

Uitwisseling van informatie in voorzieningen en netwerken binnen de geestelijke gezondheidszorg

Ethisch advies vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'

24 maart 2009 – 7de versie

1. INLEIDING

In onze voorzieningen staat de hulpverlening aan patiënten centraal. Voor een zo goed mogelijk afgestemde behandeling is communicatie essentieel. Daarbij gaat het telkens om het bespreken en het doorgeven van informatie aan de verschillende betrokken partijen. Met informatie bedoelen we alle gegevens die verband houden met de aanwezigheid van de patiënt in de voorziening en met zijn behandeling. Met betrokken partijen denken we aan patiënten en betekenisvolle anderen*, aan de betrokken medewerkers binnen de eigen voorziening en derden* maar steeds meer ook aan de betrokkenen in de bredere netwerken.

Daarnaast is er de toenemende informatisering die ook een eigen zorgvuldigheid vereist.

Heel wat vragen leven bij het omgaan met informatie. In de eerste plaats zijn er de algemene vragen met betrekking tot de vertrouwelijkheid van de informatie, over wie wanneer welke informatie geeft aan de patiënt en eventuele andere betrokkenen. De patiënten worden mondiger en de regels strikter. Wat kan hier een evenwicht betekenen?

Daarnaast zijn er specifieke problemen/ vragen. Enkele voorbeelden:

Wat doe je indien de patiënt wil geheim houden voor zijn familie dat hij in de voorziening verblijft?

Welke info geef je aan betrokken partijen in een breder samenwerkingsverband zoals Psychiatrische Zorg Thuis?

Hoe ga je met dergelijke vragen om? In deze adviestekst willen wij een visie aanreiken en enkele krachtlijnen formuleren die ondersteunend zijn voor onze medewerkers in het omgaan met en het doorgeven van info met betrekking tot patiënten, bewoners en revalidanten¹.

Wij laten ons in deze tekst inspireren door de waarden geformuleerd in de opdrachtverklaring, de mensvisie en ook door de wetgeving ter zake. Bij een afweging in de praktijk zullen deze bronnen ook de achtergrond zijn waartegen concrete beslissingen in overleg genomen worden.

2. BEGRIPSVERHELDING

De woorden die in deze lijst zijn opgenomen worden met een * aangeduid wanneer ze voor het eerst in de tekst voorkomen.

beroepsgeheim: betreft alle vertrouwelijke informatie waarvan hulpverleners in het kader van een professionele relatie kennis nemen. Elke mededeling van zulke informatie, behalve wanneer er een wettelijke verplichting is, is verboden. De juridische grondslag van het recht op geheimhouding is te vinden in artikel 458 van het Strafwetboek (zie p. 15).

betekenisvolle ander: persoon waarvan de patiënt aangeeft dat er een hechte band is en die zijn vertrouwen geniet

derden: externe personen en diensten zoals huisartsen, mutualiteit, verzekerings-maatschappijen, politie, advocaten, ...

discretieplicht: “verplichting om bij het uitoefenen van een ambt of functie geen gegevens vrij te geven aan anderen dan diegenen die gerechtigd zijn er kennis van te nemen.” (Van der Straete, 2006)

vertrouwenspersoon: persoon die aldus door de patiënt is aangeduid. Het verzoek van de patiënt om de info aan zijn vertrouwenspersoon mee te delen en de identiteit van deze persoon moeten worden opgetekend. Het verzoek moet steeds schriftelijk gebeuren en toegevoegd worden aan het patiëntendossier. In deze situatie blijft de patiënt wel zelf zijn rechten uitoefenen.²

¹ Dezelfde principes hanteren wij voor mensen die op consultatie en intake komen en op nazorg. Voor een vlotte leesbaarheid wordt in het vervolg enkel “patiënten” vermeld en waar relevant “cliënten”.

² Wet betreffende de rechten van de patiënt, Art. 7. § 2.

vertegenwoordiger: bij meerderjarige patiënten is de vertegenwoordiger “een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.”³ Deze aanduiding gebeurt schriftelijk en wordt door beide partijen ondertekend.

therapeutische exceptie: “de beroepsbeoefenaar mag informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voor zover het meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen en mits de beroepsbeoefenaar hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd.”⁴ In principe wordt dit schriftelijk gemotiveerd in het patiëntendossier en geldt dit maar voor zolang de patiënt nadeel van die informatie zou ondervinden.

vermaatschappelijking van de zorg: evolutie waarbij de intramurale zorg vervangen wordt door maatschappelijk geïntegreerde voorzieningen voor opvang, zorg en behandeling. Bijzondere aandachtspunten daarin zijn: de sociale integratie van de cliënt, de humanisering van de zorg en de aandacht voor de maatschappelijke aspecten van de psychische problemen. (Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005)

Voorbeeld: Psychiatrische Zorg Thuis die samenwerkt met het netwerk rondom de patiënt zoals de mantelzorg, huisarts, gezinszorg, CAW, OCMW, ...

3. CONTEXT

1. Verschuivingen in de hulpverlening

Naast de zorg binnen de muren van de eigen voorziening zien we een evolutie waarbij steeds meer instellingsoverstijgend in teamverband en in netwerkverband gewerkt wordt. Vermaatschappelijking van de zorg* en het steeds meer werken in zorgcircuits is een voortschrijdende evolutie die duidelijke gevolgen heeft voor de informatiestromen. Daar waar vroeger sprake was van een ‘colloque singulier’, een unieke relatie tussen arts en patiënt, zien we de laatste jaren een duidelijke verschuiving. De relatie werd sterk verbreed tot een verhouding tussen enerzijds de – soms mondig geworden - patiënt en/of zijn betekenisvolle anderen en anderzijds het hulpverlenersteam en/of het netwerk van hulpverleners of voorzieningen. Dit netwerk is soms heel uitgebreid en is vaak een complex gegeven waarbij de informatiestromen ook een eigen inbedding krijgen. Door deze ontwikkeling komt het beroepsgeheim* onder druk te staan en is het nodig verder na te denken over de interpretatie en toepassing ervan, rekening houdend met wat de recente wetgeving daarin voorziet.

³ Wet betreffende de rechten van de patiënt, Art. 14. § 1.

⁴ Wet betreffende de rechten van de patiënt, Art. 7. § 4.

In de lijn hiervan zien we de jongste jaren een opsplitsing ontstaan tussen wat men soms het *gezamenlijk beroepsgeheim* en het *gedeeld beroepsgeheim* is gaan noemen.

Prof. Johan Put lanceerde het begrip *gezamenlijk beroepsgeheim*: tussen begeleiders van eenzelfde voorziening, die betrokken zijn op dezelfde patiënten, heerst een *gezamenlijk beroepsgeheim*. De patiënt moet in dit geval op de hoogte gebracht worden (wie neemt dit op?) dat verschillende hulpverleners in de voorziening met zijn dossier bezig zijn. Tussen hen worden de gegevens vrij – maar zorgvuldig! - uitgewisseld om de kwaliteit en de continuïteit van de lopende begeleiding te verzekeren.

Indien men info over de patiënt moet delen met medewerkers tussen verschillende voorzieningen of organisaties die hem professionele bijstand verlenen, dan kan men zich beroepen op het *gedeeld beroepsgeheim*. Dit concept werd door rechtsleer en rechtspraak ontwikkeld en vindt thans een bijna unanieme toepassing.

Het gedeeld beroepsgeheim komt hierop neer: vertrouwelijke informatie delen kan wanneer deze noodzakelijk is voor de ontvanger, in het belang is van de patiënt, de patiënt instemt met de informatieoverdracht én de ontvanger ook gebonden is door het beroepsgeheim. (Min Berghmans, 2007)

Daarnaast willen we hier ook nog even wijzen op de gevolgen van de mediatisering met betrekking tot het omgaan met informatie. Doordat mensen zich via radio en televisie vaak verregaand ‘outen’ lijkt het maatschappelijk veel evidentier dat de meest intieme info publiek gemaakt wordt. Respect voor en discreet omgaan met persoonlijke gegevens komen daardoor soms onder druk te staan.

2. Wettelijk kader

De jongste jaren werd het wettelijk kader dat betrekking heeft op het omgaan met info sterk uitgebreid waardoor de informatiestromen beperkt worden. Hierbij denken we o.a. aan de Wet Verwerking Persoonsgegevens en de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Daarnaast zijn er ook wettelijke minimumnormen voorzien waaraan een medisch en een verpleegkundig dossier – samen het patiëntendossier - moeten voldoen⁵. Deze en andere wetteksten bieden “een raamwerk dat de grenzen aangeeft van het juridisch toelaatbare en reiken daarbinnen een aantal handvaten aan in de vorm van minimumnormen, principes, criteria en/of procedures. Het is aan de voorziening en aan de hulpverleners om na te denken hoe men zorgvuldig en bewust kan omgaan met het beroepsgeheim binnen de bakens die het recht heeft uitgezet, met

⁵ KB van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden van het medisch dossier, gepubliceerd in het Staatsblad van 30 juli 1999.

respect voor de patiënt en met oog voor de eigen methodiek en deontologie van de beroepsgroep of sector waartoe ze behoren.” (naar Van der Straete en Put, 2005)

In deze context verwijzen we naar de betreffende teksten in eigen voorziening.

4. ALGEMENE GRONDLIJNEN

1. De betrokkenheid van de patiënt staat centraal

Vaak moet vertrouwelijke informatie met anderen gedeeld worden in het belang van de patiënt en binnen een therapeutische context. Dit gebeurt nooit ‘automatisch’. In eerste instantie proberen we de patiënt te motiveren om de informatie zelf mee te delen. Dit heeft een belangrijke therapeutische waarde.

Kiest de patiënt daar niet voor of is hij daartoe niet in staat, dan is de volgende vraag of hij aanwezig kan zijn bij het meedelen van de info en of dat wenselijk is. In elk geval zal steeds gezocht worden naar de wijze waarop hij of zij betrokken kan worden in dit communicatie-proces.

Soms kan het ook aangewezen zijn dat er momenten van overleg zijn zonder de patiënt. Als team samen nadenken en zich een beeld vormen van de patiënt, behoort tot het behandelplan.

Belangrijke grondhouding in de gesprekken over de patiënt is dat hij altijd ‘present’ moet zijn zonder daarom fysiek aanwezig te zijn. Dat bevordert het zorgvuldig denken en spreken.

2. De informatie doordacht, overwogen doorgeven

Een belangrijk onderscheid dat we voor ogen moeten houden bij het delen van informatie is het verschil tussen ‘nice to know’ (leuk om te weten) en ‘need to know’ (de noodzaak om te weten). Het is daarom noodzakelijk om stil te staan bij de vraag of er een meerwaarde is voor het doorgeven van die specifieke informatie door de hulpverlener. Deze zorgvuldigheid moet een grondhouding zijn.

5. ETHISCHE GRONDPRINCIPES

1. Vertrouwen

Vertrouwen is de basis van de hulpverleningsrelatie. Zonder dit vertrouwen kan er van hulpverlening geen sprake zijn. Het beroepsgeheim werd ingevoerd om de vertrouwelijkheid van de gegevens te beveiligen en zo ruimte te scheppen waarbinnen de patiënt zich aan zijn/de hulpverlener(s) durft toevertrouwen.

Vertrouwen tussen hulpverlener en patiënt is een wederzijds gebeuren. Het veronderstelt o.a. respect voor de autonomie van de ander.

2. Integriteit/onschendbaarheid

De fysieke en psychische integriteit van de menselijke persoon is een fundamentele waarde. Zij vormt de voorwaarde voor heel wat andere waarden o.a. de waarde van de privacy.

De waarde van de integriteit is zo belangrijk dat slechts in uitzonderlijke omstandigheden info kan doorgegeven worden over de patiënt zonder zijn toestemming (met als gevolg de schending van de waarde van de privacy van de patiënt). Of sterker uitgedrukt: alleen om de fysieke en psychische integriteit te beschermen mag de schending van de waarde van de privacy gebeuren. Er is echter een hele gradatie mogelijk in de ernst van de bedreiging of schending van de fysieke en psychische integriteit. Ethisch gezien moet er een proportionele verhouding zijn tussen het delen van informatie zonder toestemming van de patiënt enerzijds, en de gradatie in de bedreiging of schending van de fysieke en psychische integriteit anderzijds. (Liégeois, 1996)

Een voorbeeld uit de zorgpraktijk:

Wij maken het soms mee dat een patiënt een relatie aangaat met een andere patiënt van wie de hulpverleners inschatten dat hij de integriteit van de ander kan bedreigen. Je kan aan de ene patiënt niet de waarheid zeggen omwille van het beroepsgeheim. Je kan samen met de patiënt zijn zorgproces bekijken en op basis van de negatieve ervaringen hem bewust(er) maken van zijn huidige keuzes. Je kan uitdrukken dat je je zorgen maakt. Toch is ook dit niet zo evident want de patiënt zal zich afvragen waarom je dit zegt en zal dat wellicht ook verwoorden. En wat dan? Wat wel steeds kan, is er de patiënten op attent maken dat de regel geldt dat er tijdens de opname geen nieuwe relaties met patiënten kunnen worden aangegaan. Vaak gaat het dan om een responsabiliseren van de patiënt.

3. Zorgvuldigheid

Wanneer men info over iemand moet doorgeven, dan moet dit steeds zo zorgvuldig mogelijk gebeuren, ook al is de tijdsdruk vaak groot. Hierna volgen een aantal criteria (Werkgroep ethiek Broeders van Liefde, 2004) die bijdragen tot de zorgvuldigheid van de communicatie en informatie-uitwisseling.

Deze criteria zijn een denkkader en geen checklist.

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 beiden?
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 te veel 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 kan de informatie het beste worden meegedeeld?
 - Waar wordt de informatie het beste meegedeeld?
 - Wordt voldoende rekening gehouden met de context?

6. TOEPASSINGEN

1. Informatieverstrekking aan patiënten

De patiënt heeft recht op informatie. Dit is niet alleen een juridisch maar ook een ethisch recht. Grondhouding is dat er altijd zoveel mogelijk informatie met de patiënt gedeeld wordt. Vanuit het respect voor de autonomie van de patiënt is hij gesprekspartner binnen zijn behandeling en moet daarom over de nodige informatie beschikken.

Het recht op informatie is echter niet grenzeloos. In bepaalde situaties zal de draagkracht van de patiënt bepalen in welke mate de info gegeven wordt. Er is immers ook de waarde van de integriteit van de patiënt. Indien bepaalde informatie de patiënt meer zou schaden dan vooruit helpen, kunnen de hulpverleners de verantwoordelijkheid nemen om vanuit ethische overwegingen tijdelijk bepaalde info te onthouden. Op juridisch vlak wordt dit onderbouwd met het concept van de therapeutische exceptie*.

Toch mag men de draagkracht van de patiënt niet onderschatten.

Daar waar de patiënt nog niet aan de volledige info toe is, begeleiden de hulpverleners hem om zijn autonomie te bevorderen en zijn draagkracht te verhogen. Het is belangrijk als stelregel te hanteren dat de transparantie steeds zo groot mogelijk moet zijn. Heldere info is vaak geruststellender dan onzekerheid cf. het traject van de psycho-educatie.

Ook de wijze waarop de info aan de patiënt aangeboden wordt, is belangrijk. Vandaar het belang van duidelijke afspraken over wie voor transparantie zorgt en op welk moment.

Dit alles is een procesgebeuren waarin de vertrouwensband bevorderend kan zijn voor de wijze waarop de patiënt omgaat met de info. Is die vertrouwensband (nog) niet aanwezig, dan moet men met extra zorg de info communiceren.

In elk geval is het belangrijk om na te gaan in welke mate de patiënt de info kan bevatten (begrijpen én er mee omgaan).

Recht op inzage in het dossier

“Essentieel is dat de behandelaar en de patiënt er zich bij het samenstellen van het medische dossier van bewust zijn dat het dossier in de eerste plaats een essentieel werkinstrument is voor de diagnostiek, de continuïteit en de kwaliteit van de zorg terwijl de arts zich anderzijds zal moeten realiseren dat bij het samenstellen van het dossier en het noteren van zijn bevindingen de patiënt meekijkt” (Wostijn, 2004). Dit geldt voor het hele patiëntendossier.

Het dossier moet dus met de nodige zorgvuldigheid ingevuld worden en goed worden opgevolgd. In verband met dit laatste is het belangrijk dat wanneer men hypothesen in de loop van het ziekteproces herziet, dat men dan ook motiveert waarom dit gebeurde. Zo kan de volgende behandelaar het diagnoseproces correct volgen. Hierbij veronderstellen we dat in het dossier niets staat dat niet transparant met de patiënt is gedeeld. De patiënt mag immers geen nieuwe info te weten komen door het inzagerecht.

Persoonlijke notulen voert men niet in in een elektronisch patiëntendossier.

Hoe het inzagerecht concreet en correct ingevuld wordt, wordt per voorziening geregeld.

2. Informatieverstrekking aan familie/betekenisvolle anderen

Vanuit de waarde van de privacy wordt geen informatie aan betekenisvolle anderen doorgegeven zonder de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Informatie wordt dus niet automatisch gedeeld. Er wordt steeds expliciet aan de patiënt gevraagd of de info samen kan besproken worden. Dit geldt voor de gesprekken met de verschillende disciplines. Bij dilemma's is het belangrijk om de patiënt erbij te betrekken en er zo een gedeeld probleem van te maken, namelijk een probleem voor de hulpverlener én voor de patiënt.

Soms is het echter nodig in risicovolle situaties achtergrondinformatie over de patiënt te geven aan de betekenisvolle anderen (gevaar voor overdosis, risico van weglopen). Dit heeft o.a. te maken met het beschermen van grenzen en met het inspelen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt. De patiënt wordt hiervan wel op de hoogte gebracht.

Er is vaak een spanningsveld met de familie: wat vertel je hun? De behoefte aan info is soms groter dan de mate waarin verwachtingen kunnen ingelost worden. Ouders bij voorbeeld zijn bezorgd en vragen zich af wat er binnen een behandeling gebeurt. Het zou goed zijn mochten de betekenisvolle anderen meer uitleg krijgen over hoe wij omgaan met info: hoe kan men info vragen, waar, wat kan je verwachten aan info en wat niet, info over wederzijdse toestemming en info waarom de gegevens

van hun familielid of vriend beschermd worden. Ook binnen het team is het belangrijk om af te spreken wie wat zegt aan de betekenisvolle anderen. Een permanente afstemming is noodzakelijk hoewel dit door de tijdsdruk niet altijd eenvoudig te realiseren is.

Voor de minderjarige jongeren (tieners) vinden we ons terug in het volgende citaat: “De ouderlijke macht tegenover minderjarigen heft de zwijgplicht gedeeltelijk op. Hoe ouder de minderjarige echter, hoe terughoudender men moet zijn bij het geven van delicate informatie aan de ouders.” (Stockman, 1998) Bepaalde jongeren zijn voldoende in staat een mening te vormen tegenover het meedelen van info aan hun ouders of voogd. Hiermee moet dan ook rekening gehouden worden. Soms willen zij bepaalde info aan hun ouders onthouden en meent het team dat de ouders daar wél recht op hebben. Dan is het nodig om met de jongeren in overleg te gaan om toch een mandaat te krijgen voor een gesprek met de ouders.

Betekenisvolle anderen in een specifiek wettelijk statuut (cf. de Wet betreffende de rechten van de patiënt):

- De patiënt kan er voor kiezen dat behalve aan hemzelf de informatie ook aan een andere persoon kan worden meegedeeld: de *vertrouwenspersoon**. Het betreft hier een persoon die door de patiënt in vertrouwen wordt genomen en die hij ook als dusdanig heeft aangeduid. Medewerkers kunnen zelf geen vertrouwenspersoon zijn van een patiënt. Dit is moeilijk verenigbaar met hun opdracht als hulpverlener. Een vertrouwenspersoon staat immers zo dicht bij de patiënt dat dit voor problemen zou zorgen in de therapeutische relatie. Hierbij verwijzen we ook naar de afspraken zoals die in de voorziening gemaakt zijn. Juridisch gezien is er geen tegenstrijdigheid tussen de figuur van de vertrouwenspersoon en die van de bewindvoerder. Indien de bewindvoerder inderdaad de vertrouwenspersoon is, dan wordt het extra complex voor alle partijen. Het accent moet blijven liggen op het therapeutisch proces, wat in de praktijk niet altijd evident blijkt te zijn.
- De patiënt kan een *vertegenwoordiger** benoemen. Deze vertegenwoordiger treedt pas op, op het ogenblik en voor de periode dat de patiënt wilsonbekwaam is.

3. Informatieverstrekking aan hulpverleners en andere medewerkers in de eigen voorziening

1. Binnen het team

Afhankelijk van de context is het aan te bevelen de patiënt aan de interdisciplinaire vergadering te laten deelnemen. Of de patiënt aanwezig is of niet, zou echter geen invloed mogen hebben op het verloop van het overleg.

Respect voor de vertrouwelijkheid van de informatie is ook binnen het team fundamenteel. Omdat de hulpverlening echter door meerdere mensen gebeurt, is het wezenlijk dat relevante informatie gedeeld wordt. Hier gaat het dan – zoals eerder toegelicht werd - om een zogenaamd ‘gezamenlijk beroepsgeheim*’. Het is belangrijk dat de patiënten bij opname vernemen dat dit de afspraak is binnen de voorziening.

Ook hier blijft de zorgzaamheid gelden en blijft het reeds vermelde onderscheid tussen ‘need to know’ en ‘nice to know’ overeind, niet alleen binnen de vergadering maar ook daarbuiten. Soms hebben medewerkers er nood aan de eigen beleving te verwoorden. Dan komt het er op aan het evenwicht te bewaken tussen de ervaring die men wil delen en het anekdotische van de situatie. Men moet zich ook steeds bewust zijn van het risico om vanuit (tegen)overdrachtsgevoelens teveel te vertellen in een vergadering. Maar ook daarbuiten (tijdens de koffiepauze, in de cafetaria, ...) is het beroepsgeheim en het zorgvuldig spreken dat daaruit voortvloeit van wezenlijk belang.

Met de *mondeling* verkregen info over een patiënt moet men steeds discreet omgaan naar die patiënt toe. Wanneer de opvolging van de begeleiding van een patiënt aan een collega wordt toevertrouwd, is het aangewezen de overdracht van de gegevens in tegenwoordigheid van de patiënt te laten gebeuren.

Ook met de *geschreven* info die men in het dossier gelezen heeft, moet men zorgvuldig omgaan. In deze situatie ontbreekt immers vaak de context.

2. Logistieke medewerkers in de voorziening

Niet alle medewerkers zijn gebonden door het juridisch omschreven beroepsgeheim. Voor hen geldt dan in elk geval de *discretieplicht** waarnaar in de arbeidsovereenkomst verwezen wordt.

- Onthaal/administratie

Bij diensten als onthaal en telefonie en ook bij de administratie is beroepsgeheim/ discretie-plicht belangrijk maar niet altijd eenvoudig te realiseren. Deze diensten moeten over de voor hen relevante informatie beschikken.

In de onthaaldienst vraagt de ruimtelijke inrichting soms al om een extra waakzaamheid: wie luistert mee vanuit de zithoek? Wie vertelt wat aan de balie en is men oplettend genoeg om te vermijden dat daar vertrouwelijke verhalen klinken? Ook voor de medewerkers van het onthaal geldt de opdracht onderscheid te maken tussen ‘need to know’ en ‘nice to know’.

Indien telefonisch om informatie wordt gevraagd, zal de telefoniste een gepaste discretie bewaren of verwijzen naar de verantwoordelijken (zie ook punt 7). Met gepaste discretie worden bedoeld: nagaan of diegene die info vraagt daar recht toe heeft, enkel de relevante info geven, geen irrelevante bijkomende info vragen, ...

- Medewerkers van de technische dienst, tuin, keuken, schoonmaak, kapsalon, winkel, pedicure

Indien één van deze medewerkers door een patiënt in vertrouwen wordt genomen, wordt van hem verwacht dat hij een basishouding aanneemt van gepaste afstandelijkheid en dat hij geen behandelende rol opneemt. Heeft hij de indruk dat er gevaar dreigt of er een risico is, dan bestaat er een *meldingsplicht* aan het therapeutisch team van de betrokken patiënt.

4. Informatieverstrekking aan medepatiënten

Daar waar info met medepatiënten gedeeld wordt, gebeurt dit vanuit het opnemen van verantwoordelijkheid en zorg voor elkaar. De basishouding daarbij is een houding van gepaste openheid waarbij ook bepaalde zaken kunnen opengetrokken worden om verdere schade te voorkomen en waar nodig de (mede)patiënt te responsabiliseren. In de afweging om iets al dan niet te communiceren zullen verschillende elementen een rol spelen: de ernst van de feiten, de mate waarin de patiënt zelf zijn verantwoordelijkheid opneemt, het risico voor de medepatiënten, de woonvorm (opname-afdeling in een ziekenhuis, PVT, BW, ...)

Afhankelijk van de voorziening kan men hierin eigen keuzes maken. De invulling kan ook verschillend zijn naargelang de doelgroep en het begeleidings- en behandelkader.

In zeer complexe situaties kan men ook beroep doen op de consultatiecommissie ethiek die het team in het besluitvormingsproces kan adviseren.

5. Informatie aan derden*

In verband met het doorgeven van info/verslagen aan derden vertrekken we vanuit het gegeven dat de patiënt bij opname verneemt dat er zowel mondeling als schriftelijk info over hem kan doorgegeven worden en dat hij daarvoor zijn toestemming geeft. Het doorgeven van info moet ook beantwoorden aan de zorgvuldigheidseisen die wij in punt 5.3 hebben geformuleerd. Een patiënt heeft overigens altijd het recht om te vragen wat er naar derden doorgestuurd wordt.

Tenzij er ernstige tegenindicaties zijn voor het welzijn van de patiënt, wordt het verslag dat men zal doorgeven met hem besproken. Daarbij gaat het eerder om het communiceren over de inhoud van de brief, dan om het letterlijk doornemen van het verslag. Dit past in de cultuur van openheid en communicatie die wij nastreven. Tegelijkertijd kan het een gelegenheid zijn om patiënten met bepaalde zaken aan te kaarten en er ook verder op in te gaan.

1. Informatie aan een arts

- Huisarts/psychiater

De arts die rechtstreeks bij de behandeling van de patiënt betrokken is, zal zo volledig mogelijk geïnformeerd worden betreffende zijn patiënt.

- Medisch adviseur van de mutualiteit, adviserende arts van een verzekerings-maatschappij, geneesheer-deskundige aangesteld door een rechtbank
Aan deze artsen wordt alleen info gegeven, op basis waarvan zij de juiste beslissingen kunnen nemen in het belang van de patiënt.

2. Informatie aan een niet-arts

- Diensten van een ander ziekenhuis (sociale dienst, psychologische dienst, verpleegkundige discipline).
Het gaat telkens om *relevante* informatie nodig om kwaliteit en continuïteit in het zorgproces te verzekeren. Gebeurt dit telefonisch, dan kan dat bijvoorbeeld ook in aanwezigheid van de patiënt. Wordt men opgebeld met een vraag om info, dan is het aangewezen achteraf de betrokken patiënt hiervan op de hoogte te brengen.
- Politie
Het komt er dikwijls op aan *relevante* info te geven. Het gaat om beperkte info die geselecteerd wordt op basis van de vraag wat in het belang van de patiënt is in die situatie. Men kan verwijzen naar de behandelende arts. Ook in deze situaties mag het team rekenen op steun vanuit de directie.
- Bewindvoerder, advocaat
Ook hier komt het er op aan te bekijken op welke manier de *relevante* info het best gedeeld wordt, in het belang van de patiënt en zo veel mogelijk met hem.

Enkele concrete voorbeelden

De perceptie tussen een patiënt en de hulpverlener kan verschillen. Wat als de patiënt een ander verhaal brengt bij een derde waar je als hulpverlener bij zit?

Voorbeelden:

- *Bij een interview in het kader van hulp aan huis doet de patiënt zich veel beter voor dan hij is, waardoor hij niet de hulp zal krijgen die hij eigenlijk nodig heeft.*
- *De patiënt spiegelt de adviseur een beter beeld voor dan de werkelijkheid is en loopt daardoor bij voorbeeld een tegemoetkoming van het Sociaal Fonds mis.*

Een overleg vooraf met de patiënt kan al veel oplossen, ook al is dit tijdsintensief. Als hulpverlener aanwezig zijn bij het gesprek kan de eventuele angst bij de patiënt wegnemen zodat de gegevens minder zouden vertekend worden.

Soms voelt men dan de nood om tegen de patiënt in te gaan. Wanneer corrigeer je, hoe?

Het komt er op aan de belangen, de noodzaak en de gevolgen van het al dan niet spreken af te wegen: wat wordt geschonden door het (niet) spreken?

Indien er ten gevolge van de tussenkomst van de hulpverlener een breuk komt in de relatie, kan dat in de therapie ingebracht worden.

Waarin kan de tussenkomst van de hulpverlener bestaan? Bij voorbeeld aangeven: 'wij als team hebben daar een andere visie over' en niet méér zeggen dan dat?

6. In een netwerk

Naast de hulpverlening binnen een team van een voorziening wordt in de sector steeds meer samengewerkt in netwerken, samengesteld uit een aantal individuele hulpverleners en/of hulpverleningsteams en/of voorzieningen uit dezelfde regio. Deze samenwerking steunt op overleg en afspraken rond doorverwijzing, opname, begeleiding en gegevensuitwisseling. (Van der Straete en Put, 2005) Voorbeelden daarvan zijn de Therapeutische projecten en Psychiatrische Zorg Thuis.

1. Netwerkoverleg

Het betreft het overleg rond één cliënt met betrokkenen uit het netwerk van deze ene cliënt.

Ook hier geldt de algemene regel: de cliënt zoveel mogelijk bij het overleg betrekken. Concreet betekent dit dat het overleg liefst gebeurt in zijn aanwezigheid.

Een goede voorbereiding op het netwerkoverleg is nodig. Een voorwaardenscheppend kader van zorgvuldigheid moet duidelijk zijn met o.a. aandacht voor de voorbereiding, de agenda, wie het overleg leidt, hoe de privacy van de patiënt zal beschermd worden, wie instaat voor het verslag, ...

Indien de cliënt om gegronde redenen niet aanwezig kan zijn, dan komt het er op aan zorgvuldig te spreken en te zorgen voor transparantie naar de cliënt toe: hij moet weten wie rond de tafel zit en wat met de betrokkenen zal gedeeld worden. Daarom is het aangewezen hem in te lichten over de mogelijkheid, de inhoud en het doel van de informatie-uitwisseling en dit zowel structureel (op het niveau van de voorziening) als individueel.

2. Teamoverleg

Het betreft hier het overleg over meerdere cliënten waarbij niet iedereen behoort tot het persoonlijk netwerk van elk van die cliënten. Voorbeelden zijn het inclusieoverleg bij therapeutische projecten en het adviesoverleg, het intake-team en het adviesteam in het kader van Psychiatrische Zorg Thuis.

Bij voorkeur gebeurt dit overleg anoniem. Is dit niet aangewezen, dan moet zoveel mogelijk gestreefd worden naar de toestemming van de cliënt. Indien de cliënt zijn toestemming (nog) niet geeft, worden met hem stappen gezet in die richting.

Het zal vaak gaan om een afweging tussen twee waarden: beroepsgeheim en privacy enerzijds, continuïteit en kwaliteit van de zorg anderzijds. Soms lijkt dit laatste voorrang te krijgen. Dit is enkel te verantwoorden als dit op basis van zorgvuldigheid gebeurt.

In dergelijke samenwerkingsverbanden kunnen we niet spreken van gedeeld beroepsgeheim daar er enerzijds geen duidelijk afgebakend en herkenbaar team is en daar er anderzijds ook leden deel kunnen van uitmaken die niet gebonden zijn door het beroepsgeheim (vrijwilligers bij voorbeeld). Daarom is het wezenlijk dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over hoe de zorgvuldigheid zal geconcretiseerd worden.

Zowel voor het netwerkoverleg als voor het teamoverleg geldt dat wat gedeeld wordt, gebonden is aan strikte voorwaarden:

- het kan enkel gaan om noodzakelijke gegevens
- in het belang van de cliënt/hulpverlening
- en zoveel mogelijk met instemming van de betrokken cliënt

Voor aandachtspunten met betrekking tot het opstellen van het toestemmingsformulier: verwijzen we naar bijlage 2 “Transversaal overleg – Richtlijnen toestemmingsformulier”.

Bij sommige vormen van overleg zijn er professionelen aanwezig met rapporteringsplicht naar hun organisatie toe, bij voorbeeld het OCMW in het kader van budgetbegeleiding. Hier botsen we op het probleem van de ‘dubbele petjes’.

Voorbeeld: de cliënt krijg een minimumloon en werkt in het zwart. Wat als in het overleg verteld wordt dat hij in het zwart werkt? Wat zal de OCMW-beambte dan doen?

Om te vermijden dat iemand in gewetensconflict komt, is het essentieel dat er duidelijke afspraken gemaakt worden omtrent hoe iemand met rapporteringsplicht zal omgaan met bepaalde info b.v. bij inclusie-overleg, PZT, ...

Kan er een opsplitsing van te bespreken punten gebeuren waardoor mensen met rapporteringsplicht zelf niet in een gewetensconflict komen? Zo’n gesprek vooraf zal soms ook leiden tot de keuze van iemand om geen lid te zijn van het intake-team, precies om dergelijke delicate situaties te voorkomen.

Als je er voor kiest om bepaalde info niet door te geven aan een samenwerkingspartner, dan is het heel belangrijk hoe je die boodschap geeft. Dit kan zeer afwijzend overkomen en wordt snel persoonlijk genomen (niet competent, geen vertrouwen, ...) Het komt er op aan de verdere samenwerking niet te hypothekeren. De vraag is dan hoe je tegelijkertijd het beroepsgeheim kan respecteren en goede samenwerkingsrelaties kan onderhouden.

Ook het achterhouden van info kan soms zware gevolgen hebben. Dit moet uitgeklaard worden vóór men in overleg gaat.

7. WIJZE VAN INFORMATIEOVERDRACHT

Hoe wordt omgegaan met de geschreven info via mail of fax of met telefonische informatieoverdracht? Het is altijd belangrijk 'remmen' in te bouwen, in functie van het bewaken van de zorgvuldigheid.

Zorgzaamheid in het computergebruik is een aandachtspunt. Daarom kan alleen beveiligde medische info uitgewisseld worden (bij voorbeeld via Medibridge).

We beklemtonen het onderscheid tussen het intern op de hoogte brengen van collega's betreffende een patiënt (waar eventueel wel zijn naam kan genoemd worden) en extern e-mailverkeer.

Ook intern mailverkeer moet met de grootste zorgvuldigheid gebeuren zowel bij het versturen als bij het ontvangen van e-mails: tot wie richt ik mij via die mail: tot één individu of gaat het om een groepsmail? Is het duidelijk wie tot die groep behoort? Moeten alle medewerkers van die groep over die concrete info beschikken of is de info maar voor enkele groepsleden relevant? Beperk ik mij tot de essentiële info? Maak ik eventueel een afspraak om delicate info mondeling te delen? Hoe ga ik om met ontvangen info via mail?

Hierbij verwijzen we ook naar de 'richtlijnen van het huis'.

Een knelpunt blijft het faxgebruik. De fax is het 'delicaatste' instrument en dus is het gebruik ervan zoveel mogelijk te vermijden. De fax kan alleen maar gebruikt worden als er geen alternatieven zijn.

Een ander belangrijk aandachtspunt geldt voor de info die aankomt via het centrale e-mailadres en de communicatie via de website, bij voorbeeld de heel concrete info die bepaalde mensen soms langs die weg over zichzelf geven.

Met beide info-kanalen moet zorgvuldig worden omgegaan. Het is noodzakelijk hierrond richtlijnen op te stellen en op te volgen.

In verband met telefoongebruik vermelden we het belang van het checken van de identiteit van de ander en het bewust zijn van het risico van de looptelefoon: iedereen die in buurt is kan meeluisteren.

BESLUIT

De visie en krachtlijnen in deze adviestekst betreffende het omgaan met patiënteninformatie willen een ondersteuning zijn voor de afwegingen die in de praktijk gebeuren. Deze tekst verheldert welke waarden aan de basis liggen van die afwegingen en geeft weer hoe bepaalde keuzes gemaakt kunnen worden. Zo willen we in de dagelijkse hulpverlening op een 'waardevolle' wijze met vertrouwelijke informatie omgaan in de eigen voorziening en in bredere netwerken.

LITERATUUR

Berghmans, Min, Informatie uitwisselen over en met jeugdhulpcliënten, Sociaal, 2007, nr. 8.

Liégeois, A., Afzonderen niet afzonderen: een ethische benadering van het afzonderen van psychiatrische patiënten in Tijdschrift voor Psychiatrie, 1996, nr. 10.

Stockman, R., Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector. Een confrontatie tussen recht en praktijk, Intersentia Rechtswetenschappen, Antwerpen - Groningen, 1998, 135 p.

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., Van Meerbeeck, A., Vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Onderzoek, praktijk en beleid, Lannoo Campus, 2005.

Van der Straete, I., Gedeeld en gezamenlijk beroepsgeheim. Naar een aanpassing van het wettelijk kader? in Tijdschrift voor Welzijnswerk, 30° jg, nr. 279, okt.-nov. 2006.

Van der Straete, I. en Put, J., Beroepsgeheim en hulpverlening, Die Keure, Brugge, 2005, 267 p.

Werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg, Broeders van Liefde, Uitwisselen van informatie bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg, november 2004.

Wostyn, L., Inzagerecht in het medische dossier en recht op afschrift van de patiënt, in Wostyn, L., Clepkens, C., Hutsebaut, A., Overhandigen van medische gegevens, Periodiek blad Orde van Geneesheren Provinciale Raad West-Vlaanderen, 2004, nr.4, p. 51-54.

BIJLAGE 1

Beroepsgeheim

Artikel 458 van het Strafwetboek luidt als volgt: “Geneesheren, heelkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun toevertrouwd zijn, en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank”.

Discretieplicht

Hiermee wordt verwezen naar de wettelijke discretieplicht voor werknemers zoals voorzien en omschreven in art 17 3°, a), Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, dat zegt:

“De werknemer is verplicht zowel gedurende de overeenkomst als na het beëindigen daarvan, zich ervan te onthouden fabrieksgeheimen, zakengeheimen of geheimen in verband met persoonlijke of vertrouwelijke aangelegenheden, waarvan hij in de uitoefening van zijn beroepsarbeid kennis kan hebben, bekend te maken.”

De discretieplicht is van louter burgerrechtelijke aard.

Pascal De Roeck, Voorzitter Instituut voor Bedrijfsjuristen, citeert uit het artikel “De bedrijfsjurist, zijn beroepsgeheim en aanverwante begrippen”, 14 november 2006, op www.ibj.be

BIJLAGE 2

Transversaal Overleg
Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen
www.transversaaloverleg.be

Richtlijnen toestemmingsformulier

Naar aanleiding van de derde clustervergadering in het kader van de procesevaluatie van de therapeutische projecten door de Nederlandstalige OGGZ, formuleert het Nederlandstalig team TO, in samenwerking met Dhr. Gianni Loosveldt, volgende richtlijnen om in het kader van de toestemming van de cliënt zorgvuldig om te springen met de regelgeving betreffende het beroepsgeheim.

Volgens het klassiek meerderheidsstandpunt ontslaat de **toestemming** van de cliënt een professioneel niet uit zijn beroepsgeheim. Binnen de rechtsleer pleit een minderheid echter voor de bevrijdende instemming van de cliënt: "Binnen de grenzen van het verzoek of het akkoord van de cliënt is de hulpverlener 'bevrijd' van zijn beroepsgeheim." (Van der Strate en Put, 2005, p. 190¹). In het laatste geval zijn er wel een aantal voorwaarden verbonden aan de toestemming.

1. Vooraf

De instemming van de cliënt moet altijd voor het delen van informatie gebeuren. Dit betekent dat het toestemmingsformulier voor het inclusie- en opvolgoverleg en voor het doorsturen van eventuele aanmeldingsformulieren door de cliënt ondertekend moet worden. Achteraf nog om toestemming van de cliënt vragen kan de schending van het beroepsgeheim niet ongedaan maken.

2. Specifiek

De instemming van de cliënt moet specifiek zijn. Zo lijkt het aan te raden dat het toestemmingsformulier expliciet melding maakt van:

- naam van het project
- de doelstelling van het project
- de doelstelling van het inclusie-/opvolgoverleg
- de partners van het project (formele partners)
- de partners (formele en informele), die op een overleg aanwezig (kunnen) zijn. Per partner moeten de namen van de professionelen en/of vrijwilligers, die de organisatie vertegenwoordigen, vermeld worden.
- naam en functieomschrijving van de inhoudelijk coördinator
- eventuele derden, die aan het overleg kunnen deelnemen
- frequentie van het overleg
- welke informatie er uitgewisseld wordt tussen de aanwezigen op het overleg. (bv. Het uitwisselen van persoonlijke gegevens is een te vage omschrijving.)

3. Vrij

De cliënt moet zijn instemming vrij, d.w.z. zonder druk of dwang van buitenaf, geven. Dit is niet altijd evident, bvb. in een justitieel kader, of bvb. wanneer het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg betrokken is.

4. Uitdrukkelijk

Het stilzwijgend toestemming geven volstaat niet.
Schriftelijke toestemming is de beste oplossing.

Volgende elementen kunnen opgenomen worden:

- handtekening cliënt/vertegenwoordiger
- datum ondertekening

5. Geïnformeerd

De cliënt moet kunnen inschatten wat de gevolgen zijn van zijn/haar toestemming.

TO/2008/SC/027 PopovGGZvzw, Drongenplein 26, 9031 Drongen
Sofie.claes@transversaaloverleg.be - 0479 83 89 60

ⁱ VAN DER STRAETE I. en PUT 3., *Beroepsgeheim en hulpverlening*, Brugge, die Keure, 2005, 267 p.