

Beroepsgeheim en communicatie met naastbetrokkenen in de GGZ

1. INLEIDING

Het beroepsgeheim¹ is een belangrijk gegeven in de gezondheidszorg. Het is een belangrijke voorwaarde die zorgvragers² en zorgverleners in staat stelt en ondersteunt om een vertrouwensrelatie aan te gaan en uit te bouwen. De zorgvrager weet immers dat vertrouwelijke informatie zoals medische gegevens en andere persoonlijke zaken niet zomaar worden gedeeld met anderen en publiek gemaakt. Het delen van noodzakelijke informatie staat echter eveneens vrij centraal in de zorgverlening. Zo kan een team door informatieoverdracht beter inspelen op de noden en zorgen van een bepaalde zorgvrager, zoals extra waakzaamheid rond bepaalde prikkels of bijwerkingen van bepaalde medicatie.

In 2009 werd binnen de VZW een tekst gepubliceerd die ingaat op de uitwisseling van informatie in voorzieningen en netwerken binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze tekst geeft uitgebreide informatie over historiek en verschuivingen binnen het beroepsgeheim, het wettelijke kader, algemene richtlijnen en ethische grondprincipes. Ook wordt er ingegaan op de verschillende toepassingsgebieden, zoals het delen van informatie met medewerkers van de eigen instelling, medewerkers buiten de instelling, politie, bewindvoerder enz. Ook de verhouding met familie en betekenisvolle anderen, derden en medepatiënten komen in deze tekst aan bod.

Uit overleg en praktijkervaringen van verschillende betrokkenen blijkt echter dat het beroepsgeheim/discretieplicht en de belangen en wensen van naastbetrokkenen vaak in spanning komen te staan met elkaar. Hulpverleners worden bijvoorbeeld vaak geconfronteerd met bezorgde ouders, partners, kinderen of vrienden die meer informatie wensen/over de situatie van de zorgvrager. Deze laatste is echter niet steeds bereid of in de mogelijkheid zelf of via anderen informatie met zijn/haar naasten te delen. Zo kan de zorgvrager bijvoorbeeld in een ontkenningfase verkeren, of een gebrek aan ziekte-inzicht vertonen. Nog een andere mogelijkheid is dat de zorgvrager zich ook niet bewust is van de noden van de naastbetrokkenen.

¹ Het beroepsgeheim geldt voornamelijk voor zorgberoepen. Andere betrokkenen bij de zorg, zoals schoonmaakpersoneel of directie zijn gehouden aan een discretieplicht.

² In deze tekst worden de begrippen zorgvrager, cliënt en zorgontvanger door elkaar gebruikt

Van naastbetrokkenen wordt er ook geregeld verwacht dat zij mee verantwoordelijkheid en engagement opnemen voor de zorgvrager. Ook zijn het meestal deze personen die de impact van psychische ziekte of kwetsbaarheid bij hun naaste het duidelijkst voelen en ondervinden in hun directe omgeving.

Deze tekst mag dan ook gezien worden als een aanvulling op de tekst van 2009, met een specifieke focus op de problematiek rond informatiedeling met naastbetrokkenen van de zorgverlener in de geestelijke gezondheidszorg.

In onze huidige maatschappij lijkt zich rond het delen van informatie binnen de gezondheidszorg een paradoxale ontwikkeling voor te doen³. Enerzijds wordt er steeds intensiever gebruik gemaakt van elektronische patiëntendossiers, waarin gegevens voornamelijk onder hulpverleners maar ook met de zorgvrager zelfs steeds transparanter en in grotere mate worden gedeeld. Vaak geeft de zorgvrager bij het afgeven van de identiteitskaart reeds impliciet de toestemming, via een soort *opting-out* systeem, om zijn/haar gegevens te registreren en te delen met een team hulpverleners. Anderzijds zijn hulpverleners en zorginstellingen in sommige gevallen terughoudender geworden in het mededelen van gegevens en informatie aan naastbetrokkenen of derden. Dit contrasteert met de beweging binnen de geestelijke gezondheidszorg en diverse initiatieven om familie en andere betrokkenen op verschillende manieren mee te betrekken in het hele zorgtraject dat met de zorgvrager wordt doorlopen en als volwaardige partner te beschouwen. Initiatieven als gezinstherapie, *'open dialogue'*, psycho-educatie, overleg met familievertegenwoordigers enz. zijn hier maar enkele voorbeelden van.

In deze tekst willen we enkele richtlijnen uitzetten en visie weergeven om het delen van informatie met naastbetrokkenen te helpen ondersteunen. Hierin willen we de nadruk leggen op onder andere het faciliteren van een open dialoog tussen alle gesprekspartners en het aanbieden van vorming en ondersteuning in deze materie voor medewerkers. We beschrijven eveneens enkele centrale waarden die in deze thematiek naar boven komen. Hiernaast willen we ook de aandacht kritisch vestigen op enkele mogelijkheden maar ook bepaalde beperkingen die de huidige wetgeving in België in deze stelt. We vangen hieronder echter aan met enkele situatieschetsen, die een beeld geven van de concrete realiteit en gevoeligheden die deze thematiek kenmerken.

³ Ook in de maatschappij als dusdanig doet zich een vergelijkbare ontwikkeling voor: enerzijds worden er bijvoorbeeld door het massale gebruik van sociale media bijzonder veel en vaak (persoonlijke) gegevens uitgewisseld, publiek gedeeld en zelfs gebruikt voor commerciële doeleinden. Hiertegenover staat het gevoel bij velen zich terug te willen/kunnen trekken in de beslotenheid van de private ruimte, waarin men volledig zichzelf wil kunnen zijn.

2. WAAROVER GAAT HET ?

ENKELE SITUATIESCHETSEN

UIT DE PRAKTIJK

- Geert verblijft al een hele poos op de dienst. De medewerkers hebben doorheen de tijd een goed contact opgebouwd met Geerts ouders, die regelmatig bellen en op bezoek komen. Geert had tijdens het weekend echter een herval en vraagt expliciet dit niet aan de ouders te vertellen, die maandagmorgen zoals gebruikelijk spontaan even bellen om te vragen hoe het weekend geweest is.
- Leen is erg bezorgd om haar zus Sarah. Sarah heeft thuis verschillende keren met suïcide gedreigd. Na het weekend gaat Leen naar het centrum en vraagt of haar zus veilig op haar kamer op de afdeling aangekomen is. Sarah antwoordt niet op Leens berichtjes en neemt ook haar telefoon niet op...
- Fatima en Mirjem maakten zich thuis al enkele weken zorgen om hun moeder Amina. Via de huisarts werd Amina opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis. Over de telefoon en tijdens de bezoekenmomenten gaat Amina niet in op de meeste vragen van haar dochters. Fatima en Mirjem maken zelf een afspraak bij de psychiater en vragen haar naar de diagnose en prognose van hun mama.
- Bart is ernstig psychisch ziek en kan zelf eigenlijk geen grote beslissingen maken. Bart heeft geen familie. Wel is er een vroegere buurvrouw Veerle die zich het lot van Bart aantrekt en regelmatig op bezoek komt. Volgens de wet heeft Veerle echter geen inspraak in het zorgtraject van Bart...
- Karel strubbelt steeds sterk tegen om zich te douchen of te wassen. Wanneer de verpleging na een weekend thuis aan Karel vraagt of hij zich aan de afspraak heeft gehouden om zich correct te verzorgen, liegt hij hierover. Zijn moeder vertelt echter aan de verpleging de ware toedracht, maar vraagt er uitdrukkelijk bij om zeker niet aan haar zoon te vertellen dat zij dit 'geklikt' heeft. Karel vermoedt echter het contact tussen zijn moeder en de verpleging en wordt heel boos. Nadien vertelt hij aan de begeleiding dat hij zich bijzonder machteloos en kwaad voelt als hij het gevoel krijgt dat er niet met hem maar over hem wordt gesproken...
- Heleen wordt begeleid door het mobiele team. Haar vriend is heel tevreden over de zorgen en informatie die zijn partner krijgt. Maar zelf voelt hij zich wat in de kou gelaten: hij krijgt weinig informatie en onvoldoende begeleiding, vindt hij...

- Lieve is nog maar net opgenomen op de afdeling en laat een verwarde indruk na op de zorgverleners. Ze vertelt geregeld zaken die niet of slechts gedeeltelijk correct zijn. Zo vertelt ze ook aan de verpleging dat ze door sommige van haar familieleden slecht behandeld is. Wanneer haar broer naar de afdeling belt om te vragen hoe het met zijn zus gaat, weten de hulpverleners niet goed hoe ze in deze situatie kunnen reageren...

3. KERNWAARDEN IN DE INFORMATIE-UITWISSELING MET NAASTBETROKKENEN

Hieronder komen een aantal belangrijke kernwaarden aan bod die in vele concrete gevallen meespelen in het spanningsveld tussen beroepsgeheim of discretieplicht en de communicatie met naastbetrokkenen. Vaak komen deze waarden ook in spanning met elkaar te staan. De volgorde waarin deze waarden hieronder worden opgesomd zegt niets over hun respectievelijk belang in het algemeen of hun respectievelijk gewicht in een bepaalde situatie.

1. Privacy

Privacy werd reeds in de negentiende eeuw door Warren en Brandeis omschreven als “het recht om alleen gelaten te worden”. In de context van de geestelijke gezondheidszorg neemt dit universele mensenrecht en waarde een zeer belangrijke en tegelijk soms moeilijke plaats in. Tijdens een al dan niet gedwongen opname bijvoorbeeld moet de zorgvrager noodgedwongen een deel van zijn privacy immers (letterlijk) blootgeven. Dit kan gaan over lichamelijke of ruimtelijke vormen van *privacy* in een situatie van een afzonderingskamer of bij het wassen van een zorgvrager bijvoorbeeld, maar ook over informatiegegevens. Persoonlijke gegevens, gevoelens, gevoelige situaties worden immers het onderwerp van therapie, gesprek of administratie. Ook het mee functioneren op een afdeling en in een groep perkt in zekere mate de privacy en autonomie van het individu in. Zorgverleners hebben dan ook de belangrijke taak om zorgvuldig om te springen met en zorg te dragen voor deze waarde.

Hier komt bij dat de zorgverstrekkers er over moeten waken dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen de gegevens die noodzakelijk zijn voor het herstel- en zorgproces van de zorgvrager, en de gegevens die dit niet zijn. Hier wordt er gesproken over het onderscheid ‘*need to know*’ en ‘*nice to know*’⁴. Reflectie is nodig rond welke gegevens noodzakelijk zijn te weten, en met wie het noodzakelijk is deze te delen. Bovendien hebben zorgverstrekkende diensten en hun medewerkers ook de plicht om de verkregen informatie zorgvuldig te bewaren en te beveiligen.

⁴ Dit onderscheid is niet steeds even gemakkelijk te maken. Zo kan het eetgedrag van een zorgvrager in sommige gevallen zeer belangrijke informatie zijn, en in andere irrelevant. Belangrijk is echter om in het delen van informatie tussen hulpverleners en naar externen toe om het ‘*sensationele*’ karakter zo veel mogelijk achterwege te laten.

De wet patiëntenrechten schrijft bovendien ook voor dat de zorgvrager grote inspraak heeft over welke gegevens *privaat* zijn, welke mogen worden gedeeld en met wie. Binnen het kader van de zorg wordt er vaak gewerkt met het gedeeld beroepsgeheim. Dit stelt hulpverleners in staat om belangrijke informatie van een cliënt op een vlotte manier te delen met elkaar. Ook hier heeft de zorgvrager het recht aan te geven wat hierin 'publiek' en wat hierin 'privaat' is. Deze opdeling en keuze worden belangrijker en meer prangend naarmate zaken ook buiten of meer aan de rand van het therapeutisch kader zich afspelen. Ook wat betreft naastbetrokkenen is het dus in de eerste plaats de zorgvrager zelf die kan aangeven welke informatie in welke context wordt gedeeld. Hulpverleners kunnen hier wel een modererende, motiverende en faciliterende rol in aannemen.

2. Autonomie

Autonomie is een bijzonder centrale waarde in onze huidige maatschappij en zorgverlening. Ook inzake informatiedeling staat de mogelijkheid zelf keuzes te kunnen maken over welke informatie wordt gedeeld en aan wie heel centraal. Zo kan een zorgvrager beslissen om bepaalde informatie niet te delen met de zorgverleners, of hen vragen bepaalde informatie niet te delen met andere zorgvragers of derden.

De waarde van *autonomie* komt op sommige momenten echter in conflict met andere waarden. Zo kan het verzoek van een zorgvrager om bepaalde informatie te delen met het team of met naasten herstel en goede zorg bemoeilijken. *In extremis* worden zelfs gevaarlijke situaties gecreëerd: het achterhouden van informatie rond medicatie bijvoorbeeld kan ernstige gevolgen hebben. Ook kan het doorgedreven op de *autonomie* gaan staan van de zorgvrager er voor zorgen dat moeilijke situaties ontstaan met de naastbetrokkenen, die vaak bepaalde informatie nodig hebben om ook een ondersteunende rol te kunnen opnemen, die in het kader van zorg in de thuissituatie vaak ook van hen wordt verwacht.

Binnen de zorg wordt dan ook vaak uitgegaan van een model van *autonomie in verbondenheid*, waarin men de visie ontwikkelt dat belangrijke keuzes van individuen worden genomen in een netwerk van relaties tussen personen. Dit impliceert dat keuzes niet worden gemaakt in een soort van vacuüm, maar wel steeds in overleg en onder de invloed van betekenisvolle anderen, waarop die keuzes vaak ook een impact hebben.

3. Zorg

Een centrale waarde in de geestelijke gezondheidszorg is uiteraard het verlenen van kwaliteitsvolle, goede *zorg* voor de cliënten. De waarde van *zorgen* omvat echter meer dan enkel het 'zorgdragen voor'. Voorafgaandelijk is er immers ook het 'zich zorgen maken om'. Deze *bezorgdheid* over de cliënt is geen alleenrecht van het hulpverlenend team alleen. Ook de omgeving van de zorgvrager maakt zich vaak bezorgd om hun naaste en heeft vaak reeds een lange periode van 'zorg dragen voor' achter de rug. Ook hier zijn twee aspecten aanwezig. Enerzijds is er vaak een gevoel van onrust,

angst, onwetendheid over de impact, het verloop en herstel van een psychische aandoening bij een kind, ouder, partner, broer of zus enz. Een opname van de zorgvrager kan hierbij nog versterkend werken of zelfs een gevoel van uitgesloten te worden veroorzaken. Hiernaast is er vaak ook het verlangen of soms de opgave om ook de *zorg* mee te helpen dragen en opnemen voor de zorgvrager. Bovendien heeft vaak ook de omgeving van de zorgvrager extra zorgen of ondersteuning nodig⁵.

Vanuit het perspectief van de betrokken en bezorgde naaste betekent goede zorg verlenen dan ook dat de naastbetrokkenen waar dat nodig en wenselijk is een volwaardige rol krijgen toebedeeld in het hulpverlenend netwerk rond de zorgvrager. Om dit te realiseren is het dan ook noodzakelijk dat essentiële informatie met betrekking tot diagnose, ziekteverloop, medicatie, therapie, ed. ook wordt gedeeld met de naastbetrokkenen. Uiteraard mag deze betrokkenheid de veiligheid/comfort/vertrouwen van de zorgvrager niet in het gedrang brengen en moet hierin ook het ritme van de cliënt in welke mate hij/zij bepaalde informatie wenst te delen met zijn naasten worden gerespecteerd⁶. Een belangrijke taak voor de GGZ hierbij is ook het ondersteunen en begeleiden van de omgeving om zich op een correcte manier te kunnen verhouden tot de situatie.

4. Vertrouwen, veiligheid en respect

Een goede communicatie in de geestelijke gezondheidszorg is maar mogelijk als er voldoende *vertrouwen*, *veiligheid* en *respect* aanwezig zijn in de zorg. Een cliënt kan de hulpverlener pas *vertrouwen* wanneer hij of zij weet dat de informatie die wordt gegeven *veilig* is⁷. Dit betekent ook dat de communicatie op een *respectvolle* manier moet verlopen, waarbij men bijvoorbeeld een doorgedreven paternalistische houding ten opzichte van zorgvragers en naastbetrokkenen moet vermijden. Zo mogen zorgvragers noch naastbetrokkenen het gevoel krijgen dat zij ten onrechte (gedeeltelijk) van de communicatie worden uitgesloten. *Respectvol* omgaan met informatieoverdracht betekent ook dat de juiste context wordt geschapen om deze mogelijk te maken, waarin ook rekening wordt gehouden met het tempo en de noden van de betrokkenen. Zo kan er vanuit de familie en het gezin van de cliënt een grote drang zijn om zaken te bespreken, vragen te stellen, zaken te regelen terwijl de zorgvrager zelf juist de tijd nodig heeft en de behoefte om deze zaken juist even te laten liggen en de focus te leggen op andere zaken zoals therapie of herstel.

⁵ Dit is zeker het geval in de context van de vermaatschappelijking van de zorg, waar de naastbetrokkenen meer en meer voor de uitdaging worden geplaatst een belangrijk aandeel voor de zorg op te nemen. Mantelzorg kan echter niet opgedrongen worden! Het is belangrijk hier rekening te houden met draagkracht en de concrete situatie van de betrokkenen. Toch is het ook belangrijk om ook voor de betrokkenen die geen mantelzorg kunnen of willen opnemen voldoende in gesprek te gaan en informatie te verstrekken.

⁶ De situatie waarin de zorgontvanger zich bevindt en het proces die hij/zij doormaakt is hierin een heel bepalende factor. Zo zullen er andere prioriteiten en accenten worden gelegd in de communicatie met de naasten bij een crisissituatie dan in een situatie waarbij de zorgvrager stabiel is.

⁷ Een zekere terughoudendheid vanuit de zorgverleners naar de naastbetrokkenen toe is vanuit dit opzicht ook gerechtvaardigd. Zorgverleners dienen vanuit voorzichtigheid en zorgvuldigheid te onderzoeken of de veiligheid in de communicatie met de naastbetrokkenen kan worden gegarandeerd voor de zorgvrager.

5. Mildheid, zorgvuldigheid en proportionaliteit

Zorg verlenen is geen exacte wetenschap, net zoals communiceren. Het is dan ook een logisch gevolg dat communicatie binnen de zorg soms een kwetsbaar gegeven is. Soms worden zaken verkeerd geïnterpreteerd of worden er dingen gezegd die beter (nog) niet gezegd hadden kunnen worden. Naast vertrouwen en veiligheid is dan ook *mildheid* een belangrijke waarde. Het is de waarde die stelt dat hoe kritisch, zorgvuldig en veeleisend je ook tegenover communicatie in de zorg aankijkt, er altijd de mogelijkheid bestaat dat er ook fouten kunnen gemaakt worden. Deze fouten echter niet verabsoluteren maar veeleer zien als een uitdaging om het gesprek altijd opnieuw aan te gaan en op zoek te gaan naar herstel is hier de doelstelling.

Hierbij kunnen we dan ook de waarde van *zorgvuldigheid* aanbrengen. *Zorgvuldigheid* betekent niet alleen voorzichtig omspringen met gevoelige informatie, het betekent ook aandachtig zijn voor de signalen die de zorgvrager of diens omgeving uitsturen. Indien de zorgvrager bijvoorbeeld heel sterk de nadruk legt om bepaalde informatie met een welbepaalde persoon niet te delen, is dit vaak niet alleen een gegeven om te respecteren, maar ook een aanzet om over de achterliggende oorzaak in gesprek te gaan.

Tot slot willen we hier ook *proportionaliteit* vermelden. Dit betekent dat bij een handeling het doel en de middelen in evenwicht moeten zijn met elkaar. Binnen de context van informatie-overdacht met de context van zorgvragers in de GGZ, wil dit dus betekenen dat men op zoek moet naar een delicaat evenwicht tussen te veel en te weinig informatie, in een specifieke situatie. Zo kan het weigeren van informatie aan een oprecht betrokken en heel ongeruste partner of ouder bijvoorbeeld, zoals het gegeven of hun naaste al dan niet 'veilig' in het ziekenhuis na een crisissituatie thuis, een niet-proportionele reactie zijn. Anderzijds dienen zorgverleners ook heel waakzaam te zijn om niet te veel informatie prijs te geven, of de aandacht in een crisissituatie bijvoorbeeld te weinig naar de zorgvrager te richten en te veel naar de context van de cliënt.

4. WETTELIJKE BEPALINGEN: MOGELIJKHEDEN EN GRENZEN

De wetgeving rond informatie-overdracht in België legt in de meeste gevallen vrij sterk de nadruk op de bescherming van de privacy van de zorgvrager en diens autonomie⁸. Dit heeft tot gevolg dat het delen van informatie door zorgverleners met derden, zelfs in gevallen waarin dit wenselijk is, geen eenvoudige opgave is. Hierdoor krijgen naastbetrokkenen soms het gevoel geen volwaardige partner te zijn in het zorgproces en hierdoor blijven ze zitten met hun gevoelens van angst of bezorgdheid jegens hun naasten. De belangrijke rol die hen soms wordt toebedeeld, wordt hierdoor bemoeilijkt.

De wetgeving draagt heel sterk bij aan de empowerment en bescherming van de zorgvrager. Het is dan ook in de eerste plaats belangrijk dat de zorgvrager wordt gemotiveerd en ondersteund om zelf noodzakelijke gegevens met relevante naastbetrokkenen te delen. Ook kunnen zorgvragers één of meerdere personen uit hun omgeving aanduiden als vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger in geval van wilsonbekwaamheid. Hierdoor kunnen deze personen ook gemakkelijker worden betrokken in de zorg door de zorgverleners zonder het risico te lopen hun beroepscode te schenden.

Een bijzondere situatie is deze waarbij de zorgvrager (tijdelijk) *wilsonbekwaam* is, en waarbij een andere persoon of personen de belangen van de cliënt behartigen. Hiertoe is er een wettelijke cascaderегeling uitgewerkt, die achtereenvolgens verschillende personen als vertegenwoordiger aanduidt. Indien er geen zelfgekozen of wettelijke vertegenwoordiger is aangesteld, valt deze taak op de partner, volwassen kind(eren), ouder(s) en vervolgens volwassen broer(s) en/of zus(sen). Niet zelden is er echter verwarring over wie hulpverleners kunnen contacteren of zijn er meningsverschillen tussen de betrokkenen onderling. Bovendien is het niet denkbeeldig dat de wettelijke cascaderегeling niet de feitelijke mate van betrokkenheid bij de situatie van de zorgvrager volgt...

Een andere uitzondering betreft de *noodsituatie*. In deze situatie kan het beroepsgeheim worden verbroken indien er sprake is van ernstig risico voor de cliënt zelf of voor anderen. Ook voor een rechtbank of parlementaire commissie kan het beroepsgeheim worden doorbroken⁹

Vanuit kritisch oogpunt kunnen we echter opmerken dat de wetgever in sommige gevallen misschien te restrictief werkt of de complexe realiteit van de zorg niet steeds onderkent. Zo zou het statuut van mantelzorger bijvoorbeeld (die niet wordt gebonden door het beroepsgeheim) meer kunnen worden

⁸ Een belangrijke uitzondering hierop is de gewijzigde wet van 2017 inzake de gedwongen opname (**wet bescherming van de persoon van de geesteszieke**). Deze wetgeving schrijft onder meer voor dat familie moet worden ingelicht wanneer iemand met het statuut van gedwongen opname het ziekenhuis verlaat. Ook schrijft de wet in het algemeen een grotere betrokkenheid van familie bij gedwongen opnames voor.

⁹ Het beroepsgeheim vervalt voor een rechtbank of een parlementaire onderzoekscommissie. Als het onderzoek dat vereist, hebben personen met een beroepsgeheim het recht om vertrouwelijke informatie te openbaren. Zij kunnen daartoe echter niet verplicht worden. Deze personen hebben het recht om te zwijgen.

geformaliseerd en gefaciliteerd om meer structureel een plaats binnen de zorg te krijgen. De huidige regeling zorgt immers voor een soort wanverhouding met de hulpverleners die wel aan het beroepsgeheim zijn verbonden.

Toch is het nodig blijvend waakzaam te zijn met het delen van informatie. Zo kan het op het eerste zicht onschuldig meedelen van de aanwezigheid van een bepaalde persoon binnen een voorziening belangrijke en onvoorziene gevolgen hebben, bijvoorbeeld naar stigmatisering toe.

5. NAAR EEN OPEN TRIALOOG MET GELIJKWAARDIGE PARTNERS

Uit de bovenstaande waarden kunnen we afleiden dat het goed is om in de geestelijke gezondheidszorg te streven naar een vorm van open, respectvolle en veilige communicatie tussen de betrokken partners. Het uitgangspunt hiervoor is de vertrouwensrelatie tussen zorgvrager en zorgverlener, waarin de privacy en de autonomie van de zorgvrager primeert. De zorgvrager kan er van op aan dat de (vaak gevoelige) informatie die wordt gedeeld met de hulpverlener op een vertrouwelijke en veilige manier wordt behandeld en enkel die informatie wordt doorgegeven aan het team wanneer dit de therapeutische belangen dient. Bovendien is het in de eerste plaats de zorgvrager die bepaalt welke informatie als vertrouwelijk wordt beschouwd en hoe, wanneer en met wie die gegevens worden uitgewisseld.

Tegelijk wordt er uitgegaan van een zorgmodel waarin ook de naastbetrokkenen van de cliënt een belangrijke rol te spelen hebben. Niet alleen wordt er binnen de visie van de vermaatschappelijking van de zorg structureel meer en meer beroep gedaan op de zorg en de verantwoordelijkheid van de omgeving van de cliënt. Ook is het zo dat de naasten van de zorgvrager vaak een belangrijke bezorgdheid hebben rond hun familielid, partner of vriend(in) en vanuit deze bijzondere band willen betrokken worden in de communicatie. Hier komt nog bij dat ook de naastbetrokkenen vaak nood hebben aan extra zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld onder de vorm van psycho-educatie.

Willen we evolueren naar een setting waarin een open dialoog, of beter trialoog tussen gelijkwaardige partners mogelijk is, moeten we op zoek gaan naar de correcte verhouding tussen bovenstaande gegevens. Hierbij komt dat deze dialoog dient te gebeuren binnen het kader van de wetgeving, die in sommige gevallen de vlotte samenwerking tussen alle partners in deze context lijkt te bemoeilijken. In ieder geval ligt het initiatief voor het delen van informatie in de eerste plaats bij de zorgvrager zelf. Voor zorgverleners ligt vaak de uitdaging niet in een situatie terecht te komen waarbij men als het ware tussen twee vuren van zorgvragers en naastbetrokkenen komt te staan¹⁰. Eerder is er voor hulpverleners de taak weggelegd om beide partijen te ondersteunen en te faciliteren om met elkaar in dialoog te treden. We kunnen hier spreken van een soort 'multipartijdigheid', eerder dan het gevoel te hebben kant te moeten kiezen voor één van de betrokken partijen.

Langs de kant van de zorgvrager is er de mogelijkheid om hem/haar te motiveren zelf in contact met de naastbetrokkenen te treden. Uiteraard moet hier gezocht worden naar de juiste context en tempo om dit te realiseren. De hulpverlener kan hier ook optreden als een beveiligende en modererende factor. Ook kan het belangrijk zijn om zorgvragers te motiveren om een

¹⁰ Deze valkuil is er niet enkele voor de zorgverleners. Ook familie of de cliënten zelf kunnen in een situatie terecht komen waarin zij als het ware tussen de twee andere partijen in komen te staan.

vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger aan te duiden. Dit maakt het mogelijk om ook op een wettelijk correcte manier informatie te delen met naastbetrokkenen en schept duidelijkheid over wie te informeren en te consulteren in noodsituaties.

Ook langs de kant van de naastbetrokkenen liggen er mogelijkheden om de communicatie te faciliteren. In de eerste plaats moeten naastbetrokkenen gestimuleerd worden om hun vragen of informatie in de eerste plaats tot de cliënt zelf te richten. Respectvol omgaan met alle partijen impliceert immers een cultuur waarin er niet 'achter de rug' over zaken wordt gesproken. Een tweede belangrijk gegeven is naastbetrokkenen ondersteunen in het aanleren hoe het best om te gaan met communicatie, crisissituaties enz. met betrekking tot de psychische problematiek waarmee hun naaste te kampen krijgt.

Vanuit deze dubbele ondersteunende rol is het de bedoeling te groeien naar een dialoog tussen zorgvragers, hulpverleners en naastbetrokkenen, waarin zowel de waarden van autonomie en privacy als goede bezorgdheid hun plaats krijgen. Het is echter ook belangrijk dat we voldoende oog hebben voor de kwetsbaarheid van communicatie tussen deze partners, waarin er voldoende ruimte is voor vertrouwen, veiligheid, maar ook mildheid ten opzichte van elkaar.

6. AANBEVELINGEN

Vanuit bovenstaande reflectie willen we graag enkele aanbevelingen doen naar de voorzieningen van de vzw toe. Hierbij wordt rekening gehouden met de kernwaarden die hierboven werden geformuleerd. Deze aanbevelingen kunnen worden geconcretiseerd naar gelang de specifieke werking van de voorzieningen en in overleg met de betrokken actoren.

1. Kansen creëren voor open dialoog

Het is belangrijk dat er vanuit de voorzieningen wordt gewerkt aan het scheppen van goede randvoorwaarden van een open dialoog tussen zorgvragers, hulpverleners en naastbetrokkenen¹¹. Enerzijds kunnen we in de huidige maatschappij niet langer uitgaan van een soort paternalistisch model waarbij hulpverlener, eventueel (maar niet noodzakelijk) in overleg met dichte familie zaken boven het hoofd van de zorgvrager beslist. Anderzijds is het ook niet de bedoeling om naastbetrokkenen uit te sluiten van overleg en informatie-uitwisseling. Gegeven het steeds sterk wordende extra-murale karakter van de geestelijke gezondheidszorg is er bovendien extra aandacht en waakzaamheid nodig dat er nog steeds een veilig en vertrouwelijk kader tussen hulpverlener en zorgvrager kan bestaan. De relatie met de directe naasten van de cliënt en de cliënt zelf is in sommige gevallen immers niet altijd vanzelfsprekend of onproblematisch.

De hulpverleners staan dus voor een belangrijke uitdaging om zich op een correcte en goede manier te bewegen in dit spanningsveld van waarden en het wettelijk kader. Het is immers onze visie dat het creëren van een open en respectvolle dialoog tussen de betrokken partijen in het voordeel is van alle betrokkenen en de grootste kansen op waarachtige goede zorg garandeert.

2. Inzetten op psycho-educatie

Nog al te vaak hebben naastbetrokkenen het gevoel niet voldoende betrokken te worden bij de zorg. Daarom is het belangrijk volop in te zetten op psycho-educatie: momenten waarop hulpverleners zowel individueel als in groep in gesprek gaan met en ondersteuning bieden aan de naastbetrokkenen van de zorgvragers. Hier kunnen zij terecht met hun algemene vragen en leren ook op een adequate manier om te gaan met en in te spelen op de situatie. Het is dus niet de bedoeling hier specifieke casuïstiek te bespreken. Wel kunnen naastbetrokkenen en cliënten zelf in deze contacten vaak veel steun ervaren bij elkaar en vaak handvaten vinden om beter met de situatie om te gaan. Uiteraard gebeuren deze contacten op basis van geïnformeerde toestemming, of kunnen de cliënten zelf hun naasten uitnodigen voor deze gesprekken.

¹¹ Deze randvoorwaarden zouden onder meer kunnen bestaan uit het aanbieden van een folder met gerichte informatie, het tijdig opstellen van een crisiskaart en het maken van belangrijke afspraken, het flexibel opstellen van de instelling/zorgverleners naar contactmomenten toe (bijvoorbeeld ook na de kantooruren), Het zelf contact opnemen door de hulpverleners met de familie indien de cliënt dit in orde vindt, enz.

Ook ervaringsdeskundigen kunnen een grote rol spelen in het verlenen van goede psycho-educatie naar naastbetrokkenen toe, bijvoorbeeld door getuigenissen over hun eigen ervaringen met de situatie waarmee cliënten en naastbetrokkenen worden geconfronteerd.

3. Wettelijk statuut van naastbetrokkenen hanteren en bevorderen

Het zou wenselijk zijn om bij de opname of eerste contacten van de zorgvrager of op een ander gunstig moment na te gaan of er naastbetrokkenen zijn die in aanmerking komen voor het statuut van vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. Indien dit het geval is, is het wenselijk dit ook schriftelijk vast te laten leggen. Op deze manier kan men gemakkelijker nagaan met wie de cliënt een vertrouwensrelatie heeft en kan er ook vlotter gebouwd worden aan informatie-uitwisseling tussen de betrokken partijen. Ook in een situatie waarin de zorgontvanger (tijdelijk) wilsonbekwaam zou worden, zorgt dit voor meer duidelijkheid en een vlottere werking voor alle betrokkenen. Dergelijke afspraak betekent uiteraard niet dat andere naastbetrokkenen worden uitgesloten van het overleg.

4. Medewerkers vormen in het correct leren delen van informatie en motiveren van zorgvragers en naastbetrokkenen om met elkaar in dialoog te gaan

Regelmatig heerst er bij medewerkers en hulpverleners het gevoel kant te moeten kiezen tussen de zorgvragers en hun naastbetrokkenen. Zo hindert het beroepsgeheim hen bijvoorbeeld om bepaalde informatie te geven aan bezorgde betrokkenen, of worden er door naasten zaken gezegd of gevraagd die beter met de cliënt zelf zouden worden besproken. Het is dan ook aan te raden om vormingen in te richten waarbij werknemers kunnen leren zich multipartijdig op te stellen en zowel zorgvragers als hun naasten motiveren met elkaar in dialoog te gaan. Ook de modererende rol aannemen in de dialoog en het uitbouwen van competenties in psycho-educatie kunnen hier aan bod komen. Vooral meer ervaren collega's kunnen hier een belangrijke rol spelen om hun vaardigheden door te geven. Ook de wetgeving rond beroepsgeheim en discretieplicht kunnen het onderwerp zijn van vorming en kritische reflectie binnen de instellingen.

5. Grondige afspraken maken binnen het hulpverlenend team wat betreft het delen van informatie met naastbetrokkenen

Het is belangrijk om binnen het hulpverlenend team om op voorhand goede afspraken te maken rond het delen van informatie met naastbetrokkenen. Niet alleen gaat het hier over de inhoud van de communicatie, maar moet er ook goed worden afgestemd wie precies deze communicatie op zich neemt en op welke manier en tijdstip deze contacten precies verlopen. Belangrijk hierbij is

afstemming te vinden tussen de behandelende arts(en) en andere leden van het team. Door goed te anticiperen op deze situaties en voldoende overleg kunnen conflicten vaak worden vermeden.

6. Reflectie in teams rond het delen van informatie met naastbetrokkenen bevorderen

Het delen van informatie met naastbetrokkenen is niet altijd even eenvoudig. Vaak spelen er heel wat factoren een rol bij de afweging welke informatie aan wie wordt doorgegeven. Ook de manier waarop en het tijdstip spelen vaak een belangrijke rol. Bovendien kunnen situaties zodanig sterk van elkaar verschillen, dat het hanteren van een vaste procedure niet altijd toereikend is. Daarom willen we graag de reflectie rond deze thematiek binnen de teams aanmoedigen, waarbij extra aandacht wordt gegeven aan de waarden die hierboven werden geformuleerd. Ook intervisiemomenten, waarbij bepaalde casussen (ook retrospectief) worden besproken en ge(her)ëvalueerd, worden aangemoedigd.

7. BRONNEN

Ethisch advies VZW Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu: 'uitwisseling van informatie in voorzieningen en netwerken binnen de geestelijke gezondheidszorg' (2009).

Visietekst Broeders van Liefde: Informatie uitwisselen bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg(2009)file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/F7KRO4KS/Ethisch%20advies%20GGZ%20-%20%20Informatie%20uitwisselen.pdf

Bernard Hubeau et al.: Omgaan met beroepsgeheim, Kluwer, 2013.

Marcel Becker: Ethiek van de digitale Media, Boom, 2015.

Johan Mestdagh: Beroepsgeheim in de context van zorgnetwerken binnen de GGZ, een exploratief onderzoek. Onuitgegeven masterpoef, 2012.

Betere GGZ 107: De ervaringen van hulpverleners, mantelzorgers en patiënten. Onderzoek door LUCAS, 2016.

file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/F7KRO4KS/2015_BetereGGZ.pdf

Herman Nys, Recht en bio-ethiek, Lannoo, 2014.

Personeelsnota 55: Het beroepsgeheim (Interne nota PZ Heilig Har Ieper), 2017.

<https://www.belgium.be/nl/justitie/privacy/beroepsgeheim>

<http://www.knack.be/nieuws/belgie/patienten-dreigen-dupe-te-worden-van-gewijzigde-wet-gedwongen-opname/article-opinion-854893.html>