



et

# perron

Tijdschrift van het

Psychiatrisch Ziekenhuis  
Onze-Lieve-Vrouw Brugge

en het

Psychotherapeutisch Centrum  
Rustenburg Brugge

## Colofon

Het Perron is het driemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis  
Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg.  
Het is bestemd voor de Westvlaamse huisartsen en de psychiaters en  
ggz-voorzieningen in Vlaanderen.

27e jaargang nr. 2, april - mei - juni 2011

### Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2100 exemplaren

### Redactieraad

Dr. Françoise Verfaillie, psychiater

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Piet Decoster, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

### Verantwoordelijke uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

### Ontwerp, vormgeving en druk

Positief Beeld

### Correspondentie



**PTC Rustenburg**  
Oude Oostendesteenweg 43  
8000 Brugge  
rustenburg@rb.gzbj.be  
www.ptcrustenburg.be  
tel. 050 31 81 65 fax 050 31 08 99



**PZ Onze-Lieve-Vrouw**  
Koning Albert I-laan 8  
8200 Brugge  
info@olv.gzbj.be  
www.pzolv.be  
tel. 050 30 18 00 fax 050 30 18 01

## Vroeg Detectie en Interventie bij Psychose in Brugge

### Vroegdetectie van psychose kan levens redden

10% van de mensen bij wie schizofrene psychose vastgesteld wordt, overlijden binnen de 10 jaar aan zelfmoord.

De kans op een zelfmoordpoging ligt tot 40 keer hoger dan bij andere psychiatrische aandoeningen.

Sprekende cijfers. Door deze aandoening in een vroeg stadium op te sporen én zo nodig te behandelen, kunnen we de levenskwaliteit aanzienlijk verbeteren.

Al in 2002 werd tijdens de Vlaamse Gezondheidsconferentie gesteld dat we meer zouden moeten inzetten op vroegdetectie, vooral bij doelgroepen waarvan we weten dat het zelfmoordpercentage vrij hoog ligt. Mensen met schizofrene psychose zijn zo'n doelgroep.

In Scandinavische en Angelsaksische landen werkt men al jaren met patiënten die een hoog risicoprofiel vertonen voor psychose. Behandelingen door laagdrempelige en multidisciplinaire teams streven ernaar de kans op een transitie naar psychose significant te verminderen, depressieve fasen te onderkennen en het suïciderisico in te dijken. Daarom werd in 2004 voor de regio Halle-Vilvoorde het eerste Vroeg Detectie en Interventie Psychose (VDIP)-team boven de doopvont gehouden. Ook regio Brugge heeft haar VDIP-team dankzij een samenwerking tussen PZ Onze-Lieve-Vrouw, PC Sint-Amandus Beernem, PZT, Revalidatiecentrum Inghelburch, CGG Noord-West-Vlaanderen en EPSI Sint-Jan/Sint-Lucas.

### Snelle behandeling is altijd beter

Mensen met een hoog risicoprofiel zijn vaak jongeren en jongvolwassenen met een zware ontregeling op sociaal, relationeel en/of professioneel vlak, en dat zowel op gedragsmatig als emotioneel gebied.

Een psychose begint immers vaak niet van het ene op het andere moment, maar ontwikkelt zich geleidelijk.

Dat geeft ons de mogelijkheid om er eerder bij te zijn en dus preventief te werken.

Uit onderzoek wordt steeds duidelijker dat elk uitstel van een adequate behandeling van iemand met een hoog risico op psychose grote gevolgen heeft voor de behandelresultaten op korte, middel- en lange termijn.

Zelfs wanneer er geen spontane transitie naar psychose gebeurt, zijn het vaak mensen die op verschillende levensvlakken moeilijkheden ondervinden.

Enkele gevolgen:

- een mogelijke transitie naar psychose
- minder snel en volledig herstel na psychose
- een verhoogd risico op depressie en suïcide
- een negatieve invloed op de psychologische en sociale ontwikkeling
- problemen binnen het gezin en de relaties
- negatieve invloed op studie en professionele activiteiten
- drugsmisbruik en -verslaving
- onnodige ziekenhuisopnames

Een moeilijkheid is dat verschijnselen of veranderingen die mensen ervaren voorafgaand aan een psychose absoluut niet specifiek zijn. Deze verschijnselen/veranderingen komen ook in normale omstandigheden of bij andere aandoeningen voor. Je weet bij deze symptomen van te

voren ook nooit zeker of er een psychose zal ontstaan.

De checklist op de website [www.vdip.be](http://www.vdip.be) is een handig hulpmiddel. Bij een totaalscore van 20 of meer, kan er een indicatie zijn en is er voldoende reden om contact op te nemen met het VDIP-team.

## VDIP-Brugge

VDIP-Brugge heeft er zijn eerste werkingsjaar opzitten en zal in 2011 nog uitbreiden over heel Noord- West-Vlaanderen. Tot nu toe waren er 85 aanmeldingen uit zowel de eerste, tweede als derde lijn. In 25% van de gevallen gaat het over minderjarigen en in 75% gaat het over mannen. In 95% van de begeleidingen wordt er aan huis gegaan. Het team bestaat uit een psychiater (Dr.C. Leclercq), psychologen (Bart De Saeger – Coördinator, Dominique Degrande, Hilde Maet), maatschappelijk werkers (Mireille Geevaert, Lieve Beck) en psychiatrisch verpleegkundigen (Bart Deroo-Van Maele, Katrien Durieu) die elk hun taak op zich nemen binnen de behandeling.

De intakeprocedure wordt gestart binnen de 2 dagen na aanmelding. Na anamnese en ruimer assessment kan er gestart worden in 3 mogelijke behandelmodules: **FACT-behandeling** is een zeer intensieve begeleiding die bestaat uit wekelijkse contacten met diverse teamleden en via diverse kanalen (face-to-face, sms, e-mail, etc.). Zo kan de psychiater op maandag een consult hebben, kan de maatschappelijk assistent op woensdag aan huis gaan en de psycholoog een sms-contact hebben op vrijdag. Indien er minder ondersteuning nodig is, spreken we van **intensieve begeleiding** waarbij er twee- tot driewekelijkse contacten zijn. De derde behandelingsmodule is vrij uitzonderlijk in de reguliere werking van de geestelijke

gezondheidszorg. Wanneer de patiënt (nog) niet bereid is tot het krijgen van hulp, spreken we van **watch en wait** en gaan we werken met en adviseren aan de directe omgeving of hulpverlener die wel toegang heeft tot de patiënt. Door het regelmatig contact zoeken met de omgeving, pogen we zeer geleidelijk aan contact te leggen met de patiënt. VDIP engageert zich per patiënt voor een periode van 3 tot 5 jaar.

Meer info:

VDIP Brugge  
Moerkerksesteenweg 116  
8310 Brugge  
0497 43 86 97  
[brugge@vdip.be](mailto:brugge@vdip.be)

Bart De Saeger  
Dr. Carmen Leclercq

Referenties:

EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Patrick Mc.Gorry et al. Schizophr Bull (1996)  
Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first episode psychosis. Schizophr.Bull.(2011/37(3):619-630  
Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. Br.J.Psychiatry(2011)198(4):256-263  
Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis. Svein Friis, et. al British journal of psychiatry (2005), 187 (Suppl.48)



**Bristol-Myers Squibb**

Together we can prevail.™

met de steun van



**JANSSEN-CILAG**

## Wat te zeggen... het gedeeld beroepsgeheim en de zorg voor goede hulpverlening

*(...) al denkend (...) moet je kunnen denken over hoe het niet is, maar wel beter zou kunnen.*

*Ethiek loopt op een nieuwe werkelijkheid, een nieuwe toekomst vooruit.* (Hilhorst)

De organisatie van de zorg is in volle evolutie. Naast de zorg binnen de muren van de eigen voorziening is er de evolutie waarbij steeds meer instellingsoverstijgend in teamverband en in netwerkverband gewerkt wordt. Er is een sterke ontwikkeling in de intensiteit van de samenwerking en de uitwisseling van informatie. Heel wat vragen leven dan ook aangaande het omgaan met informatie. In de dagelijkse praktijk kunnen hulpverleners zich bevinden in een spanningsveld. Enerzijds hebben ze de opdracht om de persoonlijke levenssfeer van de patiënt te respecteren en vertrouwelijke informatie geheim te houden. Anderzijds zijn ze genoodzaakt omwille van goede zorgverlening en de continuïteit in de zorg informatie te delen. De tekst 'Zorgvuldig omgaan met informatiedeling in voorzieningen en netwerken', een ontwerp adviestekst van de vzw Bermhertigheid Jesu (2009), gaat in op deze vragen en formuleert enkele krachtlijnen die ondersteunend kunnen zijn voor de hulpverleners in het omgaan met en het doorgeven van info met betrekking tot patiënten.

De ontwerp tekst is besproken op verschillende teamvergaderingen en vormingsmomenten, in het PTC Rustenburg, PZ Heilig Hart, PZ Onze-Lieve-Vrouw als ook het revalidatiecentrum Inghelburch. Tijdens deze ontmoetingen werd duidelijk dat de

dagelijkse praktijk van zorgverlening vele vragen oproept omtrent het correct omgaan met informatie. Een kleine greep van vragen uit de gesprekken:

- Een gehuwde partner vraagt naar info over de opgenomen partner, wat kan/mag je meedelen?
- De pastoraal medewerker is geen lid van het multidisciplinair team, mag zij informatie ontvangen? Welke informatie moet/mag er gedeeld worden?
- Een patiënt vertelt tijdens de therapie sessie wat hij zijn vriendin aan wil doen omdat zij hem in de steek heeft gelaten, je ervaart dit als erg bedreigend, mag/kan/moet je het beroepsgeheim breken?
- Je vermoedt dat een kind van een patiënt ernstig verwaarloosd wordt, meld je dit bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling?
- Is het juist dat de politie binnen mag op de afdeling omdat een patiënt wordt gezocht in verband met een misdrijf?
- Kan je als maatschappelijk werker informatie delen met de maatschappelijk werker van het OCMW? Je weet dat de patiënt, die je begeleidt in dagbehandeling, in 't weekend zwart werk doet. De patiënt zit in schuldbemiddeling.
- In het netwerkoverleg worden de burens af en toe betrokken. Kunnen we informatie delen? Zijn er voorwaarden?

Vanuit de nood aan bijkomende vorming, in het bijzonder over het gedeeld beroepsgeheim, en de nood aan gezamenlijke reflectie bij bijzondere casussen, zijn er bijkomende vormingsmomenten georganiseerd: met de leidinggevende verpleegkundigen in PZ Onze-Lieve-Vrouw, met de kernteams in PZ Heilig Hart, met diverse medewerkers in PTC Rustenburg en revalidatiecentrum Inghelburch.

Het thema zorgvuldig omgaan met informatiedeling is bij uitstek een thema waar juridische en morele aspecten van de hulpverlening samenkomen. Het centrale

uitgangspunt in de juridische benadering is 'wat zegt de wet, wat zegt de regelgeving'. Goed geïnformeerd zijn is belangrijk. Het biedt de hulpverlener een stevig houvast te weten welke informatie onder welke voorwaarden met wie gedeeld kan worden. Voor de patiënt biedt het de garantie dat er zorgvuldig met de privacy en de autonomie omgegaan wordt. Maar deze benadering is voor de hulpverlener niet voldoende. In de hulpverlening plaatst men een andere vraag centraal: namelijk 'hoe' moet er gehandeld worden om goede zorg te verlenen. Een antwoord ligt niet eenvoudig besloten in het opvolgen van regelgeving. De hulpverlener, het hulpverleningsteam, wordt uitgedaagd te 'reflecteren' op wat verantwoordelijke zorg is voor de concrete, soms erg kwetsbare patiënt in een concrete context. Dit vraagt een persoonlijke reflectie en een ethische dialoog.

Recht en ethiek liggen dicht bij elkaar. In de dagelijkse praktijk hebben hulpverleners met patiëntenrechten te maken: recht op privacy, recht op informatie, ... Op zich is het belangrijk om de regelgeving goed te kennen en zorgvuldig toe te passen, niet zozeer omdat een overtreding strafbaar kan zijn, maar wel omdat belangrijke waarden en normen in de regelgeving verankerd zijn, waarden als respect, autonomie, privacy ... In zekere zin is regelgeving 'gestolde' moraal. Regelgeving verzekert dat de patiënt aanspraak kan maken op deze belangrijke waarden. Voor de hulpverlener is het juridische kader een belangrijke handleiding voor de praktijk: principes maken duidelijk wat voor het delen van informatie behoorlijk is, wat goed is om te doen en te laten. Regelgeving leidt de informatieoverdracht in goede banen. In het eerst deel van deze bijdrage beschrijven we het kader van het gedeeld beroepsgeheim en het kader van het gezamenlijk beroepsgeheim. We geven een beschrijving en een inter-

pretatie zoals deze in de rechtsleer terug te vinden is.

Wanneer de hulpverlener eenmaal weet hoe iets juridisch geregeld is, zullen dilemma's in sommige situaties geen dilemma's meer zijn. Maar vaak is voor de hulpverlener de kous niet af als hij eenmaal weet hoe iets juridisch geregeld is. Soms wordt het strikt opvolgen van de regels zelfs als niet goed, als 'onethisch' ervaren. Er kunnen zich situaties voordoen waarin iemand tegen de wet ingaat om goede zorg te verlenen. De juridische regels ontslaan de hulpverlener niet van de verantwoordelijkheid om telkens weer na te gaan of iets vanuit ethisch perspectief juist is. In de zorg moet men niet alleen doen wat moet, maar alles wat in zijn vermogen ligt om de patiënt zo goed mogelijk te helpen. Deze reflectie is de kern van goede zorgverlening. In het tweede deel van het artikel gaan we hier dieper op in. Voor het zorgvuldig omgaan met informatie is dit bijzonder belangrijk. In de zorg voor patiënten met een psychische/psychiatrische kwetsbaarheid stoten we te vaak op de grenzen van autonomie en zelfbeschikking.

## **1. Het gedeeld beroepsgeheim**

### **1.1 Beroepsgeheim als gedeeld beroepsgeheim: ontwikkeling in de rechtsleer**

De hulpverlener is gehouden aan een geheimhoudingsplicht. De belangrijkste wettelijke bepaling m.b.t. het beroepsgeheim is artikel 458 uit het Strafwetboek, dat een misdrijf omschrijft. Dit artikel vindt zijn oorsprong in het colloque singulier tussen geneesheer en patiënt in het begin van de achttiende eeuw. Ondertussen is de context van hulpverlening grondig gewijzigd: multidisciplinaire samenwerking, nieuwe organisatievormen, patiën-

tenparticipatie, vraaggestuurde hulpverlening, ... Deze veranderingen hebben tot gevolg dat hulpverleners vaak gekneld zitten tussen de vertrouwensrelatie met de patiënt, de wettelijke bepalingen rond het beroepsgeheim en de collegiale relaties met andere hulpverleners (Schellaert 2010:103). Een ruimere interpretatie van het beroepsgeheim drong zich op, er is immers teveel onzekerheid omtrent het toepassingsgebied van Art 458 Sw. Binnen de rechtsleer is het idee van het gedeeld beroepsgeheim en meer recent het idee van het gezamenlijke beroepsgeheim gegroeid. Het gedeeld beroepsgeheim heeft betrekking op het delen van informatie met andere hulpverleners buiten het bestaande teamverband (dus met hulpverleners van andere voorzieningen, andere organisaties, netwerken, ...). Het gezamenlijk beroepsgeheim betreft de uitwisseling tussen hulpverleners binnen een bestaand team in een voorziening of een organisatie. In beide systemen blijft het beroepsgeheim een individuele verantwoordelijkheid. Geheimhouding blijft de kern: zonder toestemming van de patiënt kan informatie niet gedeeld worden. Maar onder strikte voorwaarden kan noodzakelijke informatie met bepaalde hulpverleners vanuit verantwoorde doelstellingen wel gedeeld worden. De strenge voorwaarden dienen tegelijk vervuld.

## 1.2 Voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim

Het gedeeld beroepsgeheim is aan voorwaarden verbonden:

- de patiënt moet geïnformeerd zijn en er moet toestemming zijn
- de hulpverlener die de informatie ontvangt
  - is in dezelfde mate gebonden door het beroepsgeheim
  - is betrokken op de concrete zorgverlening aan de patiënt

- treedt op met dezelfde zorgverlenende finaliteit
- enkel noodzakelijke informatie kan gedeeld worden

Deze voorwaarden moeten tegelijk vervuld zijn.

### 1.2.1 Eerste voorwaarde: patiënt stemt in met informatiedeling

In informatieoverdracht staat de patiënt centraal. Als basisprincipe geldt dat zonder medeweten van de patiënt geen informatie doorgegeven wordt. De hulpverleners kunnen enkel op een verantwoorde manier informatie doorgeven als ze dit eerst met de patiënt besproken hebben en in dit gesprek de toestemming van de patiënt verkregen hebben. Vóór informatie gedeeld wordt, is er overleg met de patiënt. Het is noodzakelijk dat de patiënt bij de eerste contactname met de hulpverlener op de hoogte is van de werking en van de mogelijke uitwisseling van informatie met andere hulpverleners. Bij de start verneemt de patiënt dan welke hulpverleners (identiteit) vertrouwelijke gegevens kunnen ontvangen en waarom dit noodzakelijk is voor de goede zorgverlening. Bij aanvang van de zorgperiode wordt informatiedeling voor de patiënt transparant: welke informatiestromen zijn er, welke informatie wordt doorgegeven, wat is het doel van de communicatie en wie (identiteit) zal informatie ontvangen. Als de hulpverlener in dit overleg van de patiënt impliciet of expliciet toestemming krijgt, kan er met professionele hulpverleners noodzakelijke informatie worden gedeeld. Daar een patiënt niet altijd in staat is om tijdens een intakeprocedure ten volle te beseffen wat de toestemming inhoudt, is het correct om later op dit onderwerp terug te komen en er op toe te zien dat de patiënt ten volle blijft beseffen dat informatie over hem met anderen gedeeld wordt (Schellaert 2010:105).

Van meet af aan is de patiënt op de hoogte van de informatiedeling. In de mate van het mogelijke kan de patiënt betrokken worden bij de uitwisseling. Deze manier van werken doet recht aan de waarde van de autonomie, de privacy en het vertrouwen. De patiënt neemt deel aan de uitwisseling, heeft een aandeel in beslissingen die rechtstreeks van invloed zijn op het eigen leven. Indien de patiënt niet kan participeren, is er achteraf zoveel mogelijk feedback nodig.

De plicht tot geheimhouding is de kern van het gedeeld beroepsgeheim. Dit betekent dat, indien de patiënt zich verzet tegen de overdracht, er geen gegevens uitgewisseld kunnen worden. Zo kan de patiënt betwisten dat een bepaalde persoon informatie krijgt, dan kan aan deze persoon geen informatie worden gegeven. De patiënt kan zich ook verzetten t.a.v. het doorgeven van bepaalde informatie, dan kan dit gedeelte van de informatie niet worden uitgewisseld. Hulpverleners proberen dan zoveel mogelijk in dialoog te gaan en tot overeenstemming te komen. Maar zonder toestemming kan informatie niet gedeeld worden.

Er zijn echter uitzonderlijke situaties waar een hulpverlener informatie kan meedelen zonder dat de patiënt ermee akkoord gaat. Wanneer ernstige schade aan de fysieke en psychische gezondheid of integriteit van de patiënt of een andere persoon slechts kan vermeden worden door informatie door te geven, moet de hulpverlener informatie meedelen. Op zich is dit schending van de privacy, maar dit is ondergeschikt aan de waarde van gezondheid, integriteit en zorgverlening. Het betreft hier een proportionele af-

weging tussen het delen van informatie zonder toestemming en de gradatie in de bedreiging of schending van de gezondheid of integriteit. Hulpverleners kunnen dan wel noodzakelijke informatie delen om dreigende schade te voorkomen of te beperken.<sup>1</sup>

### *1.2.2 Tweede voorwaarde: drie eisen t.a.v. de hulpverlener die de informatie ontvangt*

#### **eerste eis: de ontvangende hulpverlener is gebonden door het beroepsgeheim**

Het beroepsgeheim is deel van een noodzakelijk vertrouwensberoep. Een patiënt heeft een relatie van vertrouwen nodig om goede zorg te krijgen. Binnen een vertrouwensrelatie geeft de patiënt noodgedwongen vertrouwelijke informatie prijs om geholpen te kunnen worden. De patiënt rekent erop dat de hulpverlener zijn vertrouwen niet zal beschamen en zal zwijgen over wat hij gezien en gehoord heeft. Ook de hulpverlener heeft vertrouwen nodig om zijn job te kunnen uitoefenen. Als het beroep uitoefenen veronderstelt dat iemand noodzakelijkerwijze binnen moet dringen in de private sfeer van een persoon dan spreken we van een noodzakelijk vertrouwensberoep.

Hulpverleners hebben de plicht tot geheimhouding. Zij mogen vertrouwelijke patiënteninformatie, die ze in de uitoefening van hun taken vernemen, in principe niet doorgeven aan andere hulpverleners. Enkel onder strikte voorwaarden kan in het kader van het gedeeld beroepsgeheim vertrouwelijke informatie gedeeld worden. Indien de patiënt toestemming

---

<sup>1</sup> In het tweede gedeelte van het artikel gaan we hier dieper op in. We stellen dat voor de meest kwetsbare, de meest afhankelijke patiënt niet 'de zelfbeschikking', maar wel het respect voor de menselijke waardigheid het uitgangspunt moet zijn. Dit betekent dat de hulpverlener tegen de keuzes van de patiënt kan ingaan als deze zijn waardigheid ondermijnen.

geeft, kan de hulpverlener met *professionele of semi-professionele hulpverleners die in dezelfde mate gebonden zijn door het beroepsgeheim* noodzakelijke informatie delen. Delen van vertrouwelijke informatie kan *enkel* met wie in dezelfde mate gebonden is door het beroepsgeheim. Al wie in de zorgsector een noodzakelijk vertrouwensberoep heeft, is in dezelfde mate gebonden door het beroepsgeheim: artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesisten, logopedisten, ergotherapeuten, zorgkundigen, psychologen, maatschappelijke assistenten.

Studenten, stagiairs, vrijwilligers hebben een semi-professionele vertrouwensfunctie. Zij zijn in dezelfde mate gebonden door het beroepsgeheim indien zij in een hulpverlenende taak staan als noodzakelijke vertrouwensfiguur en in een georganiseerd verband werken.

Met wie geen noodzakelijk vertrouwensberoep bekleedt t.a.v. de patiënt kan zonder medeweten van de patiënt (of diens vertegenwoordiger) geen vertrouwelijke informatie gedeeld worden. Concreet wil dit zeggen dat familie, burens, mantelzorgers, medewerkers van ondersteunende diensten, ... geen vertrouwelijke informatie ontvangen.

Het is de verantwoordelijkheid van de hulpverlener die informatie wil delen om na te gaan of de geadresseerde gebonden is door het beroepsgeheim en te controleren of de 'ontvangende' hulpverlener er zich bewust van is gebonden te zijn door het beroepsgeheim (I. Van der Straete en J. Put, 2005: 211).

### **tweede eis: de ontvangende hulpverlener is in de concrete zorgverlening van de patiënt betrokken**

De hulpverlener die de vertrouwelijke informatie krijgt, heeft in principe een persoonlijk contact met de patiënt. Daar de

continuïteit van de zorg informatiedeling vraagt tussen wie werkt aan de uitvoering en de voortzetting van de behandeling en begeleiding van de patiënt, kan ook de hulpverlener die in een vervolgtraject betrokken wordt en een vertrouwensrelatie zal opbouwen ook vertrouwelijke informatie krijgen, maar de patiënt moet wel op de hoogte zijn.

### **derde eis: de ontvangende hulpverlener treedt op met dezelfde zorgverlenende doelstelling (finaliteit)**

Patiënten komen in aanraking met verschillende hulpverleners die zich elk binnen een eigen kader bewegen waaraan eigen specifieke, niet altijd op zorgverlening gerichte doelstellingen verbonden zijn. Zo kunnen de hulpverleners die werken in dienst van de administratieve overheid, vb. OCMW, naast de zorgverleningopdracht ook een opdracht van maatschappelijke controle hebben. Ook het optreden van de justitiële partner is niet uitsluitend op zorgverlening gericht, maar voor een deel ook op de inschatting van het risico op recidive en de strijd tegen onveiligheid.

De doelstelling en achterliggende filosofie van hulpverleners die op rechtstreekse vraag van de patiënt zorg verlenen, kunnen botsen met de doelstellingen gehanteerd door hulpverleners die werken in dienst van de administratie of de justitiële overheid. Zij hebben immers aangifteplicht. Zij treden niet op met eenzelfde finaliteit als hulpverleners die rechtstreeks op vraag van de patiënt zorg verlenen. Het principe van gedeeld beroepsgeheim kan niet worden toegepast. Hulpverleners mogen geen vertrouwelijke informatie ter beschikking stellen.

Bij opname onder strikte juridische voorwaarden, wordt informatie verbonden aan die voorwaarden wel doorgegeven, maar niet alle informatie zal met hen uitgewisseld kunnen worden.

### 1.2.3 Derde voorwaarde: enkel noodzakelijke informatie wordt gedeeld

Communicatie van vertrouwelijke gegevens moet noodzakelijk zijn in het licht van de continuïteit of kwaliteit van de hulp. De uitgangsvraag is steeds: is het delen van vertrouwelijke gegevens onmisbaar voor de interventie van de hulpverlener in de zorg van de patiënt.

Alleen die gegevens die rechtstreeks in verband staan met het interventiedomein van de hulpverlener (kiné, zorgkundige, ...) worden doorgegeven. De rest van de informatie blijft vertrouwelijk.

### 1.3 Voorwaardelijk gezamenlijk beroepsgeheim

Het gezamenlijk beroepsgeheim is de meest recente ontwikkeling in de rechtsleer. Het is een bijzondere uitbreiding van het gedeeld beroepsgeheim (I. Van der Straete en J. Put, 2005:234).

Bij het gedeeld beroepsgeheim werken hulpverleners samen, maar vormen geen afgeleide hulpverleningseenheid.

De hulpverleners kunnen in functie van de zorg en de continuïteit van de zorgverlening noodzakelijke informatie delen, als alle voorwaarden van het gedeeld beroepsgeheim zijn voldaan.

Het gezamenlijk beroepsgeheim is een bijzondere vorm van het gedeeld beroepsgeheim. 'Gezamenlijk' verwijst naar of vertrekt van *een daadwerkelijk afgeleide hulpverlenereenheid die werkt in teamverband* (het team van een afdeling, het team van een paviljoen).

Als team is men gezamenlijk verantwoordelijk voor de hulpverlening voor een groep patiënten. Tussen de teamleden kan alle relevante informatie vrij circuleren, nodig om effectief de verantwoordelijkheid te kunnen opnemen die op het team rust. Elk

teamlid kan vanuit de eigen deskundigheid verzamelde informatie aanbrenge- teneinde onderliggende verbanden te leggen en tot een beter inzicht te komen in de problematiek van de patiënt. In teamverband werken hulpverleners samen, niet onafhankelijk van elkaar. Niemand kan alleen optredende vertrouwensfiguur zijn, onderling zijn er als het ware geen beroepsgeheimgrenzen.

Dit wil echter niet zeggen dat in een team alle informatie wordt gedeeld. Enkel de informatie relevant voor de zorg wordt uitgewisseld, en dit uit respect voor de privacy van de patiënt (onderscheid need to know – nice to know)

Zoals het gedeeld beroepsgeheim voorwaardelijk is, zo ook is het gezamenlijk beroepsgeheim voorwaardelijk: dezelfde voorwaarden van het gedeeld beroepsgeheim gelden.

Kort samengevat gelden dezelfde voorwaarden t.a.v. het team. Voor de patiënt en alle teamleden moet duidelijk zijn wie tot het team behoort. Dit maakt het gezamenlijk beroepsgeheim transparant. De teamleden zijn in de concrete zorg betrokken en dragen een gezamenlijke zorgopdracht voor de patiënt.

Elk teamlid heeft de plicht tot beroepsgeheim. Er zijn eveneens voorwaarden t.a.v. de uitvoering van het beroepsgeheim.

Zo vlug mogelijk moet de patiënt geïnformeerd worden en is er toestemming van de patiënt nodig voor het gezamenlijk beroepsgeheim.

De informatie die gedeeld wordt moet relevant zijn voor de zorg, wat niet relevant is blijft geheim.

## 2. Enkele ethische doordenkers

*Hoe goed uitgewerkt een kader ook mag zijn, wanneer een hulpverlener geen uitgesproken keuze maakt om ethisch te handelen, zal elk kader zijn doel missen* (Leijssen)

Het kader van het gedeeld beroepsgeheim is primair een 'instrument' om informatiedeling in goede banen te leiden. Dit instrument is inherent waardevol want bevestigt en bevordert de privacy en de autonomie van de patiënt. Het strikt opvolgen van een kader volstaat niet. Het kennen en toepassen van de regels en principes is belangrijk, maar onvoldoende. Er is nood aan een 'doordenkende blik'. Er is nood aan een ethische oriëntatie. In de zorg moet men niet alleen doen wat moet, maar alles wat in zijn vermogen ligt om de patiënt zo goed mogelijk te helpen. Dit veronderstelt het opnemen van eigen verantwoordelijkheid, het persoonlijk reflecteren en in overleg met patiënt, naastbetrokkenen en andere betrokken hulpverleners, tot beslissingen komen.

'Alles doen wat in zijn vermogen ligt om de patiënt zo goed mogelijk te helpen' kan betekenen dat de hulpverleners tegen de keuzes van de patiënt ingaan of de keuzes beperken. Voor de meest kwetsbare of meest afhankelijke patiënt is niet de zelfbeschikking, maar respect voor de menselijke waardigheid het uitgangspunt. Hier gaan we dieper op in. Daarna beschrijven we een aantal criteria om zo zorgvuldig mogelijk af te wegen of informatie al dan niet gedeeld wordt.

## **2.1 Autonomie als actieve zelfbepaling door ondersteuning van anderen**

Het principe van de autonomie is niet meer weg te denken in de gezondheidszorg. Het is juridisch verankerd in het gezondheidsrecht: wet Patiëntenrechten, Euthanasiewet, ...

Het is uitgangspunt van het kader van het gedeeld beroepsgeheim: dat de patiënt geïnformeerd moet zijn en zijn toestemming moet geven, is de eerste voorwaarde van het gedeeld beroepsgeheim. Hoe moeten we het respect voor de auton-

omie begrijpen?

Moet de hulpverlener uit respect voor de individuele keuze van de patiënt de optie van de patiënt volgen, en dus indien de patiënt geen toestemming geeft, geen informatie delen?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk, afhankelijk van de visie op autonomie, afhankelijk van de visie op zorg en rekeninghoudend met de kwetsbaarheid van de patiënt.

### *2.1.1 Autonomie als individuele zelfbeschikking*

Respect voor de autonomie kan begrepen worden als het recht te kiezen *zonder inmenging*. De patiënt moet zijn leven zelf kunnen inrichten, los van bemoeienis van de ander. De patiënt moet zelf kunnen uitmaken wat goed is.

De patiënt mag enkel beperkt worden in zijn keuze als zijn keuze de vrijheid van andere personen in het gedrang brengt. Deze visie op autonomie stelt hoge eisen aan de persoon: mondig zijn, intellectueel sterk zijn. In deze visie loopt men het gevaar de autonomie te sterk en te eenzijdig te accentueren.

Deze interpretatie van autonomie kan tot gevolg hebben dat adequate zorg niet gegeven kan worden.

Dit kan zorgverlamming met zich mee brengen, met verwaarlozing of isolement van mensen die in een kwetsbare positie verkeren (Leijssen 2005:21). De patiënt wordt aan zijn lot overgelaten, de hulpverlener blijft enigszins werkloos aan de kant staan.

### *2.1.2 Relationele autonomie*

Autonomie-in-verbondenheid is een ander concept van autonomie. Autonomie wordt hier begrepen als *actieve zelfbepaling met behulp van ondersteuning van*

*anderen*. In deze benadering staan de inter-persoonlijke betrokkenheid tussen patiënt en hulpverleners (en waar mogelijk naastbetrokkenen), en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voorop. Hulpverleners treden in dialoog met de patiënt, bevragen de beleving van de patiënt, vragen waarom de patiënt de informatie niet wil delen. In dialoog, in het 'luisteren' wordt de patiënt gestimuleerd zijn perspectief te verhelderen en te verruimen, zodat de patiënt in staat is in de gegeven situatie de voor hem meest aanvaardbare keuze te maken. De kwaliteit van de keuze wordt positief beïnvloed.

De patiënt wordt ondersteund in zijn pogingen betekenis te geven aan datgene dat hem overkomt.

Wanneer in de zorg onderlinge betrokkenheid, verbondenheid en solidariteit de dominante waarden zijn, worden andere beslissingen genomen die het welzijn van de patiënt meer ten goede komen, dan wanneer er een te sterke nadruk op de individuele keuzevrijheid en zelfbeschikking ligt. Dit leidt al te vaak tot een uithollen van de betrokkenheid en verantwoordelijkheid.

### *2.1.3 Niet zelfbeschikking centraal maar menselijke waardigheid*

Wanneer autonomie begrepen wordt als zelfbeschikking, is het ethische uitgangspunt: de patiënt is een persoon met recht op zelfbeschikking.

Dit veronderstelt dat de patiënt tot keuzemogelijkheid in staat is, dus mondig en competent is. Vooral voor de meest afhankelijke en meest kwetsbare patiënten is het vaak een illusie om hun keuzemogelijkheden te beklemtonen.

Door hun situatie, door hun existentiële conditie kunnen zij erg beperkt zijn in de keuzemogelijkheid, meer nog, kan hun (beperkte) keuzemogelijkheid hun menselijke waardigheid uithollen. Patiënten

kunnen door hun eigen handelen hun situatie ondermijnen. Dan is het belangrijk dat hulpverleners tegen de keuzes van de patiënt ingaan.

Dit wil dan ook zeggen dat voor de meest kwetsbare, meest afhankelijke patiënt niet de zelfbeschikking, maar respect voor de menselijke waardigheid het ethische uitgangspunt is.

Het is dan niet vanuit macht dat de hulpverlener zich eventueel tegenover de patiënt opstelt, maar vanuit de zorg om de kwetsbare patiënt zijn waardigheid te laten hervinden (Leijssen 2005: 33). In deze visie staat noch de zelfbeschikking van de patiënt, noch de kwaliteit en de professionaliteit van de hulpverlener centraal, maar wel de waarde van het vertrouwen in de relatie tussen de hulpverleners en patiënt (en indien mogelijk de naastbetrokkenen), en de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen in de zorg.

### *2.1.4 Respect dé grondhouding van de hulpverlener*

Respectvol omgaan met de patiënt betekent de patiënt onbevooroordeeld tegemoet te treden, hem te ontvangen zoals hij komt en hem op die wijze te bevestigen in zijn bestaan. Dit creëert veiligheid. Een respectvolle houding veronderstelt empathie voor de leefwereld van de patiënt, voor het perspectief van de patiënt, voor zijn gevoeligheden en zijn prioriteiten. Empathie die uitmondt in mededogen, dat is de belangrijkste bron van het ethisch handelen. Juist in mededogen wordt de patiënt niet losgelaten, maar gesteund. Mededogen is betrokkenheid. De hulpverlener verplaatst zich in de situatie van de patiënt, bedenkt hoe men zelf benaderd zou willen worden in dergelijke omstandigheden, en handelt 'in overeenstemming met hoe men zelf liefst behandeld zou willen worden' (Leijssen 2005: 21).

## 2.2 Informatie doordacht doorgeven

Wanneer hulpverleners overwegen of zij informatie vertrouwelijk houden of informatie uitwisselen, stellen zij zich de vraag of het doorgeven van informatie relevant is voor de goede zorg. Om zo zorgvuldig mogelijk af te wegen of ze informatie vertrouwelijk houden of meedelen, kunnen de zorgverleners de volgende tien criteria gebruiken. Deze criteria zijn opgebouwd rond vier klassieke vragen: waarom, wie, wat en hoe (Liégeois 2009:149).

*Waarom?*

1. *Met welk doel wordt de informatie meegedeeld? Is het informeren gericht op de zorg voor de patiënt? Is het gericht op de belangen van de patiënt? Of is het gericht op andere belangen? Wat zijn de motieven om informatie te geven of te vragen? Welke doelstelling is verantwoord? ...*

*Wie?*

2. *Is de informatieontvanger voldoende betrokken? Welke band heeft die persoon met de patiënt? Staat die persoon in een zorgrelatie tot de patiënt? Is er een vertrouwensrelatie met de patiënt? Behartigt die persoon de belangen van de patiënt? Of beschermt die persoon de integriteit van de patiënt of van een ander? ...*

3. *Kan de informatieontvanger de informatie verwerken? Kan die persoon de gegevens verstandelijk en emotioneel verwerken? Wat is de draaglast van de informatie? Wat is de draagkracht van die persoon? Is er een goede verhouding tussen beide? ...*

4. *Wie is de meest geschikte informatieverstrekker? Welke zorgverlener is het meest geschikt om de informatie te verstrekken? Wie heeft de beste vertrouwensrelatie met de informatieontvanger? Wie is het meest deskundig om bepaalde informatie te geven? ...*

*Wat?*

5. *Is de informatie relevant?*

*Is de informatie relevant of betekenisvol voor de doelstelling en voor de informatieontvanger? Is de informatie noodzakelijk om goede zorg te bieden, om de belangen van de patiënt te behartigen, of om de integriteit van de patiënt of een ander te beschermen? Wat zijn hoofdzaken en wat zijn bijzaken? ...*

6. *Is de hoeveelheid informatie gepast? Wordt er teveel informatie meegedeeld? Of wordt er te weinig informatie verstrekt? Is de informatie voldoende om verantwoordelijkheid op te nemen? Welke is de juiste maat van informatie? ...*

7. *Is de informatie gegrond en betrouwbaar? Wie of wat is de bron van de informatie? Is de informatie voldoende gecontroleerd op haar betrouwbaarheid? Is de informatie hypothetisch of bevestigd? ...*

*Hoe?*

8. *Wordt de informatie vertrouwelijk meegedeeld? Is de wijze van informeren voldoende vertrouwelijk? Toont de informatieverstrekker voldoende respect voor de patiënt? Is de informatieontvanger gebonden aan het beroepsgeheim? Is het meedelen van informatie voldoende beveiligd? ...*

9. *Wat zijn de gunstigste omstandigheden om informatie mee te delen? Wanneer wordt de informatie best meegedeeld? Waar wordt de informatie best meegedeeld? Wordt voldoende rekening gehouden met de context? ...*

10. *Kan de patiënt aanwezig zijn bij het meedelen van de informatie? Is het aangewezen, wenselijk en mogelijk dat de patiënt aanwezig is bij het meedelen van de informatie? Wenst de patiënt aanwezig te zijn? Kan de patiënt de informatie zelf meedelen? Hoe kan de patiënt betrokken worden indien hij of zij niet aanwezig kan zijn? ...*

*(Broeders van Liefde 2009:2)*

## Nabeschoouwing

*'Wat te zeggen...het gedeeld beroepsgeheim en de zorg voor goede hulpverlening'* is de titel van deze bijdrage. De titel sug-

gereert dat het zorgvuldig omgaan met informatie zich afspeelt op het grensvlak van recht en ethiek.

Dit samengaan van de juridische en ethische aspecten, en het zoeken naar een evenwicht in functie van goede zorgverlening zouden we willen illustreren met het beeld van een koorddanser. Om stabiliteit te bewaren en zijn doel te bereiken, beschikt de koorddanser over een evenwichtsstok en de concentratie op zijn doel. Ook de hulpverlener heeft een 'doel', een focus: de hulpverlener is gericht op een zo goede mogelijke zorg voor de patiënt.

De hulpverlener behoudt stabiliteit door én grondige kennis van regelgeving én door een geoefend reflexief vermogen. Regelgeving biedt houvast om correct om te gaan met informatiedeling. Maar het kan niet de bedoeling zijn dat alles met regels 'dichtgetimmerd' wordt, alsof hulpverleners niet meer zelf hoeven na te denken over wat ze doen en waarom ze het doen (Bauduin-Kanne 2009:125).

Goede zorgverlening impliceert dat de hulpverleners zelf, afhankelijk van de omstandigheden en de hulpvraag van de patiënt, beslissen wat het juiste is om te doen. Hiervoor is de ethische reflectie en de dialoog onmisbaar. Ook dit is een belangrijke bron van 'kennis', een competentie die geoefend kan worden.

In de hulpverlening zien we in toenemende mate wat we een juridisering van de gezondheidszorg kunnen noemen: in procedures, protocollen, codes, wordt steeds meer vastgelegd wat gedaan moet worden en wie voor wat verantwoordelijk is. Deze tendens heeft positieve en negatieve kanten. De positieve kant van een juridisch kader is het houvast bij het beantwoorden van vragen. Maar de schaduwzijde is dat hulpverleners minder aangesproken worden om zelf te denken, want er is immers een regel. Maar zo werkt

de zorg niet .... In de zorg kunnen we heel veel zaken plannen, in regels en procedures gieten.

Maar de kern van de zorg blijft in wezen onvoorspelbaar, heel persoonlijk en heel complex. Aan de zorgverleners om heel persoonlijk en in overleg zorg te dragen voor goede hulpverlening.

Annemie Vanmol

stafid ethiek

vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu

#### Literatuur

BAUDUIN, D. en KANNE, M. (2009), Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie, Amsterdam, SWP, 159 p.

BROEDERS VAN LIEFDE, BEGELEIDINGS-COMMISSIE ETHIEK GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (2009), Informatie uitwisselen bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg. Ethisch advies, 12 p.

LEIJSEN, M. (2005), Gids Beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in psychotherapie en hulpverlening, Leuven, Acco, 164 p.

LIÉGEOIS, A. (2009), Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg, Leuven, LannooCampus, 192 p.

SCHELLAERT, R. (2010), Wat ervan te zeggen. Informatie en beroepsgeheim binnen het ortho- en sociaalagogisch werkveld, Antwerpen, Intersentia, 374 p.

VAN DER STRAETE, I. & J. PUT (2005), Beroepsgeheim en hulpverlening (Welzijn – Welzijnsrecht),

Brugge, Die Keure, xviii - 267 p.

VZW GEZONDHEIDSZORG BERMHERTIGHEID JESU (2009), Uitwisseling van informatie in voorzieningen en netwerken binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ontwerp ethisch advies, 15 p.

WIDDERSHOVEN, G. (2000), Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidszorg, Maastricht, 176 p.



[www.astrazeneca.be](http://www.astrazeneca.be)

**AstraZeneca** 

Als wereldleider van de farmaceutische industrie is het onze roeping om medicijnen te ontwikkelen die zieken genezen en de levenskwaliteit van patiënten verbeteren op 7 therapeutische gebieden met, onder meer recente ontwikkelingen inzake borst- en longkanker en de behandeling van cholesterol of van veneuze tromboses.

Om dit doel te bereiken, geloven wij in innovatie. Bij ons krijgt innovatie niet alleen vaste vorm door grote investeringen op het vlak van R&D maar ook door het zoeken naar nieuwe ideeën die een grote vooruitgang voor de gezondheid inhouden en leiden tot nieuwe samenwerkingsverbanden met onze partners.

Bovendien sporen wij graag op alle vlakken aan tot creativiteit, want hoe meer goede ideeën, hoe meer onze werknemers, de spelers in de gezondheidszorg en de hele gemeenschap hier profijt uit kunnen halen.

Elke dag opnieuw zet ons devies "life inspiring ideas" ons aan om nieuwe wegen in te slaan, met als doel hechte en duurzame relaties uit te bouwen en bij te dragen aan eenieders ontplooiing.

life inspiring ideas

Ogier/Real/Agaz

