselijk DNA (helaas, want dit menselijk DNA vormt 'ruis' voor het onderzoek).

Laboratoria willen de resultaten van WGS-onderzoek graag delen met verschillende partijen, onder meer zodat transmissieroutes, clusters en effectieve behandelmethoden goed in kaart kunnen worden gebracht, maar twijfelen of dit wel mag vanwege de aanwezigheid van de kleine stukjes menselijk DNA die in de resultaten voorkomen.

Vraag

Mogen de WGS-resultaten worden gedeeld met andere partijen?

Antwoord

Voor zover het niet mogelijk is om het stukje menselijk DNA ook daadwerkelijk te koppelen aan een bepaalde persoon en de persoon van wie het lichaamsmateriaal is afgenomen is geïnformeerd en geen bezwaar heeft gemaakt, mogen de resultaten worden gedeeld met andere partijen.

Toelichting casus 2

De eigenlijke vraag hier is of de minimale hoeveelheid DNA, waarvan de kenmerken voorkomen in de resultaten, aan te merken is als een 'persoonsgegeven' (artikel 4, onderdeel 1, van de AVG). Als er sprake is van een uitwisseling van persoonsgegevens, zijn de WGBO, de AVG en

⁵ <https://www.knmg.nl/download/handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg>

de Uitvoeringswet AVG (hierna: "UAVG", gezamenlijk "(U)AVG") van toepassing bij de gegevensuitwisseling. In dat geval kan de informatie niet worden gedeeld door het laboratorium. Is het echter zo dat het stukje menselijk DNA niet direct of indirect herleidbaar is tot een bepaalde persoon⁶, dan is artikel 7:467, tweede lid, van het BW (onderdeel van de WGBO) van belang. Dit wetsartikel regelt het medisch onderzoek aan anoniem lichaamsmateriaal:

Artikel 7:467 van het BW

3. *Van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen kunnen worden gebruikt voor medisch statistisch of ander medisch wetenschappelijk onderzoek voor zover de patiënt van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is, geen bezwaar heeft gemaakt tegen zodanig onderzoek en het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt verricht.*
4. *Onder onderzoek met van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen wordt verstaan onderzoek waarbij is gewaarborgd dat het bij het onderzoek te gebruiken lichaamsmateriaal en de daaruit te verkrijgen gegevens niet tot de persoon herleidbaar zijn.*

Als aan de in dit artikel genoemde voorwaarden is voldaan, mag het laboratorium de resultaten delen. Wel wordt geadviseerd de ruis zo goed mogelijk te onderdrukken, zodat de kans op herleidbaarheid (en daarmee het risico dat toch persoonsgegevens worden verwerkt) wordt geminimaliseerd.

3. Impact beleidswijziging in kaart brengen door epidemioloog bij GGD

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, laboratoria

Casus

Sinds 1 januari 2025 worden mensen die geen klachten hebben door GGD'en in principe niet meer getest op chlamydia. Nu wil een epidemioloog bij een GGD weten of dit tot gevolg heeft dat meer mensen zich bij de huisarts op chlamydia laten testen. Hiervoor zou de epidemioloog graag data ontvangen van een laboratorium. Bijvoorbeeld over de hoeveelheid mensen die bij een huisarts een test laten doen in vergelijking tot de periode voor het beleid in ging; welke leeftijdscategorie het betreft, om na te gaan of het dezelfde leeftijdscategorie is als die zich eerder bij de GGD liet testen; en een geografische indicator zoals een viercijferige postcode, om te analyseren of mensen die verder weg wonen van een GGD eerder naar de huisarts gaan of dat die keuze echt lijkt ingegeven doordat het beleid niet geldt voor de huisarts en die eerder kan overgaan tot het uitvoeren van een test.

Vraag

De epidemioloog vraagt zich af of het laboratorium deze informatie mag verstrekken.

⁶ Zie over anonimiteit: overweging 26 van de AVG; HvJ EU 19 oktober 2016, ECLI:EU:C:2016:779 (Breyer/Bundesrepublik Deutschland) en HvJ EU 26 april 2023, ECLI:EU:T:2023:219 (GAR/EDPS).

Antwoord

Alleen als de gegevens anoniem zijn, bijvoorbeeld als de informatie in voldoende mate is geaggregeerd. Hiervoor is het raadzaam advies van een datastatisticus in te winnen. Ook als de betrokkenen die zich hebben laten testen expliciet toestemming hebben gegeven, mag de informatie door het laboratorium worden verstrekt aan de epidemioloog.

Toelichting casus 3

Als de informatie direct of indirect herleidbaar is tot individuele personen is het geen anonieme informatie, maar betreft het persoonsgegevens waarop het medisch beroepsgeheim vanuit de WGBO en de (U)AVG van toepassing zijn (zie par. 4.1 van deze kennismodule). Dat wettelijk kader biedt in dit geval geen andere grond dan toestemming om persoonsgegevens aan de epidemioloog te verstrekken voor dit onderzoeksdoeleinde.

Als stelregel kan worden aangehouden dat doorgaans sprake is van een verwerking van persoonsgegevens. Bij GGD'en gaat het meestal om gezondheidsgegevens (in deze casus SOA-testgegevens). Zelfs als er geen naam- of adresgegevens bij staan, kan vaak met behulp van andere informatie worden achterhaald op wie de gegevens betrekking hebben. Om de anonimiteit van de genoemde gegevens te waarborgen is een datawetenschappelijke toetsing aan te bevelen. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt namelijk dat de vier cijfers van de postcode in combinatie met andere gegevens in meer dan 80% van de gevallen over één uniek individu gaan. Concreet betekent dat voor deze casus dat de geografische indicator waarschijnlijk te specifiek is om de genoemde gegevens werkelijk als anoniem te classificeren. Dan zijn het alsnog persoonsgegevens waarop in dit geval het medisch beroepsgeheim uit de WGBO van toepassing is. Overigens betekent dit ook dat dan de AVG en de UAVG van toepassing zijn en dat een grondslag nodig is voor de verwerking van de persoonsgegevens, maar die grondslag loopt meestal gelijk op met de doorbrekingsgrond/uitzonderingsgrond voor het medisch beroepsgeheim. Zie hierover ook [par. 3.4 van de geactualiseerde handreiking](#).

De WGBO kent een uitzondering voor wetenschappelijk onderzoek (artikel 7:458 van het BW) waarbij pseudonieme gegevens (wat de gegevens in deze casus waarschijnlijk wel zijn) verwerkt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek als toestemming vragen praktisch lastig is, maar dan moet de patiënt wel geïnformeerd worden over dat onderzoek en in staat zijn bezwaar te maken (opt-out). Op het niveau van een huisartsenpraktijk kan de toestemming waarschijnlijk wel degelijk gevraagd worden. Daarmee lijkt de uitzondering voor wetenschappelijk onderzoek hier niet relevant.⁷

⁷ Ook de AVG biedt onder voorwaarden ruimte voor verdere verwerking ten behoeve van wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden, maar die voorwaarden komen grotendeels overeen met die in de WGBO – en dus geldt ook vanuit de AVG bezien dat die uitzondering voor wetenschappelijk onderzoek hier niet relevant is.

Het medisch beroepsgeheim kan in dit geval dus niet worden doorbroken, tenzij alle betrokkenen die zich hebben laten testen expliciet toestemming hebben gegeven voor het verstrekken van hun data voor deze doeleinden aan de GGD. (Dat kan dan ook direct de aanvullende basis voor verdere verwerking op grond van de (U)AVG zijn, de toestemming voor de doorbreking van het medisch beroepsgeheim valt in deze casuïstiek immers zozeer samen met de verdere verwerking dat een aparte AVG-toestemming voor het gebruik van de data door de GGD niet meer noodzakelijk zou moeten zijn.)⁸ Een andere optie voor de doorbreking van het beroepsgeheim lijkt er in dit geval niet te zijn.

N.B. Deze casuïstiek verschilt van casus 11 in deze kennismodule, waarin wordt uitgelegd dat wanneer een arts die de melding heeft gedaan door de GGD kan worden verzocht om aanvullende gegevens te verstrekken. Dat is een mogelijkheid als een persoon een gevaar oplevert voor de overbrenging van de infectieziekte en de medische en epidemiologische gegevens noodzakelijk zijn om de aard en omvang van het verspreidingsgevaar vast te stellen. Het doel in de hiervoor geschetste casus is anders en ook algemener van aard nu het doel is om de gevolgen van een beleidsverandering in kaart te brengen.

4. Grenzen van artikel 26 Wpg-meldingen

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, ziekenhuizen, verpleeghuizen

Vraag

Artikel 26 van de Wpg vereist een melding bij 'een ongewoon aantal zieken' met bepaalde symptomen. Soms worden toch bijzondere ziektegevallen gemeld aan GGD'en waarbij maar één patiënt betrokken is. Mag dit? En mag een GGD ook bron- en contactonderzoek doen als er geen officiële meldingsplicht was?

Antwoord

Ja, de instelling mag ook een melding doen als maar één persoon bepaalde ziekteverschijnselen vertoont, maar de GGD mag alleen contactgegevens ontvangen over de betrokken persoon, als de betrokken persoon de instelling daarvoor toestemming heeft gegeven.

Toelichting casus 4

De meldplicht voor instellingen geldt bij een 'ongewoon aantal zieken'. In het [LCI-draaiboek over artikel 26 van de Wpg](#)⁹ is per ziekte vastgesteld of het daarbij gaat om één, of twee of meer personen die bepaalde ziekteverschijnselen hebben. In het kader van deze meldplicht worden verder geen persoonsgegevens gedeeld: het is een 'niet-normatieve' melding, waarbij het puur gaat om aantallen en aandoening. Hoewel de *meldplicht* van artikel 26 van de Wpg meestal niet van

⁸ Artikel 6, vierde lid, jo. artikel 5, eerste lid, onderdeel b jo. artikel 9, tweede lid, onderdeel j, van de AVG jo. artikel 24 van de UAVG, met inachtneming van het bepaalde in artikel 89 van de AVG.

⁹ Zie Paragraaf 4, onder 'Wat melden?'. Voor schurft is bepaald dat de meldplicht al geldt voor 'één of meerdere personen' die schurft hebben, omdat het een zeer besmettelijke infectieziekte is.

toepassing is in geval van slechts één persoon met ziekteverschijnselen, mag de instelling toch een algemene (anonieme) melding doen bij de GGD.

Als de GGD vervolgens bron- en contactonderzoek wil doen, dan past dit binnen de wettelijke taak die de GGD heeft op het gebied van infectieziektebestrijding. Wel geldt vervolgens – overigens net als wanneer de meldplicht van artikel 26 van de Wpg wel van toepassing zou zijn – dat de GGD alleen contactgegevens mag krijgen met het oog op bron- en contactonderzoek als de betrokken persoon de instelling daarvoor toestemming heeft gegeven.

5. Bron- en contactonderzoek

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, ziekenhuizen, verpleeghuizen

Casus

Bij artikel 26 Wpg-meldingen is het primair de verantwoordelijkheid van de meldende instelling om maatregelen te treffen en personen die mogelijk besmet zijn te informeren. De GGD krijgt in dat geval ook geen informatie over individuele personen. Bij meldingen op basis van artikelen 21 tot en met 25 Wpg worden juist wel contactgegevens gedeeld.

Vraag

1. Hoe moet de GGD haar bron- en contactonderzoek starten na een artikel 26 Wpg-melding? Mag ze contactgegevens opvragen bij de instelling of is het de verantwoordelijkheid van de instelling om de uitbraak te beheersen?
2. Hoe zit dit bij een melding op basis van artikelen 21 tot en met 25 van de Wpg, waarin ook contactgegevens aan de GGD worden gemeld? Mag de GGD dan direct contact opnemen met de betrokken persoon of moet daarvoor eerst toestemming worden gevraagd via de behandelaar?

Antwoord/toelichting

1. Bron- en contactonderzoek kan in het geval van een artikel 26-melding alleen worden gedaan als de betrokken personen toestemming hebben gegeven aan de instelling om hun contactgegevens te delen met de GGD. De GGD kan de instelling wel voorzien van algemenere adviezen die de instelling kan opvolgen of kan doorgeven aan de betrokken personen. Dit is in artikel 26 van de Wpg nadrukkelijk anders geregeld dan bij de andere meldplichten in de Wpg.
2. Bij bron- en contactonderzoek na een melding op basis van artikelen 21 tot en met 25 van de Wpg worden contactgegevens van betrokken personen gedeeld met de GGD. Het doel is dat de GGD daarmee bron- en contactonderzoek kan starten, mits betrokken persoon zijn medewerking verleent). De GGD kan dan wel rechtstreeks contact opnemen met de betrokken persoon (NB: Hiervoor hoeft geen toestemming te worden gevraagd aan de betrokken persoon via de behandelend arts. Daarover bestaat enige onduidelijkheid.

6. Informatiepositie Deskundige Infectiepreventie bij GGD

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, ziekenhuizen

Vraag

Mag een Deskundige Infectiepreventie (hierna: "DI") bij een GGD, naar aanleiding van een artikel 26 Wpg-melding van een ziekenhuis, patiëntgegevens opvragen bij het ziekenhuis om te bepalen welke preventiestappen moeten worden genomen in de omgeving van geïnfecteerde personen (zoals het adviseren van beschermingsmiddelen). Is het daarbij met het oog op het medisch beroepsgeheim nog relevant dat de DI niet BIG-geregistreerd is?

Antwoord

Nee, de DI mag onder deze omstandigheden geen patiëntgegevens bij het ziekenhuis opvragen, tenzij de patiënt het ziekenhuis hiervoor toestemming heeft gegeven (of als sprake is van een conflict van plichten, maar dat zal uitzonderlijk zijn). De BIG-registratiestatus van de DI is hierbij van beperkte relevantie. Dit verandert de noodzaak van toestemming niet.

Toelichting casus 6

Het medisch beroepsgeheim uit de WGBO is hier van toepassing. Dit kan niet worden doorbroken, tenzij de patiënten zelf toestemming hebben gegeven om te worden benaderd door de GGD in verband met bron- en contactonderzoek en daaraan gerelateerde preventiestappen. Er is in beginsel geen andere doorbrekingsgrond van toepassing, zoals een wettelijke verplichting voor het ziekenhuis om de gegevens te delen met de GGD (dat is wel beperkt het geval bij de specifiek gecategoriseerde meldingsplichtige infectieziekten).

In uitzonderlijke gevallen kan worden bekeken of sprake is van een conflict van plichten, waardoor patiëntgegevens wel gedeeld zouden mogen worden (zie voor meer informatie hierover [par. 5.3.5. van de geactualiseerde handreiking](#)). Echter, daarvan zal bij een artikel 26 Wpg-situatie niet snel sprake zijn. De BIG-registratiestatus van de DI is ook alleen relevant in deze uitzonderlijke situatie van conflict van plichten. Dat de ontvanger van de gegevens evenzeer gebonden is aan een medisch beroepsgeheim (via de Wet BIG) kan dan namelijk een rol spelen in de totaalafweging om de gegevens wel (of niet) te delen.

7. Rol van OMT ziekenhuis in bredere bestrijding door GGD

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, ziekenhuizen

Casus

Als een ziekenhuis een uitbraak van een besmettelijke ziekte constateert waarvoor geen individuele meldingsplicht geldt, wordt een artikel 26 Wpg-melding gedaan bij de GGD. Vaak wordt door het ziekenhuis een outbreak management team (hierna: "OMT") samengesteld voor de

coördinatie van de bestrijding en voorkoming van verdere verspreiding van de infectieziekte binnen het ziekenhuis. Dit OMT blijft vaak betrokken bij de bredere aanpak (ook buiten het ziekenhuis), vooral vanwege het advies dat het ziekenhuis aan andere zorgverleners kan geven op het gebied van diagnostiek en behandeling van nieuwe patiënten. Ook kan het OMT aan de GGD rapporteren over het effect van nieuwe behandelingen.

Vraag

Op welk niveau mogen het OMT van het ziekenhuis en de GGD overleggen over het in kaart brengen van (mogelijk) geïnfecteerde personen buiten het ziekenhuis? Wat mag worden gedeeld over de behandeling van personen binnen en buiten het ziekenhuis? Moeten hierbij nog andere zorgverleners of de patiënt zelf betrokken worden?

Antwoord

Het OMT van het ziekenhuis en de GGD mogen in deze context geen contact- en gezondheidsgegevens met elkaar uitwisselen, tenzij de betrokken personen daarvoor specifiek toestemming hebben gegeven (of als sprake is van een conflict van plichten, maar dat zal uitzonderlijk zijn). Dit is in artikel 26 van de Wpg nadrukkelijk anders geregeld dan bij de andere meldplichten in de Wpg.

Toelichting casus 7

Op de relatie tussen het ziekenhuis en de patiënten is de WGBO en daarmee het medisch beroepsgeheim van toepassing. Dit kan niet worden doorbroken, tenzij de patiënten zelf toestemming hebben gegeven om contactgegevens te delen met de GGD met het oog op bron- en contactonderzoek dat ook betrekking heeft op de omgeving buiten het ziekenhuis. Er is geen andere doorbrekingsgrond van toepassing, zoals een wettelijke verplichting voor het ziekenhuis om de gegevens te delen met de GGD (dat is wel het geval bij specifiek gecategoriseerde meldingsplichtige infectieziekten). In uitzonderlijke gevallen kan worden bekeken of sprake is van een conflict van plichten, waardoor patiëntgegevens wel gedeeld zouden mogen worden. Hiervan zal bij een artikel 26 Wpg-situatie echter niet snel sprake zijn.

Informatie over de behandeling kan door het ziekenhuis ook alleen op basis van toestemming worden gedeeld met de GGD. De vraag is overigens of het noodzakelijk is om patiëntgerelateerde gegevens te delen. De GGD kan wellicht ook uit de voeten met anonieme informatie over diagnostiek en de effectiviteit van bepaalde behandelingen. Let wel: als het maar een klein aantal patiënten betreft, kan bepaalde informatie voor de GGD toch herleidbaar zijn tot die patiënten. De gegevens zijn dan niet meer anoniem en toestemming is dan dus nodig om de informatie te delen. Zie hierover ook [par. 3.4 van de geactualiseerde handreiking](#).

De GGD kan met die informatie ook de schakel vormen tussen het ziekenhuis die over die relevante informatie beschikt en (bijvoorbeeld)

de huisarts van individuele patiënten die kennis moet krijgen van die informatie.

Omgekeerd kan de GGD geen persoonsgegevens (in dit geval contactgegevens of gezondheidsgegevens) delen met het ziekenhuis, tenzij de personen die in het bron- en contactonderzoek van de GGD naar voren zijn gekomen daarvoor toestemming hebben gegeven.

8. Contact over uitbraak tussen GGD en verpleeghuis met meerdere onafhankelijke zorgaanbieders

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, verpleeghuizen

Casuïstiek

Bij verpleeghuizen wordt een deel van de zorg verleend door de vaste huisarts van de patiënt die soms in hetzelfde pand is gehuisvest. Hierdoor zijn veel verschillende huisartsen betrokken bij de behandeling van de totale populatie. Als sprake is van een uitbraak doet het verpleeghuis een artikel 26 Wpg-melding. Het is voor alle bewoners van het verpleeghuis goed als de uitbraak gecoördineerd wordt behandeld en tegengegaan en iedereen in dit verband dezelfde maatregelen volgt.

Vraag

Welke informatie mogen de GGD en de betrokken huisartsen met elkaar uitwisselen en wat is daarbij de rol van de instellingsarts?

Antwoord

Tenzij bewoners van het verpleeghuis hiervoor toestemming hebben gegeven, is het niet mogelijk om contact- en gezondheidsgegevens uit te wisselen met de GGD (of als de instellingsarts constateert dat sprake is van een conflict van plichten, maar dat zal uitzonderlijk zijn). Voor de uitwisseling van gegevens tussen huisartsen onderling kan dit overigens anders liggen, indien zij een behandelrelatie met de betrokken bewoners hebben.

Toelichting casus 8

Dit is in eerste instantie een regievraagstuk en in mindere mate een privacygerelateerde vraag. Preventie en behandeling kunnen gebaat zijn bij uitwisseling van informatie en belegging van coördinatie bij één instelling, bijvoorbeeld de instellingsarts. Dit is wettelijk echter niet zo geregeld.

Op de relatie tussen arts (instellingsarts en huisarts) en patiënt is de WGBO - en daarmee het medisch beroepsgeheim - van toepassing. Dit kan niet worden doorbroken, tenzij de patiënten toestemming hebben gegeven om contact- en gezondheidsgegevens uit te wisselen of dat hier sprake is van medebehandelaarschap van beide artsen, wat niet altijd het geval zal zijn. Hier is geen andere doorbrekingsgrond van toepassing, zoals een wettelijke verplichting om de gegevens te delen met de GGD (dat is wel het geval bij meldingsplichtige infectieziekten). In uitzonderlijke gevallen kan worden bekeken of sprake is van een

conflict van plichten, waardoor patiëntgegevens wel gedeeld zouden mogen worden. Hiervan zal bij een artikel 26 Wpg-situatie echter niet snel sprake zijn.

De GGD, de instellingsarts en de betrokken huisartsen mogen dus geen contact- en gezondheidsgegevens met elkaar uitwisselen, tenzij de betrokken personen hiervoor specifiek toestemming hebben gegeven.

9. Meldplicht laboratoria

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, laboratoria

Casus

Voor de meldingsplichtige ziektes van groep A1, A2, B2, B2 en C geldt een meldplicht voor meerdere partijen, dat wil zeggen: er geldt een meldplicht aan GGD'en voor zowel artsen als laboratoria (artikelen 22 en 25 van de Wpg). In de praktijk wordt echter vaak alleen een melding gedaan door het laboratorium.

Vervolgens is het tijdrovend voor de GGD om meer benodigde informatie te achterhalen over de patiënt en de betrokken arts te bereiken.

Vraag

Welke informatie moet het laboratorium aan de GGD aanleveren?

Antwoord

Het laboratorium moet de naam van de arts, en van de betrokken persoon: de naam, het adres, de geboortedatum, het Burgerservicenummer, het telefoonnummer, het e-mailadres en de verblijfplaats melden aan de GGD (artikel 25, derde lid, van de Wpg).

Op verzoek van de GGD doet het laboratorium nader onderzoek naar de ziekteverwekker en wordt de GGD van het resultaat op de hoogte gesteld (artikel 25, vierde lid, van de Wpg).

10. Aanvullen meldingsgegevens door GGD met contactgegevens uit eerder aangemaakt dossier

Relevant voor doelgroepen: GGD'en

Casus

Soms doet een laboratorium een melding op basis van artikel 25 van de Wpg, waarin niet alle in het derde artikellid genoemde gegevens staan (zie ook de vorige casus). Daardoor is de koppeling van de labgegevens met de melding van een arts (artikel 21 tot en met 24 van de Wpg) niet goed mogelijk. Bovendien worden die meldingen niet altijd gedaan. Nu hebben GGD'en tijdens de COVID-19-pandemie van veel personen gegevens verkregen. Deze gegevens worden op basis van artikel 29, tweede lid, van de Wpg tot maximaal vijf jaar na registratie bewaard. De ontbrekende gegevens zouden in het systeem kunnen worden opgezocht.

Vraag

Mogen deze eerder verzamelde gegevens worden gebruikt worden om gegevens die ontbreken bij een melding van een laboratorium aan te vullen? Of dient hiervoor toch contact te worden opgenomen met het laboratorium?

Antwoord

Als het gaat om gegevens die in de Basisregistratie Personen (hierna: "BRP") staan (zoals NAW-gegevens), is de GGD verplicht om die informatie vanuit de BRP aan te vullen. In de BRP staan echter geen gegevens zoals het telefoonnummer en het e-mailadres. Geadviseerd wordt om eerder verzamelde informatie niet opnieuw te gebruiken. De juistheid en actualiteit van de eerder verzamelde gegevens kan immers niet worden gegarandeerd en opzoeken kan er ook toe leiden dat de GGD-medewerker direct bij andere, medische, informatie komt die op dat moment niet relevant is (bijvoorbeeld bij testuitslagen). Overigens verstrijkt binnenkort de Wpg-bewaartermijn (vijf jaar) van de tijdens de COVID-19-pandemie verzamelde gegevens.

Toelichting casus 10

Als het gaat om gegevens die in de BRP staan (zoals NAW-gegevens), is de GGD verplicht om die informatie vanuit de BRP aan te vullen. In de BRP staan echter geen gegevens zoals bij welke huisarts iemand staat ingeschreven, het telefoonnummer en het e-mailadres. Daarvoor speelt de vraag dus wel. De vraag is echter of de juistheid en actualiteit van de gegevens nog wel kan worden gegarandeerd. Dat is wel een randvoorwaarde voor hergebruik van de informatie. Van iemand die zich in januari 2020 heeft laten testen op COVID-19, kunnen de contactgegevens of huisartsgegevens inmiddels zijn gewijzigd. Bovendien kan het opzoeken van contactinformatie er toe leiden dat de GGD-medewerker ook direct bij andere, medische, informatie komt die op dat moment niet relevant is (bijvoorbeeld bij testuitslagen).

Al met al wordt geadviseerd om contact op te nemen met het laboratorium om de benodigde gegevens te achterhalen.

11. Detailinformatie ziekteverwekker

Relevant voor doelgroepen: GGD'en, laboratoria

Casus

Extra detailinformatie over een ziekteverwekker (zoals een typering of een antibiogram van een bacterie) of een patiënt (zoals serologische markers bij hepatitis B) kan de GGD nodig hebben voor doelen als clusterdetectie, vaccinatieadvies, bron- en contactonderzoek, het aanpassen van profylaxe en vaccinatieadvies voor contacten. Bovendien geven GGD'en meldingen voor surveillancedoeleinden door aan het RIVM, daar zou ook deze detailinformatie over de ziekteverwekker zinvol voor zijn.

Vraag

Mag een laboratorium als onderdeel van een melding deze informatie delen met een GGD?

Antwoord

Ja, dit mag op basis van artikel 25, tweede lid, van de Wpg.

Toelichting casus 11

Het hoofd van het laboratorium is verplicht om de vaststelling van een verwekker van een infectieziekte die onder groepen A1, A2, B1, B2 en C valt te melden bij de GGD.¹⁰ Hierbij moet een aantal gegevens over de betrokken persoon en de arts die het onderzoek heeft aangevraagd worden gemeld.¹¹ Bij Algemene Maatregel van Bestuur (hierna: "AMvB") kunnen andere gegevens ook verplicht worden gesteld, maar dat is op dit moment niet het geval.

Naast de melding van de vaststelling, moet het hoofd van het laboratorium ervoor zorgdragen dat er, als de GGD daar om verzoekt, nader onderzoek wordt gedaan naar de ziekteverwekker én dat de GGD de resultaten daarvan ontvangt.¹² Het hoofd van het laboratorium moet de resultaten van het nadere onderzoek verstrekken aan de GGD. Als bepaalde resultaten al bij het initiële onderzoek naar boven zijn gekomen en deze resultaten relevant zijn voor de GGD past het binnen het wettelijke kader van artikel 25 van de Wpg dat het laboratorium ook die informatie verstrekt.

Om te voorkomen dat bij iedere melding nader onderzoek aangevraagd moet worden, kunnen afspraken worden gemaakt tussen laboratoria en GGD'en over bij welke ziekteverwekkers de GGD nader onderzoek laat doen en welke informatie zij dan wil ontvangen (typering, antibiogram, serologische markers). Het RIVM heeft een lijst met ziekteverwekkers en diagnosemethoden waarbij standaard nader onderzoek moet worden gedaan.¹³

Een andere 'route' kan zijn dat de GGD contact opneemt met de behandelend arts om nadere informatie op te vragen. De arts mag aanvullende informatie (aanvullend op de wettelijk bepaalde gegevens die moeten worden verstrekt bij meldingsplichtige ziekten) verstrekken als:

- de gegevens noodzakelijk zijn om de aard en omvang van het verspreidingsgevaar vast te stellen en de persoon een gevaar oplevert voor de overbrenging van een infectieziekte van bepaalde categorieën (zie artikel 30 Wpg; en bij categorie A is dit

¹⁰ Artikel 25, tweede lid, van de Wpg.

¹¹ Artikel 25, derde lid, van de Wpg.

¹² De toelichting bij de bevoegdheid van de GGD om nader onderzoek aan te vragen is: "Indien dit al niet in het kader van de behandeling plaatsvond, gebeurt dit op verzoek van de gemeentelijke gezondheidsdienst." Zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 316, nr. 3.

¹³ Medisch Microbiologisch Laboratorium (MML)-meldingscriteria voor meldingsplichtige infectieziekten (<https://www.rivm.nl/documenten/medisch-microbiologisch-laboratorium-mml-meldingscriteria-voor-meldingsplichtige>).

altijd het geval),

of

- de behandelend arts die de melding heeft gedaan daarvoor toestemming heeft van de patiënt.

Zie ook par. 4.2 van deze kennismodule.

3 Taken en verplichtingen GGD'en, laboratoria, verpleeghuizen en ziekenhuizen op gebied van infectieziektebestrijding

3.1 GGD'en

De Wpg legt taken vast op het gebied van de publieke gezondheidszorg en draagt taken en bevoegdheden op dit vlak op aan de veiligheidsregio's, burgemeesters en GGD'en. Daarnaast bevat de Wpg meldingsverplichtingen voor artsen, zorginstellingen en laboratoria. De Wpg is dan ook altijd van toepassing bij de uitvoering van die taken en meldingsverplichtingen. In de meest algemene zin is de taak van de GGD het bevorderen van 'de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen'.¹⁴ In de Wpg staat ook wat dit in ieder geval (dus niet uitsluitend) inhoudt, bijvoorbeeld 'het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking'.¹⁵ De Wpg bevat naast die algemene taak ook taken op het gebied van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval (dus hier ook weer niet uitsluitend) het treffen van algemene preventieve maatregelen, bestrijding van tuberculose en SOA's, inclusief bron- en contactopsporing, en bron- en contactopsporing bij meldingsplichtige infectieziekten.¹⁶ De Wpg bevat daarnaast zogenoemde 'bijzondere bepalingen infectieziektebestrijding'. Deze zien onder meer op wanneer bepaalde infectieziekten verplicht aan GGD'en moeten worden gemeld en wanneer GGD'en verplicht aan andere instanties moeten melden.

In artikel 11 van het Bpg zijn de GGD-taken voor algemene infectiebestrijding verder gespecificeerd. Deze omvatten 'in ieder geval':

- a. het ter uitvoering van de meldingstaken, bedoeld in de wet, te allen tijde bereikbaar zijn van de gemeentelijke gezondheidsdienst,
- b. het doorlopend verzamelen, analyseren en toepassen van epidemiologische gegevens over infectieziekten,
- c. het op grond van de gegevens, bedoeld onder b, inventariseren van relevante trends en risico's onder de bevolking of specifieke groepen, alsmede het anticiperen daarop,
- d. het geven van voorlichting en begeleiding, alsmede het beantwoorden van vragen uit de bevolking,
- e. het zorg dragen voor preventieve bronbehandeling bij de bestrijding van tuberculose,
- f. het bevorderen van de samenwerking van de gemeentelijke gezondheidsdienst met huisartsen, medisch specialisten,

¹⁴ Artikel 2, eerste lid, van de Wpg, in samenhang gezien met artikel 14 van de Wpg waarin die taak – kortgezegd – wordt opgedragen aan de GGD'en.

¹⁵ Artikel 2, tweede lid, onderdeel a, van de Wpg.

¹⁶ Artikel 6, eerste lid, van de Wpg.

- ziekenhuizen, laboratoria en overige organisaties die een rol spelen bij de bestrijding van infectieziekten,
- g. de algemene voorbereiding op maatregelen ter bestrijding van een epidemie van een infectieziekte,
 - h. het aanbieden van vaccinaties aan risicogroepen,
 - i. de deelname aan toegepast wetenschappelijk onderzoek.

3.2 Laboratoria

Binnen de infectieziektebestrijding zijn twee relevante typen laboratoria te onderscheiden: medisch-microbiologische laboratoria (hierna: “MML’s”, ook wel routinelaboratoria genoemd) en referentielaboratoria.

Als diagnostiek op pathogenen nodig is, wordt dat op aanvraag van een arts uitgevoerd door routinelaboratorium. Soms is daarbij echter complexe of bijzondere diagnostiek noodzakelijk. Die is niet beschikbaar in routinelaboratoria, maar wel in referentielaboratoria.

Een referentielaboratorium is gedefinieerd in de Wpg als: ‘een laboratorium dat naar de laatste stand van de wetenschap gespecialiseerd is in de diagnostiek, surveillance en behandeling dan wel bestrijding van een specifieke ziekte of ziekteverwekker’.¹⁷ Een referentielaboratorium voert complexe of bijzondere diagnostiek uit die niet beschikbaar is in een routinelaboratorium (een MML). Naast diagnostiek voert een referentielaboratorium verdiepend onderzoek uit voor surveillance, vroege signalering en uitbraakmanagement. Met deze wetenschappelijke expertise kunnen zij routinelaboratoria en autoriteiten van adviezen voorzien. Door deze referentietaken hebben zij een essentiële rol bij het leveren van curatieve zorg voor patiënten, en dragen zij bij aan de volksgezondheid als geheel. Het RIVM heeft een regierol voor de uitvoering van referentietaken.

De informatie die in deze kennismodule is opgenomen ziet op routinelaboratoria, omdat er voor de uitwisseling van gegevens door referentielaboratoria al een handreiking wordt opgesteld door het RIVM.

Laboratoria moeten de vaststelling van bepaalde infectieziekten verplicht melden aan GGD'en (zie artikel 25 van de Wpg, dit is ook uitgewerkt in deze kennismodule).

Er is verder geen specifieke taakstelling voor laboratoria op het gebied van infectieziektebestrijding.

3.3 Ziekenhuizen en verpleeghuizen

Instellingen waar voor infectieziekten kwetsbare populaties verblijven of samenkomen voor een of meer dagdelen per etmaal, hebben een **meldingsplicht** als zij te maken krijgen met een ongevoen aantal zieken met bepaalde aandoeningen. Verpleeghuizen en ziekenhuizen zijn zulke instellingen.

¹⁷ Artikel 1, onderdeel ad, van de Wpg.

Afgezien van de meldingsplicht bevat de Wpg geen specifieke taakstelling op het gebied van infectieziektebestrijding voor ziekenhuizen en verpleeghuizen.

4 Doelgroep: GGD'en

4.1 Toepasselijkheid WGBO en Wpg

De WGBO heeft betrekking op de individuele zorg van betrokken patiënten. De Wpg legt (onder meer) de GGD-taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg vast. Soms is bij de uitvoering van infectieziektebestrijding sprake van samenloop van de WGBO en de Wpg. Beide wettelijke regimes zijn dan van toepassing.¹⁸ Bijvoorbeeld als iemand zich bij de GGD laat testen op een infectieziekte, zich daar laat vaccineren of daar individueel medisch advies krijgt (bijvoorbeeld tijdens een SOA-consult). De GGD-hulpverlener voert dan namelijk een publieke taak uit de Wpg uit en verricht tegelijkertijd geneeskundige handelingen die vallen onder de WGBO.

Geen sprake van samenloop van de WGBO en Wpg is er bijvoorbeeld als:

- GGD'en algemene preventieve maatregelen nemen op het gebied van infectieziektebestrijding (artikel 6, eerste lid, onderdeel a, van de Wpg). Dan is alleen de Wpg van toepassing.
- Dit geldt ook als de GGD een melding ontvangt over iemand die positief is getest op een meldingsplichtige infectieziekte. De GGD is dan op basis van de Wpg verplicht deze te registreren.¹⁹
- De WGBO is ook niet van toepassing op bron- en contactopsporingsonderzoek. Ook dan geldt de Wpg en blijft de WGBO buiten beschouwing.

NB: de GGD kan iemand die bijvoorbeeld positief door de GGD is getest of in een bron- en contactonderzoek voorkomt (later) ook behandelen. Die informatie wordt dan ook met het oog op de behandeling van die persoon verwerkt. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van profylaxe. In die gevallen is de WGBO (naast de Wpg) van toepassing op de registratie van die gegevens in het medisch dossier. Op de elders geregistreerde informatie is alleen de Wpg van toepassing.

Om te bepalen welke wetgeving voorrang heeft bij samenloop van de WGBO en Wpg, moet worden uitgegaan van de wetgeving die de patiënt de meeste waarborgen biedt. Het belangrijkste is dat het medisch beroepsgeheim en de bewaartermijn van 20 jaar uit de WGBO van toepassing zijn. In de [KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens \(januari 2024\)](#) is duidelijk uitgewerkt welke regels moeten worden toegepast.

Zie voor meer informatie ook [par. 4.2 geactualiseerde handreiking](#).

¹⁸ De WGBO-regels gelden ook buiten de behandelingsovereenkomst, tenzij de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen verzet. De toepasselijkheid van de WGBO kan alleen bij wet worden uitgesloten. Dit is bijvoorbeeld in de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen gedaan. Die uitsluiting is er niet ten aanzien van de Wpg, waardoor de WGBO ook geldt bij geneeskundige handelingen die worden verricht in het kader van Wpg-taken. Artikel 7:464 van het BW & Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht* 2020, p. 109.

¹⁹ Voor een BIG-geregistreerde persoon (bijvoorbeeld een huisarts) die de melding bij de GGD doet geldt de WGBO uiteraard wel. Diens beroepsgeheim mag worden doorbroken vanwege de wettelijke verplichting uit de Wpg om een melding te doen. Betreft het geen meldingsplichtige infectieziekte, dan kan de BIG-geregistreerde de informatie alleen delen als een andere uitzonderingsgrond of doorbrekingsgrond van het medisch beroepsgeheim van toepassing is (zie par. 5.3.4 en 5.3.5).

4.2 Reikwijdte meldplicht

GGD'en zijn op grond van de Wpg verplicht om meldingen van infectieziekten te registreren, die zij ontvangen van een arts, laboratorium of instelling.²⁰ De meldingsplichtige ziekten zijn verdeeld over de groepen A1, A2, B1, B2 en C. Deze indeling is gebaseerd op de mate waarin dwingende maatregelen kunnen worden opgelegd om de bevolking te beschermen. De groepen A1, A2, B1 en B2 zijn opgenomen in de Wpg. Groep C wordt vastgesteld bij AMvB (opgenomen in het Bpg), om deze lijst bij nieuw wetenschappelijk inzicht gemakkelijker te kunnen wijzigen.²¹ GGD'en hoeven de betreffende personen of bedrijven niet per se over de ontvangen meldingen in te lichten.²² Artikel 24 van de Wpg stelt welke gegevens de melding bevat die een arts aan een GGD moet doen, voor de in artikel 21 en 22 van de Wpg bedoelde meldingen. Voor de meldplichten van artikel 22 (voor artsen), artikel 25 (voor laboratoria) en artikel 29a van de Wpg (vergunningsplichtige handelingen met blootstelling aan het poliovirus), geldt dat de geldende termijnen nader zijn uitgewerkt in de Regeling Publieke gezondheid (hierna: "de Regeling").

Uit artikel 24, vierde lid, onderdeel a, van de Wpg volgt dat de (behandelend) arts uitsluitend andere (d.w.z. nog meer dan al in dat artikel bepaald) medische en epidemiologische gegevens (met het oog op registratie) verstrekt aan de GGD als de burgemeester (of de GGD namens de burgemeester) daar om verzoekt krachtens artikel 30 van de Wpg. Uit artikel 30 van de Wpg volgt dat de behandelend arts, op verzoek van de GGD, de medische en epidemiologische gegevens die noodzakelijk zijn om de aard en omvang van het verspreidingsgevaar vast te stellen, moet verstrekken aan de GGD.²³ Zo'n verzoek kan alleen worden gedaan als een persoon een gevaar oplevert voor de overbrenging van de infectieziekte. Bij infectieziekten behorend tot categorie A zal dit altijd het geval zijn.²⁴

Voorbeelden van medische en epidemiologische gegevens die op verzoek kunnen worden verstrekt zijn of de patiënt zich onder (verdere) medische behandeling heeft gesteld, of deze de aanwijzingen van de arts opvolgt, en gegevens die gericht contactonderzoek mogelijk maken. Op voorhand kan niet verder worden aangegeven welke gegevens er precies moeten worden verstrekt. De aard van de gegevens die opgevraagd moeten worden, kan per geval bijzonder uiteenlopen. Dit is

²⁰ Artikelen 21 tot en met 26 van de Wpg. Andere partijen die meldingen moeten doen zijn in verband met de scope van deze kennismodule buiten beschouwing gelaten.

²¹ Zie voor een uitgebreidere toelichting: <https://www.rivm.nl/meldingsplicht-infectieziekten/welke-infectieziekten-zijn-meldingsplichtig>.

²² Dit vloeit voort uit artikel 14, vijfde lid, onderdeel c, van de AVG.

²³ Dit blijkt uit artikel 30 van de Wpg. Hierin staat dat de behandelend arts door de voorzitter van de Veiligheidsregio (bij een A-ziekte) of burgemeester (B1/B2-ziekte) gevraagd kan worden om aanvullende gegevens over betrokkene te verschaffen. De arts moet dit dan doen, ook al geeft de patiënt hiervoor geen toestemming (maar alleen voor zover de burgemeester/vzVR de gevraagde gegevens nodig heeft voor de uitvoering van diens wettelijke taak). De GGD kan deze bevoegdheden namens de burgemeester uitoefenen en de informatie opvragen bij de behandelend arts.

²⁴ Dit staat expliciet in de Memorie van Toelichting op artikel 30 van de Wpg. Kamerstukken II 2007-2008, 31 316, nr. 3, p. 45-46.

bijvoorbeeld afhankelijk van de ziekte waar het om gaat, de daarvan bekende transmissieroutes en de ziektegeschiedenis van de patiënt.²⁵

Een andere grond op basis waarvan andere informatie dan de in de Wpg opgesomde meldingsplichtige informatie mag worden verstrekt is toestemming van de patiënt (artikel 24, vierde lid, onderdeel b, van de Wpg). Bij categorie A-infectieziekten is die toestemming dus sowieso niet nodig.

Kortom: in de Wpg staat welke informatie in het kader van de meldingsplicht moet worden verstrekt. 'Andere' medische gegevens mogen alleen aan GGD'en worden verstrekt als:

- a) de gegevens noodzakelijk zijn om de aard en omvang van het verspreidingsgevaar vast te stellen en de persoon een gevaar oplevert voor de overbrenging van een infectieziekte van bepaalde categorieën (bij categorie A is dit altijd het geval), of
- b) de behandelend arts die de melding heeft gedaan daarvoor toestemming heeft van de patiënt.

4.3 Uitwisseling tussen GGD'en en laboratoria

4.3.1 *WGBO en Wpg van toepassing*

De WGBO – en daarmee het medisch beroepsgeheim – is van toepassing als een aan een GGD verbonden hulpverlener een onderzoek aanvraagt bij een laboratorium. Ook de Wpg is van toepassing. Immers, de hulpverlener vraagt een onderzoek aan bij een laboratorium als dat noodzakelijk is in het kader van de Wpg-taken op het gebied van infectieziektebestrijding (bijvoorbeeld de bestrijding van SOA's).

4.3.2 *Meldplicht*

Het medisch beroepsgeheim uit de WGBO, dat ook op laboratoria rust, wordt doorbroken op basis van de wettelijke meldplicht die is neergelegd in artikel 25 van de Wpg. Dit artikel beschrijft welke gegevens verplicht door een arts moeten worden gedeeld als deze een onderzoek bij een laboratorium aanvraagt. Die arts kan werkzaam zijn voor een GGD, maar is dat natuurlijk lang niet altijd. Het kan ook een huisarts zijn, of een arts die bij een ziekenhuis of elders werkt.

De arts deelt bij de aanvraag van een onderzoek bij een laboratorium:

- de naam,
- de geboortedatum,
- het Burgerservicenummer van de betrokken persoon (degene die mogelijk geïnfecteerd is).

Als vervolgens bij het laboratoriumonderzoek een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep A1, A2, B1, B2 of C wordt vastgesteld, moet het laboratorium dit melden aan de GGD van de gemeente waar de arts die het onderzoek heeft aangevraagd zijn praktijk heeft.²⁶ Die melding bevat in ieder geval:

- de naam van de arts,

²⁵ Ook dit staat in de Memorie van Toelichting op artikel 30 van de Wpg. Kamerstukken II 2007-2008, 31 316, nr. 3, p. 45-46.

²⁶ Artikel 25, tweede lid, van de Wpg.

- de naam, het adres, de geboortedatum, het Burgerservicenummer, het telefoonnummer, het e-mailadres en de verblijfplaats van de betrokken persoon.

Hierbij gelden de volgende (uiterste) meldingstermijnen:

- Bij vaststelling van een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep A wordt de melding *onverwijld* gedaan;
- Bij vaststelling van een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep B1 (met uitzondering van pest en tuberculose) wordt de melding *binnen 24 uur* gedaan;
- Bij vaststelling van pest of tuberculose of een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep B2 of C wordt de melding *op normale kantoortijden binnen 24 uur* gedaan.

Dit is in de uitvoeringspraktijk niet nodig als een GGD-arts het onderzoek heeft aangevraagd. Dan is die informatie daar al aanwezig, al blijft de plicht formeel wel bestaan.

Als de betrokken persoon zijn verblijfplaats in een andere gemeente heeft, wordt de melding door de GGD doorgegeven aan de GGD van de verblijfplaats van de betrokkene.

Op verzoek van de GGD doet een laboratorium nader onderzoek naar een ziekteverwekker. Het hoofd van het laboratorium is hiervoor verantwoordelijk. Diegene zorgt er ook voor dat de GGD op de hoogte wordt gesteld van de resultaten van het nader onderzoek. Hierbij zijn overigens geen aanvullende gegevens nodig, omdat de GGD de benodigde gegevens al bij de oorspronkelijke melding (die het hoofd van het laboratorium heeft gedaan) heeft ontvangen.

4.4 Uitwisseling tussen enerzijds GGD'en, anderzijds ziekenhuizen of verpleeghuizen

4.4.1 WGBO en Wpg van toepassing

Als de GGD individuele adviezen geeft aan patiënten van een ziekenhuis of bewoners van een verpleeghuis die een infectieziekte hebben opgelopen, dan geldt niet alleen de Wpg, maar ook de WGBO. Er is dan sprake van een medische handeling en daarmee een behandelrelatie als bedoeld in de WGBO. Dan geldt dus ook het medisch beroepsgeheim dat in de WGBO is opgenomen.

Binnen dat kader moet dan worden bekeken of het zinvol is om anderen in het ziekenhuis of verpleeghuis te informeren. Andere personen daar kunnen immers een risico op besmetting lopen of hebben gelopen. Het is dan meestal nodig om bij het ziekenhuis of verpleeghuis aan te geven welke infectieziekte en welke persoon het betreft, omdat het anders niet mogelijk is voor het ziekenhuis of verpleeghuis om een inschatting te maken van het risico. Vervolgens kan het ziekenhuis of verpleeghuis maatregelen treffen, indien nodig. Personeel kan bijvoorbeeld mond-neusmaskers en handschoenen dragen bij de verzorging of de betrokken persoon kan in sommige gevallen in quarantaine worden geplaatst. In sommige gevallen neemt de GGD maatregelen, waaronder bijvoorbeeld het aanbieden van profylaxe aan personen die mogelijk zijn

blootgesteld. Dergelijke maatregelen zijn doorgaans opgenomen in LCI-richtlijnen.²⁷

Mocht de betrokken persoon bij wie een infectieziekte is vastgesteld geen toestemming geven voor het verstrekken van de informatie aan een verpleeghuis en/of ziekenhuis, dan moeten de belangen van het verstrekken van informatie en de wijze van informatieverstrekking worden afgewogen tegen het belang dat de betrokken persoon kan hebben bij geheimhouding. Het beroepsgeheim kan worden doorbroken als sprake is van een conflict van plichten, waarbij het belang voor de volksgezondheid zwaarder weegt dan het belang van geheimhouding (zie voor meer informatie [par. 5.3.5 van de geactualiseerde handreiking](#)).

4.4.2

Alleen Wpg van toepassing

Als de GGD alleen meldingen krijgt en vervolgens geen individueel advies geeft aan de betrokken persoon die verblijft in een verpleeghuis of ziekenhuis, dan geldt alleen de Wpg (en niet de WGBO). Ook in dat geval moet de GGD bekijken of het gelet op haar taak in de infectieziektebestrijding noodzakelijk is om een verpleeghuis of ziekenhuis (als de melding daarover duidelijkheid biedt) te informeren en zo ja, welke informatie dan noodzakelijk is om te geven.²⁸ Bijvoorbeeld als bepaalde maatregelen die die instellingen moeten nemen worden geïndiceerd door een LCI-richtlijn met betrekking tot de infectieziekte.²⁹

²⁷ <https://lci.rivm.nl/richtlijnen>.

²⁸ Omgekeerd geldt overigens dat een ziekenhuis of verpleeghuis de GGD op de hoogte moet stellen van een ongewoon aantal zieken 'met maag- en darmaandoeningen, geelzucht, huidaandoeningen of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard' van kinderen of medewerkers (artikel 26, eerste lid, van de Wpg).

²⁹ <https://lci.rivm.nl/richtlijnen>.

5 Doelgroep: laboratoria

5.1 Laboratoria – GGD'en

5.1.1 *WGBO en Wpg van toepassing*

De WGBO – en daarmee het medisch beroepsgeheim – en de Wpg zijn beide van toepassing als laboratoria op verzoek van een arts of GGD onderzoek doen naar infectieziekten.

5.1.2 *Meldplicht*

Het medisch beroepsgeheim wordt doorbroken op basis van de wettelijke meldplicht die is neergelegd in artikel 25 van de Wpg. Als bij een laboratoriumonderzoek aangevraagd door een arts een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep A1, A2, B1, B2 of C wordt vastgesteld, moet het laboratorium dit namelijk verplicht melden aan de GGD van de gemeente waar de arts die het onderzoek heeft aangevraagd zijn praktijk heeft.³⁰

Die melding bevat in ieder geval:

- de naam van de arts,
- de naam, het adres, de geboortedatum, het Burgerservicenummer, het telefoonnummer, het e-mailadres en de verblijfplaats van de betrokken persoon.³¹

Een GGD kan een laboratorium verzoeken om nader onderzoek te doen naar een ziekteverwekker. Het hoofd van het laboratorium is hiervoor verantwoordelijk. Deze zorgt er ook voor dat de GGD op de hoogte wordt gesteld van de resultaten van het nader onderzoek. Hierbij zijn overigens geen aanvullende gegevens nodig, omdat de GGD de benodigde gegevens al bij de oorspronkelijke melding (die het hoofd van het laboratorium heeft gedaan) heeft ontvangen.

De doelen van de gegevensdeling door laboratoria met GGD'en zoals omschreven in artikel 25, tweede tot en met het vijfde lid, van de Wpg kunnen als volgt worden omschreven³²:

- Het hoofd van een laboratorium kan alleen de vaststelling van een ziekteverwekker melden, omdat het vaststellen van de betrokken infectieziekte moet plaatsvinden door een arts. De vereiste persoonsgegevens zijn noodzakelijk voor de GGD om de melding van een laboratorium aan de melding van een arts te kunnen koppelen. Dit is nodig als een GGD een laboratorium wil verzoeken om nader microbiologisch onderzoek te doen naar de ziekteverwekker.

³⁰ Artikel 25, tweede lid, van de Wpg.

³¹ Hierbij gelden de volgende meldingstermijnen:

- Bij vaststelling van een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep A wordt de melding onverwijld gedaan;
- Bij vaststelling van een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep B1 (met uitzondering van pest en tuberculose) wordt de melding binnen 24 uur gedaan;
- Bij vaststelling van pest of tuberculose of een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep B2 of C wordt de melding op normale kantooruren binnen 24 uur gedaan.

³² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 316, nr. 3, p. 43.

- GGD'en moeten genoeg informatie hebben om met elkaar samen te kunnen werken als de arts in een andere gemeente praktijk houdt dan de verblijfplaats van de betrokken persoon.

5.2 Laboratoria – verpleeghuizen en ziekenhuizen

5.2.1 *WGBO en Wpg van toepassing*

De WGBO – en daarmee het medisch beroepsgeheim – is van toepassing als een hulpverlener bij een verpleeghuis of ziekenhuis onderzoek aanvraagt bij een laboratorium. Ook de Wpg is van toepassing. Immers, de hulpverlener vraagt een onderzoek aan bij een laboratorium als dat noodzakelijk is in het kader van de Wpg-taken op het gebied van infectieziektebestrijding.

5.2.2 *Meldplicht*

Het medisch beroepsgeheim wordt doorbroken op basis van de wettelijke meldplicht die is neergelegd in artikel 25 van de Wpg. Dit artikel beschrijft welke gegevens verplicht door een *arts* moeten worden gedeeld als hij een onderzoek bij een laboratorium aanvraagt. Die arts kan werkzaam zijn voor een verpleeghuis of ziekenhuis.

De arts deelt bij de aanvraag van een onderzoek bij een laboratorium:

- de naam,
- de geboortedatum,
- het Burgerservicenummer van de betrokken persoon (degene die mogelijk geïnfecteerd is).

Als vervolgens bij het laboratoriumonderzoek een verwekker van een infectieziekte behorend tot groep A1, A2, B1, B2 of C wordt vastgesteld, moet het laboratorium dit melden aan de GGD van de gemeente waar de arts die het onderzoek heeft aangevraagd zijn praktijk heeft.³³ Als de betrokken persoon zijn verblijfplaats in een andere gemeente heeft wordt de melding door de GGD doorgegeven aan de GGD van de verblijfplaats van de betrokkene. Zie hierover par. 5.1.2 van deze kennismodule.

³³ Artikel 25, lid 2 Wpg.