

# **ZORGVULDIG OMGAAN MET INFORMATIE-UITWISSELING IN HET WELZIJNSWERK**

*Beroepsgeheim en informatiestromen in  
de hulpverlening*

## **Inhoud**

Woord vooraf

### **Deel 1:**

#### **Probleemstelling**

- A. Verschuivingen in het juridisch kader
- B. Verschuivingen in de hulpverlening
- C. Spanningsveld tussen geheimhouden en delen van informatie

### **Deel 2:**

#### **Een relationeel zorgethische benadering**

- A. Een fundamentele keuze
- B. Drie principes
  - B.1. Vertrouwen
  - B.2. Overleg
  - B.3. Zorgvuldigheid

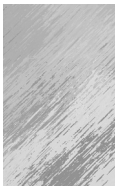
- C. Algemene principes en uitzonderingen

### **Deel 3:**

#### **Verskillende hulpverleningssituaties**

- A. De individuele hulpverleningsrelatie
- B. Informatie uitwisselen in een team van hulpverleners
- C. Informatie uitwisselen in een netwerk van hulpverleners
- D. Informatie uitwisselen met derden
- E. De specifieke situatie van hulpverleners met een dubbel mandaat
- F. Informatie uitwisselen in het kader van registratie

#### **Slotbemerkingen**



## Woord vooraf

Een aantal verschuivingen binnen de welzijnszorg en de verruiming van de notie beroepsgeheim roepen de vraag op in hoeverre en onder welke voorwaarden cliëntinformatie kan worden doorgegeven en uitgewisseld tussen de verschillende partners die rechtstreeks of onrechtstreeks bij de hulpverlening betrokken worden. In dit advies worden een aantal aandachtspunten geformuleerd waarmee vanuit ethisch oogpunt rekening moet worden gehouden bij het beantwoorden van deze vraag. Het doorgeven en het uitwisselen van cliëntinformatie heeft immers een weerslag op een aantal belangrijke waarden die tijdens de hulpverlening op het spel staan. Het eigene van een ethische benadering bestaat erin deze waarden vanuit een globale hulpverleningsvisie te expliciteren en voorstellen te formuleren om mogelijke spanningen tussen deze waarden op te lossen. Een ethisch advies houdt steeds rekening met hetgeen juridisch bepaald werd, maar heeft een kritische functie en kan aanvullend werken.

Het advies gaat niet in op de ruime problematiek van de privacy, zoals in de omgang met bewoners in een leefgroep en de cliënten onder mekaar, noch op het informeren van de cliënten, zoals geregeld in de patiëntenrechten (en tot op zekere hoogte in bepaalde cliëntenrechten) of op de bepalingen uit de zgn. 'privacywet', die de verwerking van persoonsgegevens (o.m. ook de toegang tot deze gegevens) reglementeert. Het onderwerp van het advies wordt daarom afgelijnd als: **beroepsgeheim en informatiestromen in (het kader van) de hulpverlening**, en pleit vanuit ethisch standpunt voor zorgvuldigheid bij het uitwisselen van informatie tussen hulpverleners.

*Deze tekst is gebaseerd op het advies over "Uitwisselen van informatie bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidshulpverlening" van de werkgroep ethiek in de geestelijke gezondheidszorg van de Broeders van Liefde, onder redactie van Axel Liégeois, op een voorbereidende nota van de hand van Guido Carrette en – uiteraard – op de besprekingen in de Ethische Commissie van het Vlaams Welzijnsverbond.*

*Met dit advies richten we ons tot alle voorzieningen uit de verschillende sectoren van het Vlaams Welzijnsverbond. Dit advies is daarom noodzakelijk algemeen opgevat en de vertaling naar de specifieke doelgroepen is een opdracht voor de voorzieningen. We hopen met deze tekst voldoende aanknopingspunten te bieden.*

## Deel I: Probleemstelling

### A. Verschuivingen in het juridisch kader

1. **De wet** schrijft voor dat alle personen "die uit hoofde van hun staat of hun beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd", deze niet mogen bekend maken (artikel 458 Strafwetboek). De traditionele interpretatie van deze zwijgplicht maakt iedere vorm van communicatie over cliënten binnen het kader van de hulpverlening onmogelijk. Ze vertrekt van de vooronderstelling dat iedere hulpverlening naar het model van een bilaterale relatie moet worden opgevat tussen een individuele hulpverlener en een individuele cliënt. Al wie zich buiten deze interindividuele relatie bevindt, wordt op die manier een derde aan wie niets over de cliënt mag worden medegedeeld. Dit verbod is quasi absoluut, vermits noch de hulpverlener noch de cliënt de zwijgplicht kunnen opheffen. Enkel de wet-

gever kan hierop uitzonderingen voorzien.

2. De wet zelf voorziet **twee mogelijke uitzonderingen**: het getuigenis in rechte (wanneer men opgeroepen wordt te getuigen voor de onderzoeksrechter, de rechtbank of een parlementaire onderzoekscommissie) en de wettelijke verplichting om welomschreven gegevens bekend te maken (bv. als er sprake is van een besmettelijke ziekte, als er een rapportageplicht is ten aanzien van comité voor bijzondere jeugdbijstand of jeugdrechtbank, als men getuige is van een misdrijf).

3. Daarnaast zijn er nog enkele andere, al dan niet rechtstreekse uitzonderingen. Inzake **kindermishandeling** voorziet art. 458bis Strafwetboek de mogelijkheid het parket op de hoogte te brengen als de feiten zelf door de hulpverlener vastgesteld zijn of rechtstreeks vernomen zijn van de betrokkene. In uitzonderlijke omstandigheden kan het zijn dat het doorbreken van het beroepsgeheim de enige manier is om te voldoen aan de plicht hulp te verlenen aan een persoon in gevaar (**'schuldig verzuim'**).

4. Verder wordt een uitzondering gemaakt in het kader van de **eigen verdediging** voor een rechtbank.

5. Binnen het welzijnswerk is het een algemeen gangbare praktijk geworden om, wanneer de cliënt ermee instemt, informatie door te geven en dus in feite het beroepsgeheim te doorbreken, dit naar analogie met het principe van de **geïnformeerde toestemming** of het 'informed consent'. De hulpverlener mag informatie aan ande-

ren doorgeven indien de cliënt vooraf voldoende geïnformeerd werd en vrijwillig toestemming gaf. Op deze manier wordt de autonomie van de cliënt gerespecteerd en wordt de vertrouwensrelatie niet in gevaar gebracht, waardoor de informatie toch buiten de individuele hulpverleningsrelatie kan doorgegeven worden.

6. De ethische commissie stelt vast dat bepaalde ontwikkelingen binnen de rechtsleer de enge interpretatie van de wettelijke zwijgplicht pogen te doorbreken en perspectieven openen om onder bepaalde voorwaarden cliëntinformatie te kunnen uitwisselen tussen diverse partners die bij de hulpverlening betrokken zijn. Zo wordt er reeds jaren in de rechtsleer gewerkt met het principe van het **"gedeeld beroepsgeheim"** tussen teamleden<sup>1</sup>.

7. Sporen van deze gewijzigde interpretatie van de wettelijke zwijgplicht zijn terug te vinden in **recente regelgevingen** met betrekking tot het welzijnswerk. Denken we maar aan de wet op de patiëntenrechten en het decreet op de rechtspositie van minderjarigen in de hulpverlening. Ook met dit gegeven zal rekening worden gehouden in dit advies.

8. Onze hulpverlening richt zich niet alleen tot volwassen, wilsbekwame en mondige cliënten, maar werkt vaak met jongeren uit de bijzondere jeugdzorg, kinderen en hun gezinnen of personen met een mentale handicap. Als het gaat over **gegevens over een** (verlengd) **minderjarige of wilsonbekwame**, moet ook rekening gehouden worden met het recht van de ouders of wettelijk vertegenwoordiger om te weten

<sup>1</sup> Voor het onderscheid tussen 'gedeeld' en 'gezamenlijk' beroepsgeheim verwijzen we naar de paragrafen 56 en 64 van dit advies; voor een meer omstandige uitleg verwijzen we naar het boek van Isabelle Van der Straete en Johan Put – zie literatuuropgave.



wat er met de persoon aan de hand is. Hierbij zal men rekening houden met de (mentale) leeftijd van de persoon, al zijn ook hier geen strikte richtlijnen voor.

9. Naast de strikte wetgeving dient men ook rekening te houden met eventuele afspraken die **in de praktijk gegroeid** zijn, en die bv. in de vorm van een deontologische code of een afsprakennota binnen (of tussen) voorzieningen of binnen een beroepsgroep vastgelegd werden.

### *B. Verschuivingen in de hulpverlening*

10. Een aantal ontwikkelingen binnen de welzijnszorg plaatsen de traditionele interpretatie van het beroepsgeheim zwaar onder druk.

11. De **context** van de hulpverlening is zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde veel complexer geworden. Aan de vraagzijde wordt niet alleen met groepen en hele samenlevingsverbanden gewerkt, zelfs individuele cliënten worden contextueel benaderd. Het gaat hier om het geheel van het '**cliëntensysteem**': de persoon in/ en zijn omgeving<sup>2</sup>. Bovendien gaat het vaak ook om een persoon in een **leefgroep** (waarbij de verhoudingen in de leefgroep ook in rekening moeten gebracht worden) met een gans team van begeleiders... (met elk hun eigen opleidingen en achtergronden, als beroepskrachten of vrijwilligers, directe

of indirecte begeleiders, enz.) Het gros van onze voorzieningen heeft inderdaad te maken met een leefgroep-systeem, waarbij de begeleiding eerder ortho(ped)agogisch van aard is, dan gericht op de individuele begeleiding...

12. Om een antwoord te kunnen bieden op de steeds **complexer** wordende **problematiek** van cliënten (in een steeds complexer wordende samenleving) en om de kwaliteit en de continuïteit van de hulpverlening te garanderen wordt aan de aanbodzijde van de hulpverlening meer en meer in **teamverband** en in **netwerkverband** gewerkt. De hulpverlening werkt steeds meer met multidisciplinaire teams om de problemen van de cliënten te kunnen benaderen vanuit de verschillende perspectieven van de teamleden en gaat steeds meer samenwerken in netwerken van teams, over de grenzen van de eigen voorzieningen heen. Dit betekent dat meerdere hulpverleners rechtstreeks of onrechtstreeks bij de hulpverlening betrokken worden. Nieuwe ideeën duiken hierbij op zoals zorgcoördinatie, zorgprogrammering en integrale hulpverlening<sup>3</sup>.

13. De overtuiging groeit dat dit samenwerkingsverband zelfs moet worden uitgebreid tot andere partners die niet tot het klassieke zorgcircuit behoren, maar die wel een essentiële bijdrage kunnen leveren voor het welslagen van de hulpverlening. Hierbij



2 Waar verder in de tekst 'cliënt' staat, verstaan we steeds het ganse 'cliëntensysteem', ouders of wettelijk vertegenwoordiger inbegrepen als het over niet-handelingsbekwame of verlengd minderjarigen gaat.

3 Eén van de krachtlijnen bij het opstarten van het project integrale jeugdhulp bijvoorbeeld was dat de jeugdhulp intersectoraal beter georganiseerd moet worden. Daarom werd een betere samenwerking voorgesteld tussen de zes sectoren die bij het project betrokken zijn: het algemeen welzijnswerk, de geestelijke gezondheidszorg, Kind en Gezin, het onderwijs, het Vlaams Fonds en de Bijzondere Jeugdbijstand.

wordt niet alleen gedacht aan andere sectoren van de samenleving, maar ook aan personen die tot de directe leefwereld van de cliënt behoren. Het model van de “**zorgcirkels**”<sup>4</sup> dat thans opgang maakt, betekent een gevoelige uitbreiding van wat traditioneel onder een netwerkverband wordt verstaan.

14. De **invalshoek** is gewijzigd: van een aanbodgerichte zorg naar een **vraaggerichte zorg**, met een grote gevoeligheid voor de autonomie en de gebruikersrechten van de cliënt. Dit heeft uiteraard te maken met het mondigere worden van de cliënt, maar ook met het streven naar een integrale welzijnszorg waarbij de cliënten vanuit hun vraag een individueel traject kunnen volgen en waarbij de teams hun aanbod op elkaar afstemmen en coördineren. Ook de zgn. vermaatschappelijking van de zorg of deinstitutionalisering komt hier in beeld: hulpverlening wordt teruggegeven aan de samenleving, waardoor er meerdere instanties op betrokken zijn en de samenleving als dusdanig er ook de eindverantwoordelijkheid voor draagt.

15. Ook het **kader** waarbinnen de hulpverlening zich voltrekt, onderging ingrijpende veranderingen: welzijnswerkers zijn geen zelfstandige hulpverleners, maar werknemers in dienstverband, waarvan de professionele autonomie vaak onvoldoende wordt erkend. Finaal is het de hulpverleningsorganisatie die verantwoordelijk is voor de geboden hulp. Deze organisatie is op haar beurt verant-

woording verschuldigd aan de overheid, waardoor ze erkend en betoelagd wordt, en waardoor ze ook gecontroleerd wordt.

16. Binnen het kader van de geïnstitutionaliseerde zorg worden welzijnswerkers soms met een **dubbel mandaat** belast. Naast vertrouwenspersoon van de cliënt treden ze op als informant van een opdrachtgever die van hen verwacht dat bepaalde informatie over de cliënt wordt verzameld en doorgegeven. Soms zit men zelfs op de dubbele stoel van hulpverlener en controleur.

17. De complexiteit van de hulpverlening heeft ook wijzigingen in de **logistieke ondersteuning** van de hulpverlening voor gevolg: hulpverleningsdossiers (die de neerslag bevatten van wat tot het beroepsgeheim behoort) worden geautomatiseerd en soms centraal bewaard; secretariaatsmedewerkers, die als zodanig geen vertrouwensrelatie hebben met het cliënteel, worden ingeschakeld bij de verwerking van heel wat persoonlijke gegevens over cliëntsystemen en de gevoerde hulpverlening. Door de enorme ontwikkeling in de informatie- en communicatietechnologie zijn steeds meer hulpverleners en andere medewerkers in de mogelijkheid zich toegang te verschaffen tot vertrouwelijke gegevens van cliënten.

18. Door al deze ontwikkelingen komt niet alleen de strikte interpretatie van het beroepsgeheim onder druk te staan, maar zijn allerlei betrokkenen bij de hulpverlening ook geneigd er meer nonchalant mee om te gaan.

<sup>4</sup> Deze ‘zorgcirkels’ kan je grafisch voorstellen als concentrische cirkels, waarin de cliënt centraal staat, met daar rond zijn directe omgeving, familie, leefgroepenoten, de professionele hulpverleners, burea, eventuele mantelzorgers en vrijwilligers, enz. Voor wie hierover meer wil lezen verwijzen we naar de publicaties van o.m. Chris Gastmans in de literatuurlijst.



### *C. Spanningsveld tussen geheimhouden en delen van informatie*

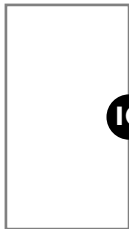
19. De ontwikkelingen naar meer samenwerking in de hulpverlening en naar ruimere interpretaties van het beroepsgeheim zijn positief, maar leiden tot **onduidelijkheid over de toepassing** van het beroepsgeheim. Hulpverleners die kiezen voor de zekerheid van de strikte interpretatie van het beroepsgeheim, ervaren tal van moeilijkheden bij de samenwerking. Hulpverleners die kiezen voor samenwerking in de hulpverlening, ervaren onzekerheid bij de toepassing van een ruimere interpretatie van het beroepsgeheim.

20. Er is een **spanningsveld** tussen enerzijds de bescherming van de privacy en het geheimhouden van informatie, en anderzijds het feit dat bepaalde (gevoelige) zaken moeten 'openbaar' gemaakt of bepaalde informatie moet gedeeld worden in de hulpverlening. Het is zeker zo dat men zich in de hulpverlening méér dan normaal moet blootgeven, juist omwille van de hulpverlening. Om aan goede hulpverlening te doen, moet men steeds de grenzen van de privacy overschrijden: er is enerzijds het relationeel aspect, de nabijheid, ... en anderzijds het zich openbaren, zich laten kennen, zich open stellen voor de hulpverlening, waarbij echter ook afstand nodig is... Belangrijk hierbij is dat de hulpverlener dit niet misbruikt voor een ander doel, en dat de hulpvrager hiervoor garanties heeft, nl. via het beroepsgeheim. Om dit te garanderen zijn erkende hulpverleners aan een morele en juridische zwijgplicht onderworpen met betrekking tot alle cliëntgegevens die tijdens het hulp-

verleningsproces openbaar worden. Het is de 'context' van de hulpverlening die maakt dat alle cliëntgegevens waarmee binnen de hulpverlening wordt gewerkt vertrouwelijk worden, ook al kunnen het gegevens zijn die op zichzelf genomen niet geheim zijn.

21. Wie zich richt tot een hulpverlener moet kunnen rekenen op het '**vertrouwelijk**' omgaan met de gegeven informatie. Hulpverlening moet kunnen uitgaan van een vertrouwensrelatie. Het beroepsgeheim wordt als een belangrijke waarde naar voor geschoven om de 'vertrouwensrelatie' mogelijk te maken en te beveiligen. Alles wat men binnen een vertrouwensrelatie te weten komt (ook als het niet over zgn. 'gevoelige gegevens' gaat) behoort tot het beroepsgeheim. Het staat buiten kijf dat in een zorgrelatie de persoonlijke levenssfeer gerespecteerd wordt. Waarden als autonomie, privacy en vertrouwen pleiten voor het geheimhouden van informatie.

22. Vermits hulpverleners meer en meer in samenwerking gebeurt, in teamverband of in netwerken, is het nodig dat er ook **informatie uitgewisseld** wordt (mondeling, schriftelijk, elektronisch of visueel). Een goede zorg of hulpverlening mag niet belemmerd worden door het beroepsgeheim: de samenwerking in teamverband of in netwerken mag er niet door bemoeilijkt of onmogelijk gemaakt worden. Hulpverleners zijn soms genoodzaakt tussenbeide te komen om de integriteit of de gezondheid van de cliënt of een ander te beschermen. Daartoe moeten ze soms bepaalde informatie aan anderen kunnen doorgeven. Bij de samenwerking zijn gedeelde zorg, integriteit, gezondheid en welzijn belangrijke waarden.



## Deel 2: Een relationeel zorgethische benadering

### A. Een fundamentele keuze

23. De ethische commissie van het Vlaams Welzijnsverbond opteert voor een **zorgethische benadering**. Deze optie sluit aan bij een relationeel-ethische, personalistische en fundamenteel christelijke visie op de mens<sup>5</sup>.

24. We zien mensen niet alleen als individuen die streven naar autonomie, maar ook als personen die ten volle tot ontwikkeling komen in relatie met anderen. Mensen leven in **verbondenheid** met elkaar, in een complex netwerk van sociale en professionele relaties. Ze streven naar autonomie, maar zijn ook wederzijds van elkaar afhankelijk. Bijgevolg focussen we in de welzijnszorg niet alleen op de autonome individuen, maar ook op de relaties en de ontmoetingen tussen hulpverleners en cliënten in hun sociaal en professioneel netwerk. De autonomie van individuen zien we steeds in het breder kader van de relaties tussen de personen.

25. Het uitwisselen van informatie in de welzijnszorg benaderen we vanuit deze zorgethische visie. In een zorgethische visie gaan we hierbij uit van een wederzijdse betrokkenheid en gedeelde verantwoordelijkheid van hulpvrager en hulpverlener. Hierbij speelt ieder zijn eigen rol in de hulpverlening. Omwille van het onevenwicht in de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener, onderstrepen we het

belang van het **vertrouwen en de betrouwbaarheid** in de hulpverlening.

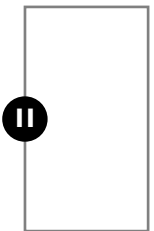
26. Een zorgvuldige, zorgethische benadering moet dan ook hand in hand gaan met het **beroepsgeheim**. Het beroepsgeheim is een basisgegeven in een 'zorgvuldige' hulpverlening en speelt anders in de individuele hulpverleningsrelatie dan in team- of in netwerkverband. Als we zorgvuldig willen hulpverlenen is er méér nodig, zorgvuldige hulpverlening moet oog hebben voor het ganse 'welzijn' van de cliënt.

27. Het beroepsgeheim mag niet ge- of misbruikt worden voor een ander doel dan de hulpverlening. Als het echter alleen de hulpverlener is die dat bepaalt, dan vervallen we in paternalisme; is het alleen de cliënt die dit bepaalt (al dan niet op basis van een 'informed consent'), dan wordt hij alleen gelaten in zijn autonomie<sup>6</sup>. Daarom pleiten we vanuit een zorgethische benadering voor het **overlegmodel**. We spreken hier ook over het 'negotiated consent' model, omdat we uitgaan van een gedeelde verantwoordelijkheid voor de uiteindelijke beslissing of informatie doorgegeven wordt of niet.

28. Het **welzijn van de cliënt** blijft uiteraard het eerste aandachtspunt bij het uitwisselen van informatie. Het overlegmodel binnen een zorgethische benadering beperkt zich echter niet tot de (individuele en rechtstreekse) relatie tussen de hulpverlener en de cliënt,

<sup>5</sup> Voor een verdere uitwerking: zie de tekst met visie en uitgangspunten bij het eerste advies en de literatuuropgave achteraan.

<sup>6</sup> Sommige visies stellen dat het beroepsgeheim en de beslissing om dit te doorbreken niet alleen een kwestie is van de individuele beroepsbeoefenaar, noch van de individuele cliënt, maar ook van de beroepsgroep en de samenleving.





maar wordt verruimd tot de verschillende **zorgcirkels**. In de eerste plaats gaat het om de direct bij de cliënt (cliëntstelsel) betrokkenen: naastbestaanden, mantelzorgers, professionele en vrijwillige hulpverleners; daarnaast spelen ook relevante anderen een rol, zoals andere familie, leefgroepgenoten, vrienden, enz. Het overleg binnen een zorgethische benadering houdt zelfs de mogelijkheid open aandacht te besteden aan of rekening te houden met niet-rechtstreeks betrokkenen. Op deze manier betrekken we de beslissingen op de leefwereld en het totale welzijn van de cliënt. Deze benadering doet ons inziens ook recht aan zgn. wilsonbekwame of minder wilsbekwame cliënten.

29. Om in de hulpverlening met dit spanningsveld om te gaan, willen we **drie principes** naar voor brengen, die op alle informatie en in alle situaties toepasbaar zijn, met name vertrouwen, overleg en zorgvuldigheid. Wanneer hulpverleners overwegen of ze bepaalde informatie vertrouwelijk houden of meedelen, laten ze zich leiden door deze drie principes. Een hulpverleningsrelatie moet in elk geval een vertrouwensrelatie zijn. Informatie doorgeven kan alleen in overleg met de direct betrokkenen. In dat overleg zoeken ze samen wat zorgvuldigheid in die situatie impliceert.

## **B. Drie principes**

### *B.1. Vertrouwen*

30. Zoals destijds het beroepsgeheim ingevoerd werd om de vertrouwelijkheid binnen de individuele (vnl. medische) hulpverlening te beschermen, zo pleiten we er vanuit een zorgethische visie ook voor dat in alle andere vormen van hulpverlening **het vertrouwen steeds vooraan** staat.

Zonder vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener kan er van hulpverlening geen sprake zijn. Cliënten vertrouwen zich toe aan de hulpverlener en de hulpverlener zal dit vertrouwen niet beschamen.

31. Vertrouwen vergt een **wederkerige relatie**, en vraagt respect voor de privacy, de integriteit en het zelfbeschikkingsrecht van de betrokkenen en hun omgeving, maar vertrekt tegelijk van de professionaliteit, de beroepshouding en de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener. De autonomiegedachte legt de nadruk hierbij vooral op de zelfbeschikking van de individuele cliënt; de zorglogica brengt hierbij vooral het relationele aspect aan, vraagt zich af wat de betekenis is voor, wat de impact is op de (betekenisvolle) relaties.

32. We moeten ons bewust zijn van de **macht van de hulpverleners** en opletten voor de 'uitwassen' van de modellen die we hanteren: enerzijds wordt het zorgethisch model verweeten gemakkelijk over te hellen naar een nieuw soort paternalisme, terwijl anderzijds het model van de geïnformeerde toestemming soms neerkomt op het pro forma ondertekenen van een vrijbrief voor de hulpverlener. De beste manier om dit te vermijden is juist de cliënt of het cliëntstelsel op een goede manier te betrekken bij de hulpverlening. (Overlegmodel) Hierbij kunnen we te rade gaan bij de visie van 'empowerment': hier wordt uitgegaan van de evenwaardigheid van de personen die begeleid worden, zonder evenwel de (zorg)afhankelijkheid te ontkennen. Tenslotte pleiten we ervoor een aantal zorgvuldigheidscriteria in te bouwen.

33. Door de nadruk te leggen op de





vertrouwensrelatie en een zorgethische invalshoek geven we impliciet kritiek op de maatschappelijk overheersende opvatting die vanuit een meer individualistische rechtenbenadering de privacy en zelfbeschikking centraal stelt. In het model van de geïnformeerde toestemming is het de beroepskracht die de informatie geeft, maar uiteindelijk de (vrije en geïnformeerde) cliënt die kiest, die bepaalt hoe er verder gewerkt wordt. De cliënt kan toestemming geven om bepaalde dingen door te zeggen, maar hij kan hem niet verplichten om deze dingen ook door te vertellen... De **eigen afweging van de hulpverlener** blijft bestaan. Om het individueel oordeel van de hulpverlener te toetsen kan hij terugvallen op een teambespreking, of als dit niet kan of hij dat niet wenselijk acht, kan hij één collega raadplegen of in vertrouwen nemen.

34. Vertrouwelijkheid en zorgzaamheid is niet alleen een kwestie van attitude van de hulpverlener, maar heeft ook te maken met een **'cultuur' van zorgzaamheid**<sup>7</sup> in de voorziening: zowel ten aanzien van de cliënten als ten aanzien van het personeel ("zorg voor de zorgende"), als tussen de personeelsleden (collegialiteit). Ook als we de nadruk leggen op de professionaliteit en de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener, dan betekent dat zeker niet dat we hen aan hun lot overlaten. Vanuit het voorzieningenbeleid moet hieraan op verschillende niveaus aandacht besteed worden (bv. in het aanwervingsbeleid) en moet er ondersteuning voorzien worden (VTO-beleid, intervisie, enz.).

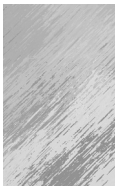
## B.2. Overleg

35. De nadruk die we leggen op participatie en communicatie (het overlegmodel) volgt uit de zorgethische benadering, waarbij mensen (zowel cliënten als hulpverleners) niet alleen als individuen, maar ook in relatie tot elkaar gezien worden, elk met hun eigen verantwoordelijkheid tegenover zichzelf, de ander en de samenleving. Daarom is het belangrijk het overleg aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria te voeren op twee niveaus.

36. Op de eerste plaats pleiten we ervoor dat hulpverleningsorganisaties een algemene **visie en beleid** uitwerken over het uitwisselen van informatie met hun belangrijkste partners in de hulpverlening. Het uitwerken van een algemene en niet casusgebonden visie en beleid voorkomt dat de hulpverleners bij elke concrete casus opnieuw hun houding moeten bepalen. Dit vergt eerst intern overleg in de eigen voorziening (met alle betrokken actoren of 'stakeholders') en daarna met de belangrijkste partners in (het netwerk van) de hulpverlening over hun manier van samenwerken en informatie uitwisselen.

37. Vervolgens bevragen de hulpverleners zichzelf in elke individuele **casus** over de toepassing van deze algemene visie en beleid. Vanuit een houding van kritische zelfreflectie, en in overleg met de cliënt, toetsen ze het uitwisselen van informatie aan de zorgvuldigheidscriteria. Ze toetsen de criteria in overleg met de hulpverleners in het team, met de cliënt zelf en zijn omgeving, en met de hulpverle-

<sup>7</sup> Deze 'cultuur' van zorgzaamheid is niet alleen een kwestie van de voorzieningen op zich, maar een zaak van de ganse sector.



ners of derden aan wie ze de informatie uitwisselen. Het model van de 'zorgethische cirkel' kan bij het nemen van moeilijker beslissingen (o.m. bij wilsonbekwame cliënten) aangewezen zijn.

38. De hulpverleners overleggen met de cliënt over de informatie die ze wensen uit te wisselen. Ze informeren de cliënt over de informatie die kan verstrekt worden en motiveren het belang of de noodzaak ervan. Ze motiveren de cliënt om akkoord te gaan met het uitwisselen van informatie. ('geïnformeerde toestemming' of 'informed consent') Ze luisteren naar de opvattingen en argumenten, de gevoelens en emoties van de cliënt en zijn omgeving, die ze er – zo mogelijk – uitdrukkelijk bij betrekken. Ze passen desgewenst de overdracht van informatie aan en **streven** steeds **naar overeenstemming**. ('onderhandelde toestemming' of 'negotiated consent') Overleg is ethisch de beste weg tot toestemming.

39. Deze vormen van overleg vragen aanvankelijk veel tijd. Door te overleggen, drukken de hulpverleners hun respect uit voor de betrokken partners en werken ze aan de samenwerkings- en vertrouwensrelatie met hen. Bovendien groeien door het overleg de duidelijkheid en de **transparantie** van de informatie en de kwaliteit en de effectiviteit van de hulpverlening. Omdat overleg erg kwetsbaar is en de verschillende soorten overleg een verschillende impact hebben, is het belangrijk dat alle betrokkenen vooraf weten wie de partners zijn in het overleg.

40. Overleg is meestal geen eenmalig gebeuren, maar een **proces** van

ontmoeten, informeren, bespreken, motiveren en streven naar consensus. Doorheen het overleg groeien de opvattingen naar elkaar toe. Overleg vraagt tijd, maar is de aangewezen weg om zorgvuldig met informatie om te gaan. Welke vorm het overleg aanneemt, verschilt in functie van de doelgroep. Door uit te gaan van een overlegmodel, doen we recht aan de in de zorgethiek belangrijke waarde van de relationaliteit. Overleg houdt ook onderhandelingsruimte en onderhandelingsmogelijkheid in. Pas als overleg niet meer mogelijk is, moeten we overgaan op de uitzonderingsregels.

41. In sommige situaties zal blijken dat het onmogelijk is tot overeenstemming te komen. Ook dan proberen we recht te doen aan de gelijkwaardigheid van de partners in het overleg. Dit betekent echter niet dat we de specifieke verantwoordelijkheden van bepaalde beroepsgroepen (bv. van artsen in verband met medische informatie) aan de kant kunnen schuiven. Op hun specifiek vlak blijven zij de **eindverantwoordelijkheid** dragen.

### *B.3. Zorgvuldigheid*

#### *Tien criteria.*

42. Om het principe van zorgvuldigheid in de praktijk toe te passen, kunnen de hulpverleners de volgende tien criteria gebruiken. Er is geen vaste orde van belangrijkheid onder deze criteria. Het belang van een criterium komt naar voren in de toepassing ervan in een bepaalde situatie. In een concrete situatie is het ene criterium meer toepasbaar dan het andere en afhankelijk van de situatie moeten sommige criteria absoluut aanwezig zijn.



## **Waarom?**

### *1. Met welk doel wordt de informatie meegedeeld?*

Is het informeren gericht op de hulpverlening voor de cliënt? Is het gericht op de belangen van de cliënt? 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 cliënt? Staat die persoon in een hulpverleningsrelatie tot de cliënt? Is er een vertrouwensrelatie met de cliënt? Behartigt die persoon de belangen van de cliënt? Of beschermt die persoon de integriteit van de cliënt 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 hulpverlener 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 hulpverlening te bieden, om de belangen van de cliënt te behartigen, of om de integriteit van de cliënt 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 cliënt? 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 en op welke wijze wordt de informatie best meegedeeld? Wordt voldoende rekening gehouden met de context? ...

### *10. Kan de cliënt aanwezig zijn bij het meedelen van de informatie?*

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

### *11. Hoe wordt verder omgegaan met de correct doorgegeven informatie?*

Welke afspraken kan men hierrond maken? Hoe wordt de informatie bewaard?



### *C. Algemene principes en uitzonderingen*

43. Overleg is niet altijd mogelijk of haalbaar. Er zijn uitzonderlijke situaties waarin hulpverleners informatie moeten meedelen zonder dat de cliënt ermee akkoord gaat. In die situaties hebben de waarden van hulpverlening, leven, integriteit of gezondheid en welzijn prioriteit op autonomie, privacy of vertrouwen. De hulpverleners bevinden zich in een dergelijke uitzonderlijke situatie indien aan drie voorwaarden voldaan wordt.

44. Een eerste voorwaarde is de **onmogelijkheid** om (verder) te overleggen en de toestemming van de cliënt te krijgen. De hulpverleners stellen alles in het werk om de toestemming te krijgen en betrekken hierbij uitdrukkelijk de omgeving van de cliënt.

45. Een tweede voorwaarde is de dreiging van ernstige schade aan de fysieke en psychische **integriteit** van de cliënt of een andere persoon. Ook als de hulpverlening aan de cliënt bedreigd wordt, kan de hulpverlener beroep doen op de uitzonderingsmaatregel. Hierbij staan de waarden van de integriteit, de gezondheid en de hulpverlening op het spel. De hulpverleners zijn er hierbij van overtuigd dat de schade effectief kan vermeden worden door de informatie uit te wisselen en dat er geen alternatieven zijn om de schade te vermijden.

46. Een derde voorwaarde is de **proportionele verhouding tussen de ernst van de voornoemde schade en de ernst aan de schade aan de vertrouwelijkheid**. Het moet gaan om een ernstige schade of om dreiging van ernstige schade. Bovendien mogen de hulpverleners de vertrouwelijkheid niet

meer schenden dan strikt nodig om de schade aan de fysieke en psychische integriteit te vermijden. Ze wisselen dan alleen deze informatie uit die noodzakelijk is om die schade te vermijden.

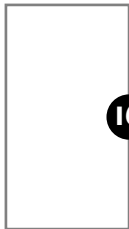
47. Indien tegelijkertijd aan deze drie voorwaarden voldaan is, kunnen hulpverleners zonder toestemming van de cliënt informatie uitwisselen om reeds veroorzaakte schade te herstellen, maar ook preventief om dreigende schade te voorkomen of te beperken. Wanneer zich dit voordoet, motiveren de hulpverleners hun beslissing aan de cliënt. Zo proberen ze toch zoveel mogelijk de waarde van de autonomie, de privacy en het vertrouwen van de cliënt te respecteren en houden ze wegen open om verder te werken in een zorgrelatie met de cliënt.

### **Deel 3: Verschillende hulpverleningssituaties**

48. De algemene principes passen we nu toe op de verschillende hulpverleningssituaties: in het individuele hulpverleningsmodel, bij het uitwisselen van informatie in een team van hulpverleners, in een netwerk en met derden. Telkens worden de doelgroep, een algemene regel, een aandachtspunt en eventuele uitzonderingen geformuleerd.

#### **A. De individuele hulpverleningsrelatie**

49. Hulpverlening wordt traditioneel voorgesteld als een individuele hulpverleningsrelatie, een zogenaamde 'colloque singulier'. De hulpverlening speelt zich af tussen één individuele hulpverlener en één individuele cliënt. Voor deze individuele hulpverlening is het heel belangrijk dat het **vertrouwen** kan groeien en bewaard blijven in de vroe-



gere, de actuele en de toekomstige hulpverleningsrelatie. De hulpverlening wint aan kwaliteit en effectiviteit als de cliënt vertrouwen heeft in zijn hulpverleners. Dit wil zeggen dat de cliënt de hulpverleners ervaart als betrouwbare mensen aan wie men zich mag toevertrouwen.

50. Om de betrouwbaarheid en het vertrouwen zoveel mogelijk te bevorderen en te beschermen, hebben de hulpverleners de opdracht om de privacy van de cliënt te respecteren en het beroepsgeheim te bewaren. Dit betekent dat ze niet zomaar mogen binnendringen in het privé-leven of de persoonlijke levenssfeer van de cliënt en vertrouwelijke gegevens bekend maken. Dit model van individuele hulpverlening gaat bijgevolg hand in hand met een strikte interpretatie van het **beroepsgeheim**.

51. In de praktijk van de individuele hulpverlening passen de hulpverleners deze strikte interpretatie van het beroepsgeheim **op een soepele wijze** toe, naargelang van hun inschatting van de situatie. Op bepaalde momenten, wanneer ze het nodig achten omwille van het belang van de cliënt of omwille van de collegiale samenwerking, geven ze toch informatie door aan andere hulpverleners en betrokkenen. Uiteraard zijn hierop de zorgvuldigheidscriteria van toepassing. Op andere momenten, wanneer ze een individuele aanpak verkiezen boven samenwerking, doen ze een beroep op de strikte interpretatie van het beroepsgeheim om geen informatie te moeten doorgeven.

## **B. Informatie uitwisselen in een team van hulpverleners**

### *Afbakening: team van hulpverleners*

52. Hoewel de welzijnszorg zich ont-

wikkelt naar meer netwerken en samenwerkingsverbanden, blijven de teams van afdelingen of diensten een belangrijke rol spelen. Deze teams bestaan uit professionele hulpverleners van verschillende beroepsgroepen die **gezamenlijk verantwoordelijk** zijn voor de hulpverlening. Er zijn echter afbakeningen in het team op basis van de specificiteit van de beroepsgroepen. Naast een aantal gemeenschappelijke taken, hebben de beroepsgroepen immers ook specifieke taken en bevoegdheden die samenhangen met de eigenheid van hun professionele deskundigheid. Die afbakeningen kunnen belangrijk zijn bij het al dan niet delen van informatie onder hulpverleners in een team.

53. Deze teams zijn **duidelijk afgebakend en herkenbaar**, en dit wordt als dusdanig zowel intern als naar buiten ook duidelijk gepresenteerd en gecommuniceerd. In het organigram van de voorziening vormen ze een afzonderlijke entiteit waarbij het duidelijk is wie al dan niet tot het team behoort. Bovendien beleven de hulpverleners zelf het team als een vaste groep met een gezamenlijke opdracht, ook al zijn er specifieke taken en bevoegdheden. Het is belangrijk dat de cliënten, maar ook de omgeving (o.m. ouders) en andere hulpverleners en derden het team zien als een herkenbare groep van hulpverleners die werken op een bepaalde afdeling of dienst.

54. Om dit te **toetsen** kan je de vraag stellen of het bv. voor elk van de betrokkenen duidelijk is wie er in welke besprekingen rond de cliëntsituatie aanwezig is? Wat met bv. stagiairs in het team of in de leefgroep? Hoe zit het met het verschil in opleidingsniveau van de medewerkers? Kunnen we van hen allen hetzelfde verwachten, bv. in verband met discretie? Hebben alleen mensen





van het team toegang tot de elektronische dossiers? Enz. Rond al deze aspecten zouden zo klaar mogelijke afspraken moeten vastgelegd worden.

*Algemene regel:  
gezamenlijk beroepsgeheim*

55. Als de teamleden gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de hulpverlening voor een groep cliënten, moeten ze ook onder elkaar de nodige informatie kunnen uitwisselen om die verantwoordelijkheid te kunnen opnemen. Verantwoordelijkheid veronderstelt immers kennis, en dus informatie. Vanuit ethisch perspectief vatten we het beroepsgeheim in een team niet strikt individueel op, maar als een **gezamenlijk beroepsgeheim**. De hulpverleners kunnen dan de nodige informatie over een cliënt in het team delen, zonder daar telkens de toestemming van de cliënt voor te vragen. Doordat het team afgebakend en herkenbaar is, is het voor alle betrokkenen duidelijk voor wie dit gezamenlijk beroepsgeheim geldt. Buiten het team houden ze de informatie principieel geheim. Hierbij moet er niet alleen een motivering, maar telkens een expliciete beslissing zijn wanneer informatie doorgegeven wordt.

56. Niettemin vatten cliënten in hun beleving dikwijls het beroepsgeheim strikt individueel op. Daarom is het noodzakelijk dat de hulpverleners de cliënt zo vroeg mogelijk bij de opname inlichten over wie tot het team behoort en over het gezamenlijke karakter van het beroepsgeheim in het team. De hulpverleners motiveren daarbij het belang van het gezamenlijk beroepsgeheim voor de kwaliteit van de hulpverlening. De algemene regel mag dan al het gezamenlijk beroepsgeheim zijn, de individuele verantwoordelijkheid (en strafrechtelijke

sanctie bij overtreding) van de hulpverlener blijft bestaan. Ook daarom pleiten we voor zoveel mogelijk **transparantie**, voor goede afspraken en duidelijke informatie.

*Aandachtspunt: relevantiefilter*

57. Het gezamenlijke beroepsgeheim betekent echter geen vrijgeleide om alle informatie met alle leden van het team te delen. De hulpverleners kunnen zich kritisch bevragen aan de hand van voornoemde zorgvuldigheidscriteria. Het criterium van de relevantie van de informatie voor andere teamleden speelt hier een cruciale rol. We kunnen hier spreken van een zogenaamde '**relevantiefilter**'. Dit betekent dat hulpverleners alleen deze informatie in het team meedelen die relevant is voor de hulpverlening voor de cliënt. De andere informatie houden ze best vertrouwelijk. Dit impliceert tevens dat de informatie relevant moet zijn voor een bepaalde hulpverlener of beroepsgroep. Gezien de afbakeningen binnen het team, is het mogelijk dat informatie relevant is voor een bepaalde beroepsgroep of hulpverlener en niet voor een andere. Het toepassen van de relevantiefilter vergt discretie, het vermogen om te onderscheiden wat met wie al dan niet uitgewisseld wordt. De relevantiefilter is niet alleen van toepassing in het formele overleg in team, maar evenzeer bij alle informele gesprekken in de leefgroep, op de afdeling of dienst.

*C. Informatie uitwisselen in een netwerk van hulpverleners*

*Afbakening: netwerk van hulpverleners*

58. De samenwerking met hulpverleners buiten het eigen team neemt in belang toe naarmate de welzijnszorg zich verder ontwikkelt in **netwerken en samenwerkingsverbanden**. We geven



een niet limitatieve beschrijving van verschillende groepen. Een eerste groep (en we noemen deze niet toevallig eerst) zijn de 'informele' hulpverleners: familieleden, naastbetrokkenen en mantelzorgers die effectief verantwoordelijkheid in de zorg opnemen. Deze kunnen geen aanspraak maken op het strikt wettelijk beroepsgeheim, maar hebben ethisch gezien wel een geheimhoudingsplicht. Een tweede groep zijn de 'formele' hulpverleners die niet behoren tot het eigen team, zoals de huisarts en andere professionele of vrijwillige hulpverleners die werken binnen of buiten de eigen voorziening, netwerk of samenwerkingsverband. Een derde groep zijn 'andere' instanties die een welomschreven verantwoordelijkheid voor de hulpverlening hebben, bijvoorbeeld justitiële instanties in het kader van gedwongen hulpverlening.

59. Al deze hulpverleners vormen een netwerk rondom een cliënt. Dit netwerk krijgt gestalte afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt. Het netwerk is dan ook verschillend voor elke cliënt. De hulpverleners werken samen in functie van de hulpverlening voor één welbepaalde cliënt. Ze vormen echter geen afgebakend team en zijn niet duidelijk herkenbaar als groep. Zowel de hulpverleners zelf als de cliënten beleven deze **functionele samenwerking** op een andere, minder evidente wijze dan deze in een team.

60. Hulpverleners die op hun afdeling of dienst behoren tot een team, staan hier in een andere verhouding tot hulpverleners buiten hun team. Ze kunnen zelf om informatie vragen aan andere hulpverleners die op hun beurt al dan niet behoren tot een team. Maar

ze kunnen ook informatie aan die andere hulpverleners willen doorgeven of ze kunnen van hen een vraag om informatie krijgen. De aard van de verhoudingen tussen de hulpverleners in een netwerk kan dus **zeer verschillend en wisselend** zijn. Vaak is er geen rechtstreekse communicatie tussen de leden van het netwerk, maar verloopt deze bv. via een (officiële of officieuze) zorgcoördinator of iemand met een bemiddelende functie. Vaak is er tussen de 'leden' van het netwerk een onduidelijke relatie, die slecht af te bakenen is, en waarbij de een niet weet van de ander.

61. Naast de formele hulpverleningsnetwerken kan men voor bepaalde (ethische) beslissingen rond de cliëntsituatie soms een beroep doen op een zgn. **zorg(ethische)** cirkel. Hieronder verstaat men "de kring van degenen die vanuit een gedeelde bekommernis voor het welzijn van de cliënt, op een vrij intensieve en langdurige wijze bij de zorg en de hulpverlening betrokken zijn, elk met zijn eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid. Deze betrokkenheid kan verschillende achtergronden hebben: familiale betrokkenheid, leefgenoten in de directe leefomgeving, vrijwilligers en professionele hulpverleners, die vanuit een eigen deskundigheid vrij intensief met aspecten van de zorg belast zijn."<sup>8</sup> Deze bijzondere vorm van samenwerking heeft zowel kenmerken van informele zorg als van team- en netwerk en vraagt dus een uitgesproken vertrouwelijkheid.

*Probleemstelling: gedeeld beroepsgeheim in een netwerk van hulpverleners?*

62. Hoewel er meestal wel een eindverantwoordelijke is voor de hulpverlening, kunnen we stellen dat hulpverle-





ners in een netwerk **samen verantwoordelijk** zijn voor de geboden hulpverlening aan een cliënt. Hiervoor kunnen ze zelf bepaalde informatie nodig hebben of om informatie gevraagd worden. De kernvraag is of we in deze omstandigheden kunnen spreken van een gedeeld beroepsgeheim.

63. Vanuit ethisch perspectief pleiten we niet voor een soepele toepassing van de leer van het **gedeelde beroepsgeheim** op hulpverleners in netwerken. In geen geval mag de indruk ontstaan dat de hulpverleners onderling zonder enige rem informatie over hun cliënten kunnen delen. Daarom overleggen ze zoveel mogelijk met de cliënt over welke informatie ze met wie delen. Om evenwel het verlenen van hulp in een netwerk mogelijk te maken, lijkt het ons anderzijds noodzakelijk dat in zekere mate informatie wordt gedeeld, weliswaar met de nodige terughoudendheid<sup>9</sup>. De informatie-uitwisseling gebeurt zoveel als mogelijk met de instemming van of in het bijzijn van de cliënt. Het moet

voor de cliënt van bij de aanvang duidelijk zijn dat de hulpverlening plaatsvindt in een netwerk; hij moet daarbij minstens **geïnformeerd worden** over de mogelijke informatie-uitwisseling en de gelegenheid krijgen zich hiertegen te verzetten. Zonder toestemming van de betrokkene kan het alleen in geval van dreigende schade aan de gezondheid of de integriteit (van derden of de cliënt), en na dit ten aanzien van de cliënt te hebben gemotiveerd.<sup>10</sup>

#### *Aandachtspunt: zorgvuldigheidscriteria*

64. Als hulpverleners in een netwerk informatie willen doorgeven of vragen, toetsen ze het meedelen van die informatie aan de zorgvuldigheidscriteria. Ze doen dit bij zichzelf, maar ook in het overleg in team, met de cliënt, met de betrokken hulpverleners buiten het team en met derden. Onder de tien zorgvuldigheidscriteria speelt relevantie een belangrijke rol. De relevantiefilter is dus ook hier van toepassing.

9 In deze context verwijzen we naar de interpretatie van Johan Put en Isabelle Van der Straete, die aanvaarden dat er sprake is van een gedeeld beroepsgeheim, enkel wanneer aan volgende voorwaarden voldaan is:

1° De andere hulpverlener is in dezelfde mate gebonden door het beroepsgeheim: het gedeeld beroepsgeheim kan dus niet worden ingeroepen als basis om informatie uit te wisselen met personen die niet gebonden zijn door het beroepsgeheim, zoals mantelzorgers. Vrijwilligers in de hulpverlening hebben wel een beroepsgeheim, want ook voor hen geldt de noodzakelijke vertrouwensrelatie als voorwaarde voor een goede zorgvuldige hulpverlening.

2° De andere hulpverlener treedt met dezelfde doelstelling op ten aanzien van dezelfde cliënt: dit finaliteitscriterium houdt in dat van gedeeld beroepsgeheim enkel sprake kan zijn in eenzelfde hulpverleningscontext, en bijvoorbeeld niet tussen hulpverleners en politie-, justitie- of inspectiediensten.

3° Enkel noodzakelijke informatie wordt uitgewisseld: men kan hier dus spreken over een 'verstrengde relevantiefilter' ten overstaan van hetgeen gezegd werd over de informatie-uitwisseling in teamverband. De noodzakelijkheid wordt afgetoetst aan de kwaliteit en/of continuïteit van de hulpverlening.

4° De informatie-uitwisseling dient het belang van de cliënt.

5° De informatie-uitwisseling gebeurt zoveel als mogelijk met de instemming van de cliënt: minstens wordt de cliënt geïnformeerd over de informatie-uitwisseling. Het moet voor de cliënt duidelijk zijn dat de hulpverlening plaatsvindt in een netwerk; hij moet daarbij de gelegenheid krijgen zich te verzetten tegen de informatie-uitwisseling.

10 Het toezicht op het correct omgaan met informatiestromen wordt in een netwerk best toegewezen aan bv. de zorgcoördinator of de trajectbegeleider.



#### D. Informatie uitwisselen met derden

65. De hulpverleners kunnen echter ook informatie uitwisselen met **derden**<sup>11</sup> die geen verantwoordelijkheid dragen in de hulpverlening voor de cliënt, maar wel betrokken kunnen zijn op de cliënt en zijn of haar belangen. We kunnen hierbij een onderscheid maken tussen derden binnen (bv. administratief en technisch personeel en de hiërarchische verantwoordelijken) en buiten de eigen hulpverleningsvoorziening. De meeste 'derden' zijn vanuit hun professionele opdracht gebonden aan het beroepsgeheim.

66. Sommige derden zullen er zich op beroepen dat ook zij gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Maar we kunnen in dat geval **onmogelijk** spreken van een **gedeeld beroepsgeheim** omdat de derden geen hulpverlenend beroep uitoefenen. Uiteraard zijn de bovenvermelde argumenten omtrent het gebrek aan transparantie en het schaden van de privacy en de vertrouwensrelatie ook hier van toepassing. Ten slotte is er de algemeen geldende regel dat het beroepsgeheim tegenover derden moet gerespecteerd worden.

67. In sommige **sectorspecifieke reglementeringen** wordt gesteld dat 'alle' actoren binnen die sector aan het

beroepsgeheim gebonden zijn (inclusief het administratief personeel, de hiërarchische oversten en de overheidsinspectie). Dit is onder meer het geval in de wet op de jeugdbescherming van 1965 (art. 77), in het Decreet Bijzondere Jeugdbijstand (art.45) en in het Besluit inzake de Integrale Jeugdhulp (art. 48). Voor het uitwisselen van informatie tussen deze actoren kan dan beroep worden gedaan op het gedeeld beroepsgeheim indien aan alle voorwaarden ervan is voldaan.

68. In Nederland wordt beroep gedaan op de theorie van het **afgeleid beroepsgeheim**. In de Nederlandse rechtsleer wordt traditioneel een onderscheid gemaakt tussen enerzijds het zelfstandig beroepsgeheim en anderzijds de afgeleide geheimhoudingsplicht. Dit laatste rust op diegenen die de geheimplichtige ondersteunen in de uitoefening van zijn beroep, maar die zelf geen vertrouwensrelatie opbouwen met de cliënten van laatstgenoemde. Aan hen komt geen zelfstandig oordeel toe over wat als vertrouwelijk moet worden beschouwd. Zij dienen zich dienangaande te richten naar de geheimplichtige onder wiens verantwoordelijkheid wordt gewerkt. In België wordt slechts zelden deze figuur van het afgeleid beroepsgeheim aanvaard. We moeten ervoor opletten dat het 'afgeleid'

<sup>11</sup> We denken hierbij op de eerste plaats aan familie, naastbetrokkenen en vrijwilligers die geen effectieve verantwoordelijkheid in de hulpverlening voor de cliënt opnemen. Een tweede groep zijn personen in een bemiddelingsfunctie, zoals een bewindvoerder, een klachtenbemiddelaar, een interculturele bemiddelaar of een tolk. Een derde groep vormen de personen die diensten verlenen, zoals personen die betrokken zijn bij de tewerkstelling, de woonfunctie of de vrijetijdsbesteding, of personen die een bank, een verzekeringsmaatschappij of een ziekenfonds vertegenwoordigen. Een vierde groep zijn instanties die de overheid vertegenwoordigen, bijvoorbeeld politionele diensten of een openbaar bestuur. Een vijfde groep zijn personen die gegevens registeren. Een zesde groep omvat mensen die wetenschappelijk onderzoek uitvoeren. Een zevende groep bestaat uit de justitiële instanties die geen verantwoordelijkheid voor de hulpverlening voor de cliënt hebben, bijvoorbeeld in gerechtelijke of strafrechtelijke zaken. Ten slotte zijn er de medeciënten die ook heel wat informatie over een cliënt te weten komen. Deze opsomming is niet limitatief.



beroepsgeheim geen vrijbrief wordt om alle informatie te delen, om bv. dossiers door iedereen te laten inzien... In plaats van te spreken over een afgeleid beroepsgeheim, zou men beter spreken van een **'discretieplicht'** voor de andere betrokken medewerkers, die niet in de directe begeleiding staan. Misschien moet het onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds een discretieplicht 'naar buiten' (in elk geval!) en anderzijds de mogelijkheid om er 'naar binnen' op een zorgvuldige manier mee om te gaan.

#### *Aandachtspunt: zorgvuldigheidscriteria*

69. Als hulpverleners aan derden informatie willen geven of vragen, **toetsen** ze het meedelen van die informatie **aan de zorgvuldigheidscriteria**. Ze doen dit bij zichzelf, maar ook in het overleg in team, met de cliënt, met de betrokken hulpverleners buiten het team en met derden. Onder de tien zorgvuldigheidscriteria speelt relevantie een belangrijke rol. De relevantiefilter is dus ook hier van toepassing.

70. Het uitwisselen van informatie aan derden is mogelijk indien aan een aantal voorwaarden voldaan wordt: de rechtsleer voorziet in een opheffing van het beroepsgeheim met de uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene. Verder kunnen we stellen dat dit ook kan indien het anoniem gebeurt. Zonder **toestemming van de betrokkene** kan het alleen in geval van dreigende schade aan de gezondheid of de integriteit (van derden of de cliënt), en na dit ten aanzien van de cliënt te hebben gemotiveerd.

#### *E. De specifieke situatie van hulpverleners met een dubbel mandaat*

71. Sommige hulpverleners hebben

een dubbel mandaat: enerzijds hebben ze de opdracht hulp te verlenen en anderzijds de opdracht om bepaalde informatie aan hun opdrachtgevers (bv. justitiële instanties, OCMW-raad, enz.) door te geven. Deze twee opdrachten staan in een spanningsveld. Een ethische manier om met dit spanningsveld om te gaan is het creëren voor een **zo groot mogelijke transparantie**.

72. De bovenvermelde algemene regel, uitzonderingen en zorgvuldigheidscriteria zijn evenzeer van toepassing bij het samenwerken met diverse opdrachtgevers, zoals justitiële instanties. De zorgverleners **overleggen zoveel mogelijk** met deze instanties over de informatie die ze aan hen doorgeven. Maar dit overleg heeft plaats binnen het wettelijke kader dat gecreëerd wordt door het juridische statuut van de cliënt.

73. Dit juridische statuut regelt in belangrijke mate welke informatie de zorgverleners wettelijk verplicht zijn door te geven aan de opdrachtgevers. Meestal betreft dit formele gegevens zoals de aanwezigheid van de cliënt of de deelname aan de begeleiding, en niet persoonlijke gegevens, zoals het verloop van de begeleiding. Enkel **indien de wet daartoe expliciet verplicht**, geven de zorgverleners deze persoonlijke gegevens door, zoniet beperken ze zich tot formele gegevens, met uitsluiting van persoonlijke gegevens.

74. De zorgverleners maken best ook **afspraken met de betrokken opdrachtgevers** over hoe ze deze regels in de praktijk toepassen. Deze afspraken kunnen van algemene aard zijn en betrekking hebben op de globale visie en het algemene beleid bij de samenwerking tussen de zorgverleners en de opdrachtgevers, maar deze

afspraken kunnen ook heel concreet zijn met betrekking tot de situatie van een bepaalde cliënt.

75. Het beroepsgeheim van de gemandateerde geldt in ieder geval niet ten aanzien van zijn opdrachtgever. Alles wat verband houdt met zijn opdracht, moet aan hem worden gerapporteerd. De redelijkheid gebiedt dat de gemandateerde hulp- of zorgverlener vooraf zijn opdracht en de omvang ervan duidelijk maakt aan de betrokkene. Hij mag zich ten aanzien van deze laatste niet voordoen als een vertrouwensfiguur, maar moet te kennen geven dat hij met een **rapporteringsopdracht** is belast.

76. De vertrouwelijke informatie waarvan hij **buiten** de contouren van **zijn opdracht** kennis heeft gekregen, valt wel onder het beroepsgeheim en mag niet worden meegedeeld aan de mandaatgever. Het komt er dus op aan de precieze omvang van de opdracht af te lijnen. Dit is een uiterst moeilijke oefening. Hulpverleners die met cliënten werken in een buitengerechterlijke context, kunnen om de reeds vernoemde redenen (geen zelfde beroepsgeheim en verschillend doel van hun optreden) niet terugvalen op de leer van het gedeeld beroepsgeheim om informatie door te geven aan consultants bij de sociale dienst bij de jeugdrechtsbank of aan justitieassistenten.

77. Vanuit het principe van het overleg is het heel belangrijk dat de zorgverleners deze regels en afspraken ook met de cliënt bespreken. Ze **informer** de cliënt over deze regels en afspraken en motiveren ze in het kader van het juridische statuut en van de hulpverlening. Het getuigt van respect om de cliënt zoveel mogelijk

te betrekken bij, zelfs mee te nemen op de bespreking over zijn 'dossier', hem zoveel mogelijk zelf de informatie te laten geven. Zo werd het voorbeeld gegeven van een OCMW-maatschappelijk werker die pas een verslag doorstuurt, nadat de cliënt het 'gelezen en goedgekeurd' heeft...

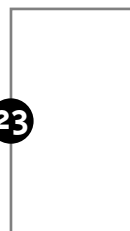
78. De zorgverleners passen deze regels en afspraken op een correcte wijze toe. Ze kunnen alleen buiten deze regels en afspraken informatie doorgeven aan de gerechtelijke instanties indien de bovenvernoemde **uitzonderingen** van toepassing zijn, namelijk indien er ernstige schade dreigt aan de gezondheid van de cliënt of aan de integriteit van de cliënt of een ander.

#### *F. Informatie uitwisselen in het kader van registratie*

79. Een andere bijzondere situatie is het registreren van gegevens. Het overleg is niet noodzakelijk wanneer de gegevens in het kader van registratie volledig anoniem verstrekt kunnen worden. Als de hulpverleners de informatie **volledig anoniem** kunnen verstrekken, dan is er geen probleem voor de vertrouwelijkheid. De informatie over de cliënt kan immers niet verbonden worden met zijn of haar identiteit. Bijgevolg moet er ook over gewaakt worden dat de identiteit van de cliënt niet kan afgeleid worden uit de combinatie van verschillende gegevens.

#### **Slotbemerkingen**

80. We vertrokken vanuit de vraag hoe hulpverleners informatie kunnen uitwisselen in de welzijnszorg. Een eerste antwoord is de keuze voor de algemene principes van **vertrouwelijkheid en beroepsgeheim**, van **overleg en zorgvuldigheid**. Het ethisch ideaal is





dat hulpverleners in elk geval de kaart trekken van de vertrouwensrelatie en het beroepsgeheim in de hulpverlening en daarbij zoveel mogelijk overleggen met de cliënt en de betrokkenen over het al dan niet uitwisselen van informatie in een bepaalde situatie. In dit overleg passen de hulpverleners de zorgvuldigheidscriteria toe.

81. Een tweede antwoord is de toepassing van deze algemene principes op de **verschillende hulpverleningssituaties**. In een team hebben de hulpverleners een gezamenlijk beroepsgeheim en passen ze de relevantiefilter toe. In een netwerk van hulpverleners kan, onder strikte voorwaarden, een beroep gedaan worden op de leer van het gedeeld beroepsgeheim. Voor informatie-uitwisseling met derden overleggen de hulpverleners om de toestemming van de cliënt te verkrijgen. Het ideaal van overleg is echter niet altijd realiseerbaar en soms komen de betrokkenen niet tot overeenstemming. Daarom kan het onder bepaalde voorwaarden verantwoord zijn informatie uit te wisselen zonder toestemming.

82. Deze visie geeft de hulpverleners voldoende ruimte opdat ze zelf hun **verantwoordelijkheid** kunnen opnemen en in elke concrete situatie met grote zorgvuldigheid kunnen nagaan hoe ze best informatie uitwisselen. Ons advies wijst op een aantal gevaren van bv. het 'gezamenlijk' en 'gedeeld' beroepsgeheim: als men 'gezamenlijk' verantwoordelijk is, dreigt er uiteindelijk niemand meer (individueel) verantwoordelijk te zijn ...

83. Wanneer hulpverleners **twijfelen** en er niet in slagen die twijfel weg

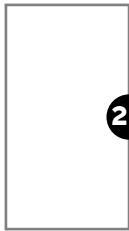
te nemen, kiezen ze best voor het beroepsgeheim. Als ze daardoor te weinig informatie hebben uitgewisseld, kunnen ze dit meestal nadien nog gemakkelijk en zonder veel schade corrigeren. Teveel informatie doorgeven is echter veel moeilijker te corrigeren en de eventueel toegebrachte schade is meestal groter.

84. Het belang van een '**cultuur**' van privacy en beroepsgeheim moet onderstreept worden... Deze cultuur is geen verschijnsel in de marge, maar moet ethisch verankerd worden in de hulpverlening. (bv. leefregels, afspraken rond privacy en zorgvuldigheid, enz.)

85. We pleiten ook voor **wetgevend** **de initiatieven** op dit vlak en denken in dit verband aan specifieke 'welzijns'-bepalingen rond beroepsgeheim, enz. We verwijzen hiervoor onder meer naar de aanbevelingen uit het Minorius-project<sup>12</sup>.

86. Belangrijk is om op te merken dat de problematiek van het uitwisselen van informatie slechts één (bepikt) aspect is van het **respectvol omgaan met cliënten**. Het is wel een aspect dat in de praktijk tot heel wat vragen en moeilijkheden aanleiding geeft.

87. Het lijkt daarom meer dan wenselijk hieromtrent op instellingsniveau een **eigen afsprakenkader** te formuleren waarbij voorliggend advies een inspirerende en oriënterende functie kan vervullen. Wellicht geeft dit alles aanleiding tot een bredere bezinning over de implicaties van een respectvol omgaan met cliënten, die verder reikt dan het al dan niet uitwisselen van



12 Zie ook [www.vlaamswelzijnsverbond.be](http://www.vlaamswelzijnsverbond.be), onder 'werken aan welzijn'.

informatie en het respecteren van een aantal afspraken hieromtrent. Het verdient aanbeveling om de afspraken in dit verband grondig door te nemen met nieuwe hulpverleners en (om routinegedrag te voorkomen) regelmatig in herinnering te brengen van alle betrokkenen in en buiten de voorziening.

88 Tenslotte willen we een oproep doen tot elke individuele hulpverlener om niet nonchalant en steeds **zo zorgvuldig mogelijk** met informatie-uitwisseling om te gaan, in elke situatie.

### Literatuur

- CARRETTE, G., Naar een christelijk-ethisch zorgconcept?, in: *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, jg. 27, nr. 251, april-mei 2003, p. 39-52.
- DE CORT, L., Werken met zorgethische cirkels rond een cliënt, in: *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, jg. 27, nr. 255, oktober-november 2003, p. 18-25.
- GASTMANS, C., Cirkels van zorg. De bijdrage van de zorgethiek, in: VAN NESTE, F., TAELS, J. en COOLS, A. (ed.), *Van klinische ethiek tot biorecht*, Leuven, Peeters, 2001, p. 227-251.
- GASTMANS, C. en VAN LAERE, L., Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen, Leuven, Davidsfonds, 2005.
- LIÉGEOIS, A., HAEKENS, A. en ENEMAN, M., Uitwisselen van informatie bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg: een ethisch advies, in *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48 (2006), in proces.
- PUT, J., VERDEYEN, V. en LOOSVELDT, G. (eds.), *Gebruikersrechten in de welzijnzorg*. Brugge, die Keure, 2003.
- STOCKMAN, R. (Ed.), *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector. Een confrontatie tussen recht en praktijk*, Antwerpen/Groningen, Intersentia Rechts-wetenschappen, 1998.
- *Situering van de ethische commissie van het Vlaams Welzijnsverbond*, in: *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, jg. 27, nr. 251, april-mei 2003, p. 6-11.
- *Strafwetboek. Fundamentele Belgische Wetgeving*. Mechelen, Kluwer, 2004.
- VAN DER STRAETE, I. en PUT, J., Het gedeeld beroepsgeheim en het gezamenlijk beroepsgeheim – halve smart of dubbel leed? In *Rechtskundig Weekblad* (2004-2005) nr. 2, 41-59.
- VAN DER STRAETE, I. en PUT, J., *Beroepsgeheim en hulpverlening*. Brugge, die Keure, 2005.
- Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg Broeders van Liefde, *Uitwisselen van informatie bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg. Ethisch advies*, november 2004, [www.fracarita.org](http://www.fracarita.org).
- *Zorgethiek, een visie én een weg naar een meer waardegestuurde zorg*, themanummer van het *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, jg. 27, nr. 255, oktober-november 2003.

# BEROEPSGEHEIM EN HULPVERLENING

*Een op de praktijk gerichte samenvatting  
van de heersende opvattingen*

Luc BAETENS<sup>1</sup>

## Wat verstaat men onder beroepsgeheim?

Het beroepsgeheim is de plicht voor hulpverleners om zowat alles wat men over cliënten<sup>2</sup> verneemt of ontdekt bij de uitoefening van zijn beroep of functie niet aan anderen bekend te maken. Medewerkers in de welzijns- en gezondheidszorg komen tijdens de uitoefening van hun beroep heel wat te weten over de personen die hen toevertrouwd worden. Niet alleen is men op de hoogte van de gezondheidstoestand van de patiënt of bewoner, maar men heeft ook informatie over diens woonplaats, beroep, financiële situatie, familiale omstandigheden en leefgewoonten. Het is logisch dat men met deze informatie uiterst discreet moet omgaan. Iedereen heeft immers recht op de eerbiediging van zijn privé-leven.<sup>3</sup>

Het beroepsgeheim is noodzakelijk voor de bescherming van de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt, en dus voor het slagen van de hulpverlening. De geheimhoudingsplicht dient

zowel de belangen van de patiënt als die van de samenleving. Meer in het bijzonder is het respect voor de vertrouwelijkheid van gezondheids- en welzijnsgegevens van belang om het vertrouwen van patiënten of cliënten in de gezondheids- en welzijnszorg te behouden. Zonder dergelijke bescherming zouden zieken en andere hulpvragers aarzelen om aan hulpverleners de nodige persoonlijke en intieme informatie te verlenen of helemaal geen hulp zoeken. Hierdoor wordt zowel de eigen gezondheid, als bijvoorbeeld in het geval van besmettelijke ziekten de volksgezondheid, in gevaar gebracht.

## Wie is gebonden door het beroepsgeheim?

Alle personen bij wie het beroep noodzakelijk het kennis nemen van confidentiële gegevens met zich meebrengt, en tot wie hulpzoekenden zich in bepaalde omstandigheden moeten wenden, zijn gebonden door het strafrechtelijk gesanctioneerd beroepsgeheim. Het gaat

1 De auteur is bedrijfsjurist-coördinator bij de groep Emmaüs. Vermits onder de vzw Emmaüs ook ziekenhuizen ressorteren, wordt ook aandacht besteed aan het medisch beroepsgeheim.  
Contact: luc.baetens@emmaus.be.

2 Met cliënt bedoelen we de "geheimgerechtigde". Dit kan meestal aangevuld worden met patiënt, bewoner, ...

3 Artikel 8 Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden - art. 22 Grondwet.

om "noodzakelijke vertrouwenspersonen". Personen die beroepshalve een taak vervullen in de welzijns- en gezondheidszorg vallen in principe onder deze geheimhoudingsplicht. Ook vrijwilligers die in het hulpverleningsproces een gelijkaardige positie innemen zijn gebonden door het beroepsgeheim.

## Het strafrechtelijk gesanctioneerd beroepsgeheim versus discretieplicht

Artikel 458 van het Strafwetboek voorziet sancties voor geneesheren, heilkundigen, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun beroep kennis hebben van geheimen die hun zijn toevertrouwd en die deze geheimen bekendmaken.

Geen paniek: er kan slechts sprake zijn van een misdrijf indien men met opzet geheimen openbaar maakt. Schending van de zwijgplicht door onachtzaamheid is niet strafbaar. Een vordering tot het bekomen van schadevergoeding wegens onzorgvuldigheid of tuchtrechtelijke sancties blijven wel mogelijk. In de praktijk worden vooral artsen geconfronteerd met de beschuldiging van schending van het beroepsgeheim, andere hulpverleners zelden of nooit.

In de rechtsleer wordt een al te ruime invulling van het strafrechtelijk gesanctioneerd beroepsgeheim bekritiseerd<sup>4</sup>. Er is sprake van begripsverwarring met de discretieplicht, een andere gelijksoortige norm die echter niets met

artikel 458 van het Strafwetboek te maken heeft. Zo vallen onthaalbedienden, medisch secretaresses, poetspersoneel en dergelijke niet onder art. 458<sup>5</sup>. Hun zwijgplicht steunt op artikel 17,3<sup>o</sup> van de Arbeidsovereenkomstenwet of heeft een contractuele basis.

Nochtans heeft de wetgever in bepaalde sectoren, zoals onder meer de bijzondere jeugdbijstand en de geestelijke gezondheidszorg, het beroepsgeheim opgelegd aan alle medewerkers die in die voorzieningen werkzaam zijn, ongeacht hun functie<sup>6</sup>. Uiteraard moeten alle medewerkers die actief zijn in de gezondheids- en welzijnszorg omzichtig omgaan met informatie die men uit de persoonlijke levenssfeer verneemt.

## Tegenover wie geldt het beroepsgeheim?

De geheimhoudingsplicht geldt in principe tegenover iedereen die zich buiten de relatie hulpverlener - hulpbehoevende bevindt.

Het beroepsgeheim heeft als doel de bescherming tegen mededeling van vertrouwelijke gegevens aan derden. De patiënt of 'geheimgerechtigde' is geen derde ten aanzien van wie men moet zwijgen. Er bestaat integendeel een informatieplicht tegenover de patiënt. Uitzonderlijk kan men zich beroepen op de "therapeutische exceptie" om informatie die de gezondheid van de patiënt kan belasten, achter te houden. Hiervoor moet men de voorschriften van de Wet patiëntenrechten volgen<sup>7</sup>. Ook in

4 ALLEMEERSCH B., *Het toepassingsgebied van art. 458 Sw., R.W., 2003-2004*, p. 5.

5 NYS H., *Het beroepsgeheim in de gezondheidszorg, Handboek ziekenhuiswetgeving, dossier maart 2002*.

6 Zie voor een overzicht bij I. VAN DER STRAETE, J. PUT, *Beroepsgeheim en hulpverlening, die keure, 2005*, nr. 89.

7 *Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, artikel 7 § 4.*



de jeugdhulpverlening kan in het belang van de minderjarige worden beslist om hem over bepaalde zaken niet te informeren<sup>8</sup>.

Behoudens de verder in deze nota besproken "noodtoestand" geldt tegenover de **politie** in principe de plicht om het beroepsgeheim te bewaren. Het beantwoorden van de vraag of een patiënt aanwezig is in het ziekenhuis maakt voor niet-artsen geen schending uit van het beroepsgeheim, op voorwaarde dat deze vraag gesteld wordt door een bevoegde overheid die een bepaalde persoon opspoort. Het beroepsgeheim mag niet leiden tot de verlamming van de werking van justitie. Volgens de Orde der geneesheren is het beantwoorden van bovenvermelde vraag enkel mogelijk wanneer een patiënt via de dienst 100 werd opgenomen vanuit een openbare plaats: de overheid is reeds op de hoogte van de aanwezigheid van de patiënt. Zonder toestemming van de patiënt mag men geen inlichtingen verstrekken over zijn letsels of over de toestand waarin hij zich bevond toen hij werd binnengebracht. Artsen kunnen door de bevoegde overheden ook opgevorderd worden om een bloedmonster te nemen van personen die 'in staat van dronkenschap' verkeren<sup>9</sup>.

Mededeling van vertrouwelijke informatie aan **collega's** die niet betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt, is slechts toegelaten indien deze mededeling noodzakelijk is voor het belang van de cliënt, indien ze berust op diens

uitdrukkelijke of stilzwijgende toestemming en indien ze beperkt is tot het strikt noodzakelijke<sup>10</sup>. Hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt en die hierover de noodzakelijke besprekingen voeren in teamverband zijn samen gebonden door het beroepsgeheim.

De ouderlijke macht ten overstaan van minderjarigen heft de zwijgplicht slechts uitzonderlijk en gedeeltelijk op. Hoe ouder de minderjarige, hoe terughoudender men moet zijn bij het geven van delicate informatie aan **ouders** (zwangerschap, drugs, ...). Ook minderjarigen kunnen zich beroepen op het grondrecht tot eerbiediging van het privé-leven. Alleen wanneer de minderjarige onvoldoende maturiteit vertoont, hebben de ouders het recht om kennis te nemen van vertrouwelijke gegevens over hun kind met het oog op het nemen van bepaalde beslissingen in het belang van het kind. In geval van echtscheiding behouden beide ouders het recht op informatie over de gezondheidstoestand van hun kind<sup>11</sup>.

Ook in het kader van de wetgeving op de jeugdbescherming staan de belangen van het minderjarige kind centraal<sup>12</sup>. Toch wordt aangenomen dat bepaalde inlichtingen aan de ouders van de minderjarige mogen worden medegedeeld, bijvoorbeeld om de medewerking van de ouders te verkrijgen wanneer bepaalde maatregelen worden opgelegd<sup>13</sup>. Die mogelijkheid is evenwel beperkt door het recht op privacy en op

8 Decreet 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp, artikel 11 § 2.

9 Artikel 63 Wegverkeerswet. Artikel 131 Code van geneeskundige plichtenleer.  
10 Brussel, 23/10/1990, J.T., 1991, 496.

11 Advies dd. 16/11/1996 Nationale Raad Orde van Geneesheren. Artikel 374 Burgerlijk Wetboek.

12 zie bijvoorbeeld het Decreet 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp.

13 LEFRANC P., *Openbaarheid en geheimhouding in de Vlaamse bijzondere jeugdbijstand*, T.J.K., 2004/1 p. 18 e.v.



bescherming van het kind. Zo heeft de minderjarige recht op geheimhouding van de vertrouwelijke mededelingen die het heeft gedaan over zijn ouders.

Bij meerderjarige cliënten die juridisch en/of feitelijk **wilsonbekwaam** zijn, hebben ook andere familieleden en vertegenwoordigers in bepaalde omstandigheden recht op informatie om de noodzakelijke beslissingen te kunnen nemen<sup>14</sup>. Men moet rekening houden met verschillende factoren en geval per geval een evenwicht zoeken tussen verschillende belangen.

Tegenover **nabestaanden**. De hulpverlener is ook na het overlijden van zijn patiënt door het beroepsgeheim gebonden. Toch is het algemeen aanvaard dat de behandelende arts na het overlijden van de patiënt aan de naaste verwanten uitleg geeft over de doodsoorzaak en de omstandigheden van het overlijden. Er bestaat rechtspraak die stelt dat de erfgenamen van een overleden patiënt diens behandelende arts kunnen ontslaan van zijn zwijgplicht wanneer zulks onontbeerlijk is voor de vrijwaring van de belangen van de overledene en de eigen morele en materiële belangen van de erfgenamen<sup>15</sup>.

Het Hof van Cassatie heeft op 7 maart 2002 geoordeeld dat een medisch getuigschrift op basis waarvan iemand in een verzorgingsinstelling werd opgenomen, in een latere procedure tot nietigverklaring van een testament

mag worden gebruikt. Het opstellen van een medisch attest in verband met de geestelijke gezondheidstoestand van de erflater na diens overlijden op vraag van de erfgenamen, is echter strijdig met het beroepsgeheim<sup>16</sup>. In dit laatste geval lijkt het aangewezen dat een arts enkel verklaringen aflegt via een getuigenis in rechte (supra).

De Wet patiëntenrechten (art. 9§4) geeft nabestaanden een voorwaardelijk en onrechtstreeks inzagerecht in het patiëntendossier van de overleden patiënt: de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad<sup>17</sup> hebben, via een door de verzoeker gekozen zorgverlener, recht op inzage voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd<sup>18</sup> en gespecificeerd is en de patiënt zich hier tegen niet uitdrukkelijk heeft verzet tijdens zijn leven.

Mits de verzekeraar aantoot de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, mag de arts van de verzekerde aan de adviserende arts van de verzekeraar een verklaring over de doodsoorzaak afgeven<sup>19</sup>.

## Uitzonderingen op de zwijgplicht

De hulpverlener die op verzoek of met uitdrukkelijke **toestemming van de cliënt** vertrouwelijke informatie doorgeeft aan derden, pleegt geen misdrijf<sup>20</sup>. Ondanks de toestemming van

14 zie hoofdstuk IV Wet patiëntenrechten en art. 62 Code van geneeskundige plichtenleer.

15 TROCH K., o.c., p. 1229 en 1259.

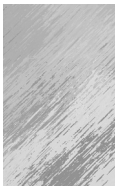
16 Gent, 27/5/2004, NJW, 2005, 208.

17 ouder, kind, broer, grootouder.

18 in de commentaar bij het wetsontwerp geeft Minister Aelvoet volgende voorbeelden: testament, genetica, verzekeringsovereenkomst, aansprakelijkheidsprocedure.

19 Artikel 95 Wet op de landverzekeringsovereenkomst.

20 TROCH K., Het medisch beroepsgeheim en zijn impact op de levensverzekering, R.W., 1993-94, 1226-1230.



de cliënt kan de hulpverlener zich toch nog beroepen op zijn zwijgrecht om de cliënt tegen zichzelf te beschermen. Maar het bewaren van het beroepsgeheim mag niet tot gevolg hebben dat de belangen van de patiënt erdoor worden geschaad<sup>21</sup>.

De door de verzekerde gekozen arts kan de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen afgeven die voor het sluiten of het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst nodig zijn. Deze verklaringen beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand en mogen uitsluitend aan de adviserende arts van de verzekeraar worden bezorgd (art. 95 Wet landverzekeringsovereenkomst).

Feiten waarvan de **cliënt het slachtoffer** is geweest, mogen worden bekendgemaakt aan de gerechtelijke overheden. Het beroepsgeheim heeft immers niet als doel de bestraffing te verhinderen van de dader van het misdrijf waarvan de cliënt het slachtoffer is geweest<sup>22</sup>. Zo mag een arts ter beveiliging van de belangen van de patiënt en op vraag van de gerechtelijke overheden de verwondingen beschrijven van een slachtoffer van een verkeersongeval. Een psycholoog die deel uitmaakt van een multidisciplinair team schendt het beroepsgeheim niet wanneer hij een geval van kindermishandeling ter kennis brengt van justitie, wanneer de dader een persoon is die niet door de psycholoog werd ontvangen als patiënt<sup>23</sup>. Aan volwassen cliënten vraagt men eerst of zij zelf de politie willen verwittigen.

Een **getuigenis in rechte** kan slechts worden afgelegd tegenover iemand die werkelijk rechter is en niet tegenover bijvoorbeeld een politieagent. De hulpverlener die geroepen wordt om getuigenis af te leggen voor een parlementaire onderzoekscommissie of voor de burgerlijke rechter, de strafrechter of de onderzoeksrechter, kan kiezen tussen zijn recht om te zwijgen en zijn recht om te spreken<sup>24</sup>. Bij het maken van de keuze tussen spreken of zwijgen moet men zich in de eerste plaats laten leiden door het belang van de patiënt. Zo kan de opgeroepen getuige in een echtscheidingsprocedure zich beroepen op het beroepsgeheim, wanneer men vraagt de geestelijke gesteldheid van de echtgenoot te beschrijven.

De rechter heeft het recht om te controleren of de gegevens waarvoor men zich beroept op het zwijgrecht wel vallen onder het beroepsgeheim. Indien de hulpverlener beslist om te spreken, kan hij niet strafrechtelijk worden gesanctioneerd. Een rechter kan bevelen om een medisch dossier, of een stuk eruit, aan de rechtbank over te maken<sup>25</sup>.

**Noodtoestand.** Artikel 458 van het Strafwetboek verbiedt het bekend maken van door het beroepsgeheim gedekte feiten die aanleiding kunnen geven tot strafvervolging ten laste van de cliënt, behalve als er een rechtvaardigingsgrond bestaat<sup>26</sup>. De eventuele vervolging van de patiënt kan nietig zijn, indien deze gebaseerd is op informatie die via de schending van het beroepsgeheim verkregen is. Geen enke-

21 Zie voor de evolutie van een naar paternalisme neigend cliëntbeeld naar de erkenning van het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt: p. 195 van het boek van I. VAN DER STRAETE, J. PUT, o.c.

22 K.I. Antwerpen, 6 maart 2003, T.Ge.z., 2004-2005, 309.

23 K.I. Luik, 25 januari 1996, J.L., 1996, 666.

24 Artikel 929 Gerechtelijk Wetboek.

25 Artikel 877 Gerechtelijk Wetboek.

26 Cassatie, 9/2/1988, Arr. Cass., 1987-88, 720.

le wettelijke norm verplicht een hulpverlener om aangifte te doen van het misdrijf van een cliënt. Zo is het verpleegkundig personeel dat werkzaam is in de spoedgevallendienst niet verplicht om politie of rijkswacht te verwittigen als er zich een patiënt met schotwonden aanmeldt. Een therapeut is niet verplicht om aangifte te doen van het druggebruik van zijn patiënt<sup>27</sup>.

Nochtans kan in uitzonderlijke gevallen het acuut en reëel gevaar voor het leven of de gezondheid van anderen een rechtvaardigingsgrond zijn om het beroepsgeheim te schenden en justitie te informeren over een patiënt die de vermoedelijke dader is van een misdrijf: nood breekt wet. De zwijgplicht moet dan wijken voor hogere waarden, zoals de opsporing van gevaarlijke criminelen<sup>28</sup> en de bescherming van minderjarigen tegen mishandeling. Op basis van artikel 422bis van het Strafwetboek is iedere burger immers verplicht om hulp te verlenen aan personen die in groot gevaar verkeren. Het conflict tussen zwijgplicht en hulpverleningsplicht zal door een afweging van belangen geval per geval moeten worden opgelost. Bijvoorbeeld een therapeut die ontdekt dat zijn patiënt drugs verkoopt aan andere patiënten. Rechtstreekse aangifte bij politie of rijkswacht moet uitzonderlijk blijven. Indien mogelijk opteert men eerst voor een multidisciplinaire benadering of voor de inschakeling van een specifieke voorziening zoals een Vertrouwenscentrum.

Er bestaat ook een ‘**meldingsrecht**’: artikel 458bis van het Strafwetboek<sup>29</sup> bepaalt dat eenieder die uit hoofde van zijn/haar staat of beroep houder is van geheimen en die hierdoor kennis heeft van een bepaald misdrijf gepleegd op een minderjarige, dit misdrijf mag ter kennis brengen van de procureur des Konings. Het gaat hierbij onder meer om volgende misdrijven<sup>30</sup>: aanranding van de eerbaarheid, verkrachting, doodslag, kindermishandeling, kinderverwaarlozing.

De geheimhouder kan deze kennisgeving aan de procureur des Konings doen mits voldaan is aan volgende voorwaarden: hij/zij heeft het slachtoffer zelf onderzocht of werd door het slachtoffer in vertrouwen genomen; er bestaat een ernstig en dreigend gevaar voor de psychische of fysieke integriteit van de betrokkene en hij/zij kan deze integriteit zelf of met behulp van anderen niet beschermen. Artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer voorziet een gelijkaardige regeling ter bescherming van kinderen en weerloze patiënten.

Uiteraard doet het meldingsrecht niets af aan de plicht om hulp te verlenen aan personen in nood (artikel 422bis van het Strafwetboek – supra).

**Recht op verdediging:** een hulpverlener mag beroepsgeheimen bekendmaken om zichzelf in rechte te verdedigen, bijvoorbeeld wanneer een arts wordt gedagvaard wegens een vermeende professionele fout. Een arts die wordt verdacht van een misdrijf dat verband houdt met zijn beroeps-

27 DEWALLENS F., *Problemen omtrent beroepsgeheim en aansprakelijkheid bij de behandeling van drugverslaafden*, in *Juridische aspecten van druggebruik*, Mys & Breesch, 1996, p. 39.

28 Cassatie, 13/5/1987, VI. T. Gez., 1987-88, 173.

29 Ingevoegd door de Wet van 28/11/2000 op de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen.

30 zoals omschreven in de artikelen 372 tot 377, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425 en 426 van het Strafwetboek.

geheim, kan zich niet op zijn beroepsgeheim beroepen om hierover geen verklaring af te leggen.

Een **wettelijke aangifteverplichting** kan de hulpverlener verplichten om uit hoofde van het algemeen belang het beroepsgeheim te verbreken. Het gaat hier bijvoorbeeld voor artsen over de wetgeving betreffende besmettelijke of seksueel overdraagbare ziekten, ziekten en invaliditeitsverzekering, aangifte van geboorte en overlijden, medisch getuigschrift voorafgaand aan de gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis, ....

Volgens een advies<sup>31</sup> van de Orde van Geneesheren verbiedt het beroepsgeheim dat de arts zonder toestemming van de patiënt de partner(s) van een seropositieve persoon van de besmetting op de hoogte brengt. De arts moet bij de patiënt aandringen om zelf de nodige personen op de hoogte te brengen en hem voorlichten over de middelen om besmetting van andere personen te voorkomen.

### **Handelen als een 'zorgvuldig hulpverlener'**

De problematiek rond het beroepsgeheim is een complexe materie die

moeilijk te vatten is in regels die alle praktijksituaties kunnen oplossen. Zo zal de telefonische vraag naar aanwezigheid van een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis anders moeten benaderd worden dan dezelfde vraag naar een patiënt die bevallen is. In het geval van de psychiatrische patiënt kan men er vanuit gaan dat de patiënt zijn opname discreet wil houden; in het geval van de bevalling is het eerder aan de patiënt om het ziekenhuis te verwittigen dat zij geen bezoek wenst.

De rechtbank zal in geval van geschil een abstracte vergelijking maken met het gedrag dat men mag verwachten van een "zorgvuldig hulpverlener". De rechtspraak is de jongste jaren wel versoepeld op dit vlak. Terwijl het beroepsgeheim vroeger een absolute norm was, die streng en consequent moest gelden, neemt men thans aan dat het om een functioneel begrip gaat, dat met de nodige flexibiliteit benaderd moet worden. Het beroepsgeheim moet geïnterpreteerd worden met in acht name van het doel waarvoor het werd ingesteld, namelijk de bescherming van de geheimgerechtigde en van de patiënt of cliënt in het bijzonder<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> Advies Nationale Raad 16/12/2000. Zie ook advies 26/11/2005.

<sup>32</sup> Cass., 7/3/2002, I.Gez., 2002-2003, 85.

## GEDEELD EN GEZAMENLIJK BEROEPSGEHEIM

*Naar een aanpassing van het wettelijk kader?*

Isabelle VAN DER STRAETE<sup>1</sup>

*In de gezondheids- en welzijnszorg hebben zich de afgelopen decennia een aantal ontwikkelingen voltrokken die het beroepsgeheim in zijn traditionele vorm onder druk zetten. Wij hebben deze ontwikkelingen geschetst in ons boek, maar het zou ons te ver leiden ze allemaal op te sommen. Naar onze mening is een van de belangrijkste ontwikkelingen, misschien wel de belangrijkste, het feit dat vandaag de dag de hulpverlening meer en meer plaatsvindt in een context van hulpverleningsteams en zelfs netwerken van hulpverleners en voorzieningen.*

*Ten gevolge van de verregaande complexiteit van ziektepatronen en welzijnsproblemen en - daarop inspeland - de gewijzigde hulpverleningsmethoden, de versterkte aandacht voor continuïteit van de individuele hulpverlening alsook voor de integrale benadering van problemen, is de behoefte aan communicatie tussen hulpverleners, hulpverleningsteams en voorzieningen sterk toegenomen. Vertrouwelijke gegevens aangaande de cliënt komen aldus ter kennis van een grotere groep van bij de hulpverlening betrokken actoren. Privacygevoelige informatie circuleert binnen relatief grote structuren.*

### Vragen over het beroepsgeheim...

De ingrijpend gewijzigde context waarin hulpverleners vandaag hun beroep uitoefenen, doet vanuit juridisch oogpunt vragen rijzen over hun beroepsgeheim. Vragen die niet zonder meer kunnen worden opgelost binnen het wettelijk kader waar het beroepsgeheim zit ingebed. Artikel 458 Sw. geeft geen enkele aanduiding met betrekking tot de wijze waarop

het beroepsgeheim moet worden gehanteerd in samenwerkingsverbanden allerhande. Het laat weinig of geen ruimte voor het uitwisselen van vertrouwelijke cliëntgegevens. Deze bepaling is zo geredigeerd dat elke onthulling van geheimen, buiten de getuigenis in rechte of de wettelijke verplichting tot bekendmaken, strafrechtelijk kan worden gesanctioneerd.

Dit valt historisch te verklaren. Ten tijde van de redactie van artikel 458 Sw.

<sup>1</sup> De auteur is juriste bij het OCMW te Gent en samen met Johan Put coauteur van het boek: "Beroepsgeheim en hulpverlening". Deze tekst werd naar voor gebracht bij de uitreiking van de Arco-prijs op 12 oktober 2006.



(anno 1810) stond de bilaterale verhouding tussen patiënt en arts – de doelgroep waarvoor het beroepsgeheim destijds wettelijk werd bekrachtigd – centraal. Samenwerkingsverbanden tussen meerdere artsen waren zo goed als onbestaande; als ze al bestonden, dan had de wetgever er in ieder geval geen oog voor.

## De theorie van het gedeeld beroepsgeheim

Om aan die onverenigbaarheid tussen enerzijds het strikt geformuleerde beroepsgeheim en anderzijds de gewijzigde hulpverleningscontext tegemoet te komen, werd ongeveer halfweg vorige eeuw in de Franse rechtsleer de theorie van het gedeeld beroepsgeheim ontwikkeld. Oorspronkelijk ging het hier om een zeer rechtstheoretische figuur die enkel gebruikt werd om te verantwoorden dat controleartsen medische informatie meedeelden aan de overheid in het kader van de sociale zekerheidswetgeving. Later, in de jaren 1970 en 1980 deed het gedeeld beroepsgeheim meer en meer dienst als rechtsgrond om andere en nieuwe vormen van communicatie tussen hulpverleners te rechtvaardigen.

Hoewel er weinig juridische geschriften aangaande de problematiek van het beroepsgeheim te vinden zijn waarin de leer van het gedeeld beroepsgeheim niet wordt vermeld, moet het toch gezegd zijn dat deze leer daarin doorgaans in nogal vage bewoordingen wordt behandeld. De enige, steeds terugkomende voorwaarden die aan het delen van vertrouwelijke informatie met andere hulpverleners werd verbonden, zijn dat alle “deelgenoten” ook gehouden moeten zijn door het beroepsgeheim

en dat het delen van informatie het belang van de cliënt moet dienen.

## Nood aan duidelijke afbakening

Van bij de aanvang van ons onderzoek waren wij overtuigd van het nut van en de nood aan een opening in het strenge wettelijke kader, met het oog op de (mogelijkheid van) uitwisseling van informatie onder hulpverleners. Tegelijkertijd voelden wij ook het gevaar van het mogelijks onzorgvuldig omspringen met het gedeeld beroepsgeheim: een te soepele interpretatie zal onvermijdelijk leiden tot het uitsmeren, het uitdijnen van het zo lang gekoesterde en maatschappelijk zo hoog aangeschreven beroepsgeheim.

Uit onze contacten met de hulpverleningsinstanties bleek ook dat op het terrein, op de werkvloer zullen we maar zeggen, nood was aan meer duidelijkheid omtrent dat zoveel besproken gedeeld beroepsgeheim, aan een afbakening van een ook door de praktijkmensen als uiterst flou ervaren figuur.

Wij hebben in ons boek geprobeerd de grenzen van dat gedeeld beroepsgeheim af te bakenen. We denken en hopen dat we daarin in belangrijke mate geslaagd zijn. Wij hebben aan het delen van vertrouwelijke cliëntinformatie – informatie die dus eigenlijk onder het beroepsgeheim valt en volgens de strikte interpretatie van de wet niet kan worden gedeeld met anderen – een aantal voorwaarden verbonden die we in het boek hebben uitgewerkt.

Zo hebben wij vooropgesteld dat het gedeeld beroepsgeheim enkel van

toepassing kan zijn op hulpverleners die in dezelfde mate gebonden zijn door het beroepsgeheim. Dat is niet altijd het geval in de welzijns- en gezondheidssector (niet elke geheimhoudingsplicht heeft dezelfde juridische waarde). De hulpverleners kunnen ook pas informatie delen met elkaar als ze met dezelfde finaliteit optreden ten aanzien van de cliënt (hier treedt dan bijvoorbeeld het onderscheid naar voor tussen hulpverleners die in een gerechtelijke context werken, zoals justitieassistenten, en hulpverleners die in een vrijwillige context met de cliënt werken). Welke informatie kan uitgewisseld worden: informatie die noodzakelijk is in het licht van de kwaliteit en/of de continuïteit van de hulpverlening (hier situeert zich het welbekende onderscheid tussen “need to know” en “nice to know”). Tot slot – en in tijden waarin steeds meer belang wordt gehecht aan de emancipatie en inspraak van de cliënt, is dit een zeer ernstig te nemen conditie – vragen wij ook dat de cliënt over het hoe en waarom van de informatieoverdracht wordt geïnformeerd.

## **De notie gezamenlijk beroepsgeheim**

Wij zijn in het boek nog een stap verder gegaan dan de afbakening van de reeds bestaande figuur van het gedeeld beroepsgeheim. Wij hebben ter aanvulling van de leer van het gedeeld beroepsgeheim de notie “gezamenlijk beroepsgeheim” ontwikkeld. Het gezamenlijk beroepsgeheim rust op een team van hulpverleners en impliceert dat er tussen de teamleden onderling geen ‘beroepsgeheimgrenzen’ bestaan. Enerzijds laat het gezamenlijk beroepsgeheim toe om vertrouwelijke informatie vrijer te laten

circuleren onder teamleden: alles wat relevant is kan meegedeeld worden, wat dus soepeler is dan de noodzakelijkheidsfilter die bij het gedeeld beroepsgeheim geldt. Anderzijds heeft het gezamenlijk beroepsgeheim een zeer beperkt toepassingsgebied: deze figuur kan enkel uitwerking hebben in een team en kan op geen enkele manier worden gebruikt om informatie tussen leden van een team en een externe te verantwoorden.

## **Twee vuistregels**

Hoe groot de nood aan het uitwisselen van informatie in de hulpverleningssector ook is, men mag niet en nooit vergeten dat men werkt met uiterst gevoelige informatie. Bij het gebruik van het gedeeld en gezamenlijk beroepsgeheim moeten dan ook twee vuistregels in gedachten worden gehouden.

Een: als uitgangspunt moet altijd gelden dat de cliënt recht heeft op geheimhouding van hetgeen hij in vertrouwen heeft meegedeeld. Dit klinkt vast als een vanzelfsprekendheid die geen bekrachtiging behoeft; maar toch bewijst de praktijk dat het gedeeld beroepsgeheim nog teveel op één lijn wordt geplaatst met de idee dat tussen hulpverleners onderling geen beroepsgeheim geldt.

Twee: de hulpverlener moet zich geregeld de vraag durven stellen waarom hij beter geplaatst zou zijn om bepaalde informatie over te maken aan een andere dienst of voorziening dan de cliënt zelf. Te vaak worden met betrekking tot het delen en uitwisselen van informatie stappen gezet in de plaats van de cliënt.



## Naar een aanpassing van het wettelijk kader?

Tot slot wil ik benadrukken dat tot op vandaag de figuren van het gedeeld en het gezamenlijk beroepsgeheim slechts zeer beperkt zijn doorgedrongen in de rechtspraak en nog veel minder in de wetgeving. Ik herhaal dat het artikel uit het strafwetboek dat over het beroepsgeheim handelt, artikel 458, weinig opening laat voor hulpverleners om vertrouwelijke informatie aan elkaar mee te delen. Vermits de nood aan informatie-uitwisseling in het belang aan de cliënt alsmaar toeneemt, heerst er op dat vlak een grote onzekerheid op het terrein. Men kan zich dus afvragen of het niet

tijd wordt voor een aanpassing van het wettelijk kader van het beroepsgeheim, een aanpassing die rekening houdt met de vele evoluties die zich op het vlak van hulpverlening hebben voorgedaan.

Maar dan nog: zelfs indien de nodige aanpassingen aan artikel 458 Sw. zouden worden doorgevoerd, het werk is nog lang niet af! Het beroepsgeheim is immers verre van een onveranderlijk gegeven. Het kan en mag niet worden losgekoppeld van sociale verhoudingen en maatschappelijke processen. Het doel en de inhoud van het beroepsgeheim moet van tijd tot tijd opnieuw worden gedefinieerd en gelegitimeerd.

### Studienamiddag over schuldig verzuim

Op vrijdag 15 december 2006 van 13.30 tot 16 uur organiseert het Tijdschrift voor Jeugdrecht en Kinderrechten (TJK) in het Boudewijngebouw (vlakbij het Noordstation) te Brussel een studienamiddag over 'schuldig verzuim' m.m.v. Frank Hutsebaut (K.U.Leuven), Pieter De Tavernier (Universiteit Antwerpen) en Rudi Roose (UGent). De studiedag richt zich tot welzijnswerkers, beleidsmedewerkers, magistraten, advocaten, juristen, ... kortom iedereen die geïnteresseerd is in kinderrechten.

Deelname is gratis voor abonnees van TJK, ook voor wie zich opgeeft als nieuwe abonnee voor 2007 (95 euro); anderen betalen 45 euro (themanummer van het TJK naar aanleiding van de studienamiddag inbegrepen).

---

**Meer info** bij het Centrum voor de Rechten van het Kind, t.a.v. Kathy Vlieghe, p/a Universiteit Gent, H. Dunantlaan 2, 9000 Gent,  
e-mail: [Kathleen.Vlieghe@UGent.be](mailto:Kathleen.Vlieghe@UGent.be),  
tel. 09 264 62 85,  
of via de website: [www.centrumkinderrechten.org](http://www.centrumkinderrechten.org).

---



*Verslag workshop 1*

# “GEDEELD BEROEPSGEHEIM EN GEZAMENLIJK BEROEPSGEHEIM”

*Inleiding door Johan Put*

*Prof. Johan Put vertrok in zijn workshop van een korte schets van de **evoluerende hulpverleningscontext**. We komen van de klassieke gezondheidszorg (met een medische invalshoek, en waarbij de individuele relatie tussen de alwetende arts en de onwetende patiënt centraal staat) naar heel verscheiden vormen van hulpverlening, en dit vanuit een breed welzijnsbegrip.*

*Er is de professionalisering, de groei van andere disciplines, naast de medische. Er is de evolutie van individuele hulpverlening naar hulpverlening in uni-, multi-, inter- of transdisciplinaire teams. Hierbij is er nood aan zorgcoördinatie en integrale hulpverlening. De zwaardere en complexere problematieken vragen meer contextueel werken. Er is de emancipatie van de cliënt, met onder meer ontvoogding, participatie, onderhandelingsrelatie, cliëntenrechten. Tegelijk is er een toenemende overheidsregulering, met subsidiëring én toezicht hierbij door de overheid. Er is meer aandacht voor dossiervorming; registratie en informatisering doen hun intrede in het welzijnswerk.*

## **Van het Franse model van het ‘colloque singulier’ naar het Engelse ‘multiple relations’**

De oorsprong van het beroepsgeheim ligt in Frankrijk met het zgn. “colloque singulier” tussen geneesheer en (onmondige en onwetende) patiënt. Hier zijn twee belangen in het geding en bestaan er twee visies: als we het privaat belang van de cliënt centraal stellen, komen we tot een functionele benadering van het beroepsgeheim; als we het algemeen belang (het vertrouwen in het beroep) centraal stel-

len, komen we uit bij een absolute benadering. Deze laatste is de klassieke visie, momenteel heeft de functionele benadering de bovenhand.

Nu doet zich een **verbreding** voor: zowel intern (hulpverlening in teamverband), als extern (hulpverlening in samenwerking met andere hulpverleners), er is de aandacht voor het cliënt-systeem en de context, er zijn gelijktijdige én opeenvolgende “multiple relations” in en tussen hulpverleningsnetwerken en cliëntencontexten. Elke relatie brengt eigen loyaliteit mee ...



## Uitzonderingen op het beroepsgeheim

Zoals eerder reeds gezegd zijn er een aantal uitzonderingen op het beroepsgeheim: wanneer men geroepen wordt voor een getuigenis in rechte, voor de eigen verdediging, wanneer er een wettelijke verplichting is, ingeval van een noodtoestand, het artikel 458bis Strafwetboek. Verder wordt aangenomen dat het beroepsgeheim mag doorbroken worden mits instemming van de cliënt of als het gaat over gegevens over een minderjarige t.a.v. de ouders die het wettelijk gezag uitoefenen, al zijn deze beide uitzonderingen niet wettelijk geregeld.

Hetzelfde probleem stelt zich ten aanzien van de figuren van het gedeeld beroepsgeheim en het gezamenlijk beroepsgeheim.

38

## Het gedeeld beroepsgeheim

Het gedeeld beroepsgeheim is een constructie uit de rechtsleer, die doorgeïmpeld is in bepaalde wetgeving, rechtspraak en deontologische codes. Bij voorbeeld bij de voortzetting van een medische diagnose of behandeling, in het kader van de integrale jeugdhulp (tussen toegangspoort, trajectbegeleiding en jeugdhulpaanbieders).

Prof. Put pleit eerder voor een striktere, dan voor een ruimere interpretatie. Het gedeeld beroepsgeheim weegt vaak op de vertrouwensrelatie en er is gevaar voor informatievervorming: vaak wordt een eigen interpretatie toegevoegd of een eigen selectie gemaakt in de gegevens die men wel of niet doorgeeft, met alle gevolgen van dien (cf. kringverhaal).

## Strikte voorwaarden

Prof. Put pleit voor het hanteren van strikte voorwaarden, wil men het gedeeld beroepsgeheim toepassen.

Zo kan men alleen informatie doorgeven aan een door het beroepsgeheim gebonden persoon, binnen dezelfde hulpverleningscontext (men moet duidelijk betrokken zijn op de cliënt en werken vanuit dezelfde finaliteit, nl. hulpverlening aan de cliënt; het gaat dus niet om samenwerking met de politie of met inspectiediensten, of niet om uitwisseling tussen vrijwillige en gerechtelijke hulpverlening), het moet gaan om noodzakelijke gegevens ('need to know' in plaats van 'nice to know' - zie ook Wet Verwerking Persoonsgegevens), in het belang van de cliënt en/of de hulpverlening, en het moet gaan om een geïnformeerde cliënt.

Of het ook moet gaan om effectieve instemming van de cliënt hangt af van de visie die men hanteert over het beschikkingsrecht. Er is wel best verzetsmogelijkheid van de cliënt. Het is belangrijk te zorgen voor transparantie en duidelijkheid over de mogelijkheid, inhoud en doel van informatie-uitwisseling, zowel structureel (niveau van de voorziening) als individueel.

In verband met het gedeeld beroepsgeheim moeten de hierboven geschetste voorwaarden steeds gelden (zowel bij formele, schriftelijke informatie-uitwisseling, als bij formele of informele overlegmomenten, én bij telefonische contacten). Bij het delen van informatie tussen geneesheren en andere hulpverleners kan in principe dezelfde redenering worden toegepast, maar vanuit hun medische plichtenleer stellen geneesheren zich nogal eens terughoudend op. Het gedeeld

beroepsgeheim kan niet worden toegepast in een aantal bijzondere situaties, bv. naastbestaanden, gemandateerden, leidinggevenden, ondersteunend personeel, inspectie. In sommige van deze gevallen gelden wel andere uitzonderingen op het beroepsgeheim.

## Het gezamenlijk beroepsgeheim

Van een gezamenlijk beroepsgeheim is sprake binnen eenzelfde hulpverleningsteam. De noodzakelijkheidseis is volgens prof. Put hier te streng, maar ook hier moet het gaan om “relevante” gegevens, en gelden ook alle andere voorwaarden die gelden voor het gedeeld beroepsgeheim. (nl. eveneens gebonden door het beroepsgeheim, binnen dezelfde hulpverleningscontext, in het belang van de (hulpverlening aan de) cliënt, het feit dat het gaat om een geïnformeerde cliënt.)

Het begrip ‘hulpverleningsteam’ slaat op een team dat gezamenlijke verantwoordelijkheid draagt voor de hulpverlening, dat werkt binnen eenzelfde voorziening én dat zich als zodanig presenteert naar de buitenwereld (en waarover dus een duidelijke communicatie vooraf bestaat). Voorbeelden van zo’n team: Centra voor Leerlingbegeleiding, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, adoptiediensten, Vertrouwenscentra Kindermishandeling, sociale diensten van het Comité Bijzondere Jeugdzorg en van de Jeugdrechtbank.

Voorbeelden van gezamenlijk beroepsgeheim: in Frankrijk is er bv. sprake van een ‘équipe de soins’ in een ziekenhuis, in de integrale jeugd-

hulp is er gezamenlijk beroepsgeheim binnen de teams ‘indicatiestelling’, ‘toewijzing’ en ‘trajectbegeleiding’.

## Gedeeld en gezamenlijk beroepsgeheim

De formules van het gedeeld en het gezamenlijk beroepsgeheim zijn er om het delen van informatie mogelijk te maken. Ze zijn er niet om het delen van informatie verplicht te maken. Dit hangt dan weer af van een afweging van belangen en van loyaliteit.

Het respecteren van het beroepsgeheim blijft in elk geval een individuele verplichting. Eigenlijk gaat het om het delen van informatie, niet om het delen van het beroepsgeheim... Men mag zijn strafrechtelijke verantwoordelijkheid niet afwentelen!

## Tot slot

Een juridische regeling biedt een kader waarbinnen kan worden gehandeld, en biedt criteria en procedures daarvoor. Een juridische regeling laat nog veel ruimte aan de individuele hulpverlener: het dwingt de hulpverlener, dagelijks, op een professionele en bewuste manier, hiermee om te gaan.

Prof. Put wijst op het groot belang hierbij van de opleiding van hulpverleners, de mogelijkheden van super- en intervisie in de hulpverlening, het belang van ondersteuning van voorzieningen en hulpverleners via koepelorganisaties, beroepsverenigingen, aanspreekpunten. Ook deontologie, eventueel een specifieke deontologische code kan een hulpmiddel zijn. Tenslotte wijst hij ook op het belang van een ondersteuning van de cliënten (cf. wetsvoorstellen rond rechts-





positie; gebruikersverenigingen), en van communicatie en participatie.

Tenslotte verwijst hij specifiek naar een aantal belangrijke punten in het "Ethisch Advies nr. 3" van het Vlaams Welzijnsverbond, met zijn principes van vertrouwen, overleg en zorgvuldigheid. Met onder meer de "tien zorgvuldigheidscriteria" (nr. 42), het belang van transparantie (nr. 56) en informatie (nr. 63), het gebruik van de relevantiefilter (nr. 57 en 64) en het belang van eigen afsprakenkaders op het niveau van de dienst of voorziening (nr. 87).

## DISCUSSIE EN VRAGEN

### 1. Over de relatie met de leidinggevende

Respecteren van het beroepsgeheim is een individuele afweging vanuit de functie van de hulpverlener. Wanneer de leidinggevende ook hulpverlener is, kan gedeeld beroepsgeheim gehanteerd worden.

Door de gezagsrelatie die er is tussen leidinggevende en hulpverlener, moet er ook toezicht van de leidinggevende op de hulpverlener mogelijk zijn. Hierover worden in de voorziening best afspraken gemaakt.

Bijvoorbeeld: geregeld steekproefsgewijze controle; beperken tot een bepaald deel van de informatie, bv. in het kader van werklustmeting; enkel als er signalen zijn; anoniem werken kan reeds voldoende zijn.

Als een directeur van een voorziening geen deel uitmaakt van het team heeft hij dus ook geen gedeeld beroepsgeheim. Hoe kan hij dan nog iets meer weten over de eigen voorziening?

Men moet hier bewust mee omgaan,

men moet als directeur niet altijd op het team aanwezig zijn, eventueel kunnen er anonieme gegevens doorgegeven worden om hem te informeren over wat er reilt en zeilt in de voorziening. Vanzelfsprekende zaken moet men kunnen bevragen en scherp stellen. Het is bv. belangrijk dit ook aan de cliënten duidelijk te maken.

### 2. Vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt

In sommige voorzieningen geldt de visie dat het vertrouwen tussen de cliënt en de hulpverlener absoluut niet mag geschaad worden. Informatie wordt niet automatisch gedeeld binnen het team, de hulpverlener heeft hierin een grote individuele verantwoordelijkheid. In een andere voorziening meldt men op voorhand aan de jongere dat informatie wordt gedeeld, zelfs aan de directeur.

Volgens Johan Put laat de theorie van gedeeld beroepsgeheim toe dat informatie wordt gedeeld, maar is dat absoluut niet verplicht als dat voor de hulpverlening in teamverband niet nodig is; bovendien mag het in elk geval enkel over 'relevante' informatie gaan. Nogmaals moet het belang van communicatie vooraf worden onderstreept.

Kunnen cliënten en ouders betrokken worden op de besprekingen, bij verslaggeving? Gedeeld beroepsgeheim heeft geen betrekking op het delen van informatie met ouders, want die hebben uiteraard geen 'beroepsgeheim'. De basis om hen te betrekken in de communicatie is dan het ouderlijk gezag en hun aansprakelijkheid, maar dat is dus weer een andere kwestie.

### 3. Wat met het logboek, waarsoms hypothesen in genoteerd

## *worden?*

Volgens de Wet op de patiëntenrechten mogen geen hypothesen en persoonlijke nota's in het dossier (dat gedeeld wordt) opgenomen worden. De Wet Patiëntenrechten geldt echter enkel tussen zorgverstrekkers en patiënten, en dus niet voor andere hulpverleners of voor voorzieningen. Er is geen dergelijke regeling binnen de welzijnssector. In het decreet Integrale Jeugdhulpverlening staat iets gelijkaardigs, namelijk dat bepaalde stukken niet aan de jongere moeten getoond worden (therapeutische exceptie).

Van zodra er communicatie is met een ander zijn het geen individuele hersenpinsels meer en moet het in het dossier. Hypothesen die niet meer gelden, moeten echter ook uit het dossier geschrapt worden (dossier uitkuisen!).

## **4. Wat met de vertrouwenspersoon?**

Wat als de cliënt de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon vraagt? Als de cliënt zelf beslist om een vertrouwenspersoon mee te brengen, dan mag de hulpverlener daarop ingaan. De hulpverlener is echter niet verplicht, soms is het te delicaat. Men komt dan best samen tot die beslissing.

De figuur van vertrouwenspersoon is niet wettelijk geregeld. In het ontwerp IJH is dit wel opgenomen, maar die persoon moet ook door het beroepsgeheim gebonden zijn.

## **5. Is er gedeeld beroepsgeheim tussen vrijwillige hulpverlening en gedwongen hulpverlening?**

Hier heb je twee verschillende doelstellingen. Er is geen automatisme van in-

formatieoverdracht, tenzij de cliënt ermee akkoord gaat.

Wat als je informatie krijgt over onveilige situaties? Mag je die dan doorgeven? Hiervoor geldt art. 458 bis van het strafwetboek. Als er geen acuut gevaar is, moet je daar zeer voorzichtig mee omgaan, of bepaalde cliënten zullen geen informatie meer willen geven.

Ook de bemiddelingscommissie voor bijzondere jeugdbijstand mag de dossiers van het comité niet doorgeven aan het parket. Hiervoor bestaat een wettelijke regeling, die bepaalt dat zij een 'gemotiveerde doorverwijzing' opstellen, waarin ze dus wel melding kunnen maken van de essentiële gegevens van de zaak.

## **6. CAW binnen de mutualiteit**

De mutualiteit heeft een eenheidsdossier per lid. Aan de sociale dienst wordt nu gevraagd om daarin hun gegevens op te nemen. Dit kan niet, want wettelijk moet er een scheiding zijn tussen hulpverlening en ziekenfonds.

## **7. Ouders van minderjarigen**

Ouders krijgen inzage in het dossier van de Jeugdrechtbank. Dus als de jongere iets geheim wil houden voor de ouders, moet men ervoor zorgen dat het niet in het dossier staat...

## **8. Vraag naar een helpdesk**

Er was een vraag naar een (juridische) helpdesk, onder meer rond beroepsgeheim en deontologie.

Verslag:  
Veerle Degrande en Fons Geerts,  
stafmedewerkers Vlaams Welzijnsverbond

## Verslag workshop 2

# “DOORGEVEN EN UITWISSELEN VAN CLIËNTGEGEVENS BINNEN DE WELZIJSZORG”

Inleiding door  
Guido Carrette

Een hulpvrager moet correcte en volledige informatie doorgeven, anders wordt de hulpverlener gemanipuleerd. De hulpvrager moet er kunnen op rekenen dat de hulpverlener niet verder binnendringt in zijn privacy dan nodig is. De hulpverlener moet de garantie kunnen geven dat de gegevens in vertrouwen zijn gegeven en men er in vertrouwen mee zal omgaan. Het beroepsgeheim is bedoeld om ‘vertrouwvolle hulp’ mogelijk te maken. Het beroepsgeheim moet de hulpverlening beveiligen, maar mag de hulpverlening niet onmogelijk maken. Hoe uitgebreider en persoonlijker de informatie wordt, hoe meer garantie er nodig is dat er vertrouwen is.

42

Uitgangspunt van het **advies** is: een ‘goede zorg’ veronderstelt betrouwbare informatie over degene waarvoor zorg wordt opgenomen. Deze moet erop kunnen rekenen dat de informatie niet gebruikt wordt voor een ander doel en zowel de hulpverlener als de hulpvrager moeten ‘betrouwbaar’ zijn. Hulpverlening is niet mogelijk zonder wederzijds vertrouwen. Probleem is dat de klassieke interpretatie van het beroepsgeheim fungeert als een keurslijf, dat elke uitwisseling van cliëntinformatie onmogelijk maakt... En dit terwijl goede zorg hoe langer hoe meer samenwerking tussen verschillende personen en instanties veronderstelt... Vandaar het voorstel van de ethische commissie om het beroepsgeheim te verbreden

(gezamenlijk, gedeeld beroepsgeheim...), ervoor te pleiten om steeds zorgvuldig om te gaan met cliëntinformatie (en hiervoor criteria aan te brengen) en dit zoveel mogelijk op basis van overleg (negotiated consent).

De spreker stelt echter vast dat het doorgeven en uitwisselen van persoonsgegevens sinds 1992 en 1998 wettelijk geregeld is door middel van de zogenaamde **privacywet**, en hij vraagt zich af of de standpunten van de ethische commissie hiermee verzoenbaar zijn. De privacywet van 1992/1998 stelt dat door een ‘verantwoordelijke voor de verwerking’ mogen ‘persoonsgegevens’ worden doorgegeven en uitgewisseld, voor zover hierbij een aantal spelregels worden

gerespecteerd en rekening wordt gehouden met de rechten van de betrokkene.

Eerste vergelijkingspunt:  
**Wie is verantwoordelijk?**

Volgens de privacywet is de verantwoordelijke diegene die het **doel** van de verwerking bepaalt en die ook bepaalt welke **middelen** daarvoor zullen worden gebruikt. In de praktijk zal het hier gaan om de Raad van Bestuur. De 'uitvoerders' zijn "de personen die onder rechtstreeks gezag van de verantwoordelijke voor de verwerking gemachtigd zijn om de gegevens te verwerken." De verantwoordelijke volgens het advies is niet duidelijk: de individuele hulpverlener, het team, de zorgcoördinator, het bestuur...? De privacywet van 1992/1998 beschouwt het bestuur van de voorziening als de eigenlijke 'tweede', terwijl het advies het bestuur van de voorziening opvat als een 'derde'. De specifieke toewijzing van de verantwoordelijkheid voor de verwerking van persoonsgegevens aan het bestuur contrasteert met het stilzwijgen van het advies omtrent dat begrip.

Tweede vergelijkingspunt:  
**Welke spelregels moeten worden gerespecteerd?**

Volgens het advies: respect voor het zorgvuldigheidsprincipe, hanteren van 10 criteria die verband houden met het waarom, het wat, het wie en het hoe van de gegevensoverdracht... De privacywet hanteert inhoudelijke criteria: de finaliteit (waarom), de relevantie (wat), de proportionaliteit (wat) en de betrouwbaarheid (wat), naast formele criteria: veiligheid (hoe) en transparantie (hoe). Het advies zegt dat er bij het doorgeven en uitwisselen van persoonsgegevens 'zorg-

vuldigheidscriteria' moeten worden gehanteerd, zonder ze echt te expliciteren, terwijl de privacywet het doorgeven en uitwisselen van persoonsgegevens onderwerpt aan 'bindende regels' die de zorgvuldigheidscriteria structureren. Mogelijke knelpunten kunnen zijn: de 'transparantie' van de uitwisseling (aangifte) en de 'beveiliging' van de uitwisseling.

Derde vergelijkingspunt:  
**Hoe verloopt de uitwisseling?**

Volgens de privacywet: met respect voor de **individuele** rechten van de direct betrokkene, nl. recht op informatie, recht op toegang, recht op verbetering, recht op klacht, 'informatio-nale selbstbestimmung'... Volgens het advies op basis van 'overleg' tussen alle betrokken partijen... Mogelijk knelpunt hierbij is het conflict tussen drie verschillende ethische visies: het paternalistisch model, het autonomistisch model, het zorggethisch model...

Vierde vergelijkingspunt:  
**Kunnen alle persoonsgegevens worden doorgegeven en uitgewisseld?**

De nieuwe privacywet maakt een duidelijk onderscheid tussen 2 soorten persoonsgegevens: de privacygevoelige gegevens (gerechtelijke, gezondheids- en andere gevoelige gegevens) waarvan de verwerking aan specifieke voorwaarden (qua vorm en qua inhoud) onderworpen is en de niet-privacygevoelige gegevens (als naam en adres) die geen speciale verwerking vereisen. Het advies laat na dergelijk onderscheid te maken, met als gevolg dat om het even welke gegevens verwerkt mogen worden. De strenge wettelijke bepalingen wat betreft de soort en de manier waarop



gegevens mogen verwerkt worden, komen mogelijks in conflict met het gebrek aan dergelijke specificatie in het advies.

Een laatste en naar de mening van de heer Carrette het belangrijkste knelpunt betreft de **achterliggende visie** van de wet en het advies. De individuele rechtenbenadering waarbij uitgegaan wordt van de cliënt-hulpvrager en die ontstaan is als kritiek op de paternalistische visie (waarbij uitgegaan wordt van de positie van de zorgverlener) is de dominante visie in de Privacywet. Bij het opstellen van het advies heeft de ethische commissie geopteerd voor een zorgethische benadering waarbij vertrokken wordt vanuit de verbondenheid en waarbij de cliënt steeds in relatie tot de ander en tot zijn omgeving wordt gezien. Op die manier komen 2 verschillende benaderingen van de zorgrelatie tegenover mekaar te staan, namelijk de individualistische benadering waarbij de rechten van de cliënt beklemtoond worden en de relationele benadering waarbij overleg tussen alle betrokken partijen het sleutelwoord vormt.

Tot besluit van de uiteenzetting wees de heer Carrette op het feit dat de vier knelpunten die hij had aangehaald een spanningsveld kunnen creëren tussen de Privacywet en het advies, maar dat dit niet noodzakelijkerwijze het geval hoeft te zijn. Als wijze raad gaf de heer Carrette mee dat bij het implementeren van het advies in de eigen welzijnsvoorziening, men er goed aan doet niet enkel rekening te houden met de bepalingen uit de Wet op het Beroepsgeheim, maar ook de Wet op de Privacy nauwgezet in het oog te houden.

## ENKELE ELEMENTEN UIT DE DISCUSSIE

Een eerste reactie vanuit de deelnemers op de kanttekeningen van de heer Carrette was dat het spanningsveld tussen de Privacywet en het advies wat vergezocht is, vermits de meeste voorzieningen hun dagdagelijkse praktijken reeds geconformeerd hebben aan de bepalingen van de Privacywet. Binnen de welzijnszorg maken heel wat voorzieningen op dit ogenblik werk van **interne richtlijnen** betreffende het al dan niet doorgeven van cliëntengegevens. Om de verhouding tussen de individuele zorgverlener (uitvoerder) en de Raad van Bestuur (die volgens de Privacywet de verantwoordelijke is) te regelen wordt door de voorziening best een protocol opgemaakt.

Met betrekking tot het onderscheid qua **invalshoek** heerste bij de praktijkmensen een zekere onenigheid. Een aantal van hen was de mening toegedaan dat op termijn het verschil in benadering van de zorgrelatie naar alle waarschijnlijkheid problemen zou opleveren, gelet op de toenemende juridisering van relaties. Andere aanwezigen waren veeleer verontrust over de botsing tussen de Wet op de Privacy en de Wet op het Beroepsgeheim en volgens hen is er niet zozeer sprake van een conflict tussen twee modellen. De Wet op de Privacy behandelt immers het recht op toegang en niet het inzagerecht, wat toch een belangrijk onderscheid is. Het beroepsgeheim gaat over het uitwisselen van alle gegevens, niet noodzakelijk beperkt tot privacygegevens. De uitwisseling kan schriftelijk zijn, maar ook mondeling. Gegevens die binnen de hulpverlening nodig zijn mogen niet





gebruikt worden voor een ander doel, maar het beroepsgeheim mag de hulpverlening niet onmogelijk maken. Hoe uitgebreider de hulpverlening wordt, hoe moeilijker het wordt.

De vraag werd gesteld of het “**persoonlijk dossier**” opgesteld door een hulpverlener onder het toepassingsgebied van de Wet op de Privacy valt. In dergelijk dossier worden zowel gegevens over de betrokkene als over diens sociale context opgenomen. Wanneer de welzijnszorg het recht op toegang waarvan sprake in de Privacywet nu zou interpreteren als een recht op inzage in de zin van de Wet op het Beroepsgeheim kan er zich een schending van de Wet op het Beroepsgeheim voordoen in het geval dit “dossier” in handen van derden terechtkomt. In dat verband werd de vraag gesteld of het **dossier** van een cliënt uit de bijzondere jeugdzorg na diens ontslag mag doorgegeven worden aan een andere voorziening. Het antwoord luidde dat zich in dat geval geen probleem stelt, wanneer het doorgeven van het dossier gebeurt in functie van een bepaalde doelstelling conform de Privacywet en indien de gegevens nog relevant zijn. Een deelnemer stelde dat de Privacywet en het advies op dit punt dus in feite complementair zijn.

In verband met toegang tot **gegevens in een databank**, werd het voorbeeld van de VDAB gegeven. Vele partners

werken op het computernetwerk, veel personen zijn ingeschreven in de databank van de VDAB. VDAB doet aan positieve acties, onder ander naar gedetineerden toe, waardoor deze vermelding in het dossier zou moeten opgenomen worden. Loketbedienden willen graag inzage in dergelijke info over de klanten van de VDAB, onder andere omwille van agressie waar ze soms mee geconfronteerd worden. Kan dit? In feite zou men moeten gaan kijken naar het doel van de VDAB (finaliteitsprincipe). Men kan in dit geval dus wel in het persoonlijk dossier noteren dat het om een ex-gedetineerde gaat, maar als deze informatie door iedereen kan ingekeken worden, moet het wel afgeschermd worden. Indien dit (technisch) niet kan, mag het niet in het dossier opgenomen worden.

Is **gegevensuitwisseling via e-mail** voldoende beveiligd? De privacywet is zeer streng: het volledige traject moet beveiligd zijn. Gewone e-mail is onveilig. Beveiligingssystemen zijn verplicht, al kunnen deze uiteraard gekraakt worden. Voor de privacywet is een redelijke investering voldoende, men moet niet het onmogelijke realiseren.

*Verslag:  
Eveline Ankaert, assistente Instituut voor Sociaal  
Recht, K.U.Leuven en Veerle Degrande,  
stafmedewerker Vlaams Welzijnsverbond.*



## Verslag workshop 3

# “DOORGEVEN VAN INFORMATIE OVER MINDER WILSBEKWAME PERSONEN”

*Inleiding door  
Carine Vanderbeken*

46

Waar tijdens de voormiddagssessies sterk de nadruk werd gelegd op overleg en instemming, staat deze discussieronde stil bij het bijzonder probleem van geheimhouding en vertegenwoordiging bij minder wilsbekwamen of volledig wilsonbekwamen. Bovendien gaat het in deze sessie om wilsonbekwaamheid die niet uitdovend is in de tijd, zoals het geval is bij minderjarigen, maar blijvend van aard is. Een grondige juridische uiteenzetting van de problematiek wordt gegeven door Carine Vanderbeken, juridisch stafmedewerker van het provinciaal van de Broeders van Liefde. Zij geeft een overzicht van de bestaande juridische beschermingsstatuten, maar wijst er ook op dat heel wat cliënten feitelijk wilsonbekwaam zijn en de vertegenwoordiging van deze cliënten dus buiten een beschermingsstatuut om verloopt.

Diverse vragen worden gesteld over de **Wet Patiëntenrechten** die tijdens de presentatie uitvoerig aan bod kwam. Deze wet voorziet in een hiërarchie van vertegenwoordigers die de wilsonbekwame patiënt, zonder juridisch beschermingsstatuut, kunnen vertegenwoordigen bij het nemen van medische beslissingen. Dat betekent dat diegene

die het hoogst in deze rangorde staat, de beslissing neemt. In geval van onenigheid binnen één echelon, neemt de zorgverstreker de beslissing.

De vraag stelt zich of een dergelijke vaste hiërarchie ook wenselijk is in de **welzijnssector**. De meningen in het publiek zijn verdeeld. Een deelnemer meent van wel, omdat momenteel elke regeling voor niet-medische beslissingen ontbreekt en het raadzaam zou zijn om in geval van een feitelijke wilsonbekwaamheid te zoeken naar een gereglementeerd statuut om te vermijden dat men “in de onwettelijke sfeer” blijft hangen. Een andere deelnemer merkt dan weer op dat een dergelijke vertegenwoordigingshiërarchie soms tot een onwenselijk resultaat kan leiden. De kritiek is dan dat de Wet Patiëntenrechten geen rekening houdt met de feitelijke betrokkenheid van een persoon ten aanzien van de wilsonbekwame. Een zus (derde in rangorde) kan bijvoorbeeld nauwer betrokken zijn dan een kind (tweede in rangorde) van de wilsonbekwame. De aanstelling van een feitelijke vertegenwoordiger op basis van een bijzonder schriftelijk mandaat zou dit kunnen voorkomen, maar dan moet de patiënt (of cliënt) dit mandaat wel

gegeven hebben voor de wilsonbekwaamheid intreedt.

Verder wordt de vraag gesteld of controle op de beslissingen van de vertegenwoordiger mogelijk is. Onder meer in de **jeugdzorg** bestaan immers vaak spanningen tussen familieleden, de minderjarige en de visie van de zorgverlener. In hoeverre kan men dan de afweging maken of de vertegenwoordiger in het belang van de minderjarige handelt, en hoe kan men hiertegen eventueel optreden? Of nog, hoever strekt de informatieplicht ten aanzien van een verlengd minderjarige? Net zoals de ouders van een minderjarige, heeft de voogd ook recht op alle informatie die hij nodig heeft om zijn beslissingen te nemen. Maar wat moet je dan doen indien de verlengd minderjarige bepaalde handelingen wil stellen (bijvoorbeeld in verband met seksualiteitsbeleving), maar de voogd hier niet mee akkoord gaat? In elk geval leidt dit in de praktijk vaak tot patstellingen, waarvoor geen pasklaar juridisch antwoord bestaat.

Een laatste vraag in verband met de Wet Patiëntenrechten betreft het verschil tussen de aangeduide vertegenwoordiger en de **vertrouwenspersoon**. Beide figuren mogen niet met elkaar verward worden, hoewel deze twee in de praktijk vaak zullen samenvallen. De vertrouwenspersoon staat de patiënt enkel bij in de uitoefening van zijn rechten, de op voorhand aangeduide vertegenwoordiger kan echter de rechten van de patiënt zelfstandig uitoefenen op een ogenblik dat de patiënt daar zelf niet langer toe in staat is.

Uit een korte rondvraag blijkt dat slechts weinig deelnemers ervaring hebben

met de toepassing van de Wet Patiëntenrechten. De figuur van de **voorlopige bewindvoerder** is veel beter gekend. Er wordt evenwel opgemerkt dat deze alleen met betrekking tot de goederen kan worden aangesteld. De vraag stelt zich dan wat te doen als er beslissingen in verband met de persoon van de wilsonbekwame welzijnscliënt genomen moeten worden. Mevrouw Vanderbeken merkt op dat de bewindvoerders die nu worden aangesteld almaar meer familie van de zorgbehoevende zijn, terwijl het vroeger vaak advocaten waren. Dit zou het overleg over persoonlijke aangelegenheden kunnen vergemakkelijken.

Ten slotte wordt opgemerkt dat er vaak ook een grijze zone van grensgevallen bestaat waarin de cliënt bijvoorbeeld wel kinderen heeft, maar niet in staat is om bepaalde beslissingen te nemen. Het gaat dan als het ware om een **partiele wilsonbekwaamheid**. In dat geval moet vaak een oplossing worden gezocht door de jeugdrechter.

De conclusie van deze sessie is dat er op het vlak van wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging vaak een conflict bestaat tussen wat juridisch kan en wat medisch-pedagogisch wenselijk is. Heel wat deelnemers menen dat overleg weliswaar cruciaal is, maar dat dikwijls ook (moeilijke) knopen moeten worden doorgehakt, waarbij vaak geen (juridisch) antwoord voor de hand ligt.

*Verslag:  
Marjan Rom en Inge Verdonck,  
Wetenschappelijk medewerksters Instituut voor  
Sociaal Recht, K.U.Leuven*

## Verlag workshop 4

# “OUDERLIJK GEZAG EN DE PRIVACY VAN MINDERJARIGEN IN HET LICHT VAN HET BEROEPSGEHEIM”

Inleiding door  
Carine De WildeVanderbeken

In haar inleiding verwees Carine De Wilde naar het boek van Isabelle Van der Straete en Johan Put voor de juridische onderbouw. Ze wees verder op het belang van zorgvuldig om te gaan met het beroepsgeheim in de hulpverlening. Het beroepsgeheim is essentieel voor de **vertrouwensrelatie** in de hulpverlening en een instrument ter bescherming van de privacy. Uitgangspunt is de zwijgplicht. De wetgever voorziet echter uitzonderingen waarin de drager van het beroepsgeheim kan (spreekrecht) of zelfs dient te spreken of te handelen (spreekplicht): art. 458 SW en art. 458 bis, art. 422bis SW, aangifte van besmettelijke ziektes, ...

Het recht op **privacy** is een persoonlijkheidsrecht en bevat vier componenten: recht op rust en isolement; recht op fysieke, morele en psychische integriteit; recht op geheimhouding van informatie met betrekking tot de persoon (informatieprivacy); en recht op het uitbouwen van menselijke contacten (relatieprivacy). Deze vinden we onder meer in art. 16 van het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind, art. 8 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens en art. 23 en art. 25 van het Decreet

Rechtspositie van minderjarigen in de Integrale Jeugdhulp.

Ouderlijk gezag en handelingsonbekwaamheid van de minderjarige zijn twee complementaire begrippen. Onder **ouderlijk gezag** vallen de ouderlijke rechten en verplichtingen in het belang van de minderjarige. Zij hebben een uitdunnend karakter: evolueren mee met de maturiteit en leeftijd van de minderjarige.

De **handelings(on)bekwaamheid van de minderjarige** heeft te maken met de rechtsbekwaamheid en de principiële handelingsonbekwaamheid van de minderjarige; regelt de wettelijke vertegenwoordiging voor rechtshandelingen en het optreden in rechte; geldt niet voor feitelijke handelingen. Uitzonderingen op de handelingsonbekwaamheid worden samengevat in het criterium ‘voldoende onderscheidingsvermogen’ hebben. Dit criterium ‘voldoende onderscheidingsvermogen’ is terug te vinden in het Medisch Recht (Code Geneeskundige Plichtenleer, Wet op de Patiëntenrechten), het Gerechtelijk Wetboek (hoorrecht minderjarigen) en het Decreet Rechtspositie minderjarigen. Steeds zijn leeftijd en maturiteit bepalend.

### **Geldt het beroepsgeheim ten aanzien van ouders van een minderjarig kind?**

Uitgangspunt volgens de rechtsleer is: de minderjarige is drager van het recht op bescherming van zijn privéleven, inclusief de vertrouwelijke behandeling van persoonlijke gegevens; de minderjarige kan dit recht ook invoeren ten aanzien van zijn ouders, ongeacht zijn leeftijd. Dus is er een principiële zwijgplicht van hulpverleners! Hierbij kan uitzondering gemaakt worden op grond van het ouderlijk gezag: voor zover de minderjarige niet over voldoende onderscheidingsvermogen beschikt, met het oog op het nemen van bepaalde opvoedingsbeslissingen, in het belang van de minderjarige. Ook in sommige noodsituaties (bvb. dreiging van zelfmoord). Bij belangenconflicten primeert het belang van de minderjarige!

**Enkele handvatten voor de praktijk:** Is het meedelen van informatie in het belang van de minderjarige? Wie is de hulpvrager? Wat is de mate van betrokkenheid van de ouders? Beschikt de minderjarige over voldoende onderscheidingsvermogen? Wat is de context van de vraag naar informatie? Wat is het doel van de informatieverstrekking (finaliteit)? Is de vraag naar informatie relevant voor de opvoeding en precies welke informatie is nodig voor het nemen van opvoedingsbeslissingen? Is het meedelen van informatie noodzakelijk om goede hulpverlening te bieden?

### **ENKELE ELEMENTEN UIT DE DISCUSSIE:**

– Als men naar **patiëntenrechten** gaat kijken is het zo dat ouders meestal aansprakelijk zijn voor hun kinderen. Wat als kinderen al aangemeld zijn en de ouders nog niet op de hoogte zijn? En

wat als een minderjarige vraagt om zijn ouders niet in te lichten? (vb: een 16-jarig meisje dat door haar grootvader misbruikt wordt, maar niet wil dat haar ouders dat weten). Als er sprake is van kindermishandeling, dan heeft de hulpverlener het recht om aangifte te doen. Hij zal wel de zorgvuldigheidscriteria moeten toepassen (vb: is de veiligheid van het kind nog gegarandeerd?). Bij aangifte is het van belang dat het kind op voorhand van de aangifte op de hoogte gesteld wordt.

– Hoe zit dat dan met de afweging “in het **belang van het kind**”: wie maakt uit wat in het belang van het kind is? Zeer dikwijls zal dat de hulpverlener zijn, die daarin zijn verantwoordelijkheid moet nemen. Daar kan dan nog wel een rechterlijke toetsing op komen. Men kan toch niet altijd wachten tot een rechter een standpunt heeft ingenomen? Soms moet men zeer snel handelen. Er is ook de verplichting om hulp te bieden aan personen in nood. Zoniet kan er sprake zijn van schuldig verzuim. Hoe dan ook, je moet als hulpverlener meestal wel actie ondernemen. De vraag werd gesteld of hier het Decreet Rechtspositie Minderjarigen niet van toepassing is? Bij het ontstaan van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen heeft men zich onder meer gebaseerd op het Minorius project. Men vroeg zich af of er aan “het belang van het kind” een procedure moest gekoppeld worden, maar men heeft duidelijk gekozen om dit niet te doen: het besluit moet komen uit het overleg met de minderjarige én zijn ouders. In een aantal hulp situaties zit je echter ook nog met een derde partij, de verwijzer. Dat maakt het vaak nog complexer.

– Vanuit een dagcentrum BJZ worden wij geconfronteerd met jongeren uit **éénoudergezinnen**. Als de jongere

wenst dat zijn papa geïnformeerd wordt, zelfs als die al jaren 'verdwenen' is, zijn wij dan verplicht om de afwezige ouder te informeren? Een niet uit de ouderlijke macht ontzette ouder heeft recht op informatie. Hier zal weer het feitelijke en het juridische belang van het kind spelen. De ouder moet in principe ingelicht worden, maar het kan dat het in de feiten niet in het belang van de hulpverlening of van de minderjarige is. De wetgever geeft geen pasklare antwoorden, gelukkig maar. Zo kan elke casus geval per geval bekeken worden.

– In verband met **verslaggeving** in de BJZ is er een grote evolutie. Het is een instrument in de hulpverlening geworden, met open verslaggeving, enzovoort. Als een jongere iets aan ons zegt en wij zetten dat in het verslag, dan mag de consulente dat ook weten, maar als de jongere zegt dat zijn moeder niet mag ingelicht worden, moet de ouderbegeleider zich dan aan de zwijgplicht houden in verband met de passages in het verslag waarvan de jongere niet wil dat zijn moeder dat weet? Naar wie moet men open verslaggeving doen? Er is een spanningsverhouding: met welke finaliteit zetten wij zaken in het dossier? Je kunt je dan afvragen: "Zet ik dat in het verslag of niet?" Open verslaggeving hoeft niet in conflict te staan met beroepsgeheim. Het Decreet Rechtspositie Minderjarigen (DRM) voorziet in de voorlichting van de ouders. Ook de inzage telt voor de ouders. Het DRM gaat principieel voor het inzagerecht, maar er zijn uitzonderingen. Ouders kunnen – op een bepaald moment – bepaalde gegevens onthouden worden. Er is een toegangsrecht, maar geen absoluut inzagerecht.

– Ik werk in een CIJG. (vrouwen met kinderen) In geval van gezinsbegeleiding aan huis maken wij een verslag op. Eén

van de ouders kan het dossier opvragen. Kan de minderjarige zich daartegen verzetten? Ja, vanaf 1 juli 2006 heeft een minderjarige een **verzetrecht**. Hulpverleners zullen zich moeten beraden over hoe dat in de praktijk zal toegepast worden. De voorziening zal daarrond een beleid moeten voeren. Dat moet transparant naar de gebruiker zijn. Wat komt wel en niet in het dossier en waarom? Elk document, computerbestand, logboek, enz... behoort tot het dossier.

– Wij als hulpverleners zijn stilaan op de hoogte aan het geraken van de betekenis van privacy, beroepsgeheim, zwijgplicht, enz... Maar **ouders** zijn dat (nog) niet. Hoe gaan we dat in gewone taal aan de ouders uitleggen? Er is in het kader van de implementatie van de Integrale Jeugdhulpverlening via de minister een opdracht gegeven aan de Gezinsbond om een goed leesbare brochure te schrijven voor ouders over het Decreet Rechtspositie Minderjarigen. Daar werken verschillende ouderorganisaties aan mee.

– Primeert **schuldig verzuim** boven beroepsgeheim? Ik denk dat dit in de eerste plaats een gewetensvraag is. Als het belang van de minderjarige in het gedrang komt, moet men voor het hoogste belang kiezen. Als je weet dat een kind in gevaar is, ben je verplicht om dat kind te helpen. Als je dat niet doet, kan je beschuldigd worden van schuldig verzuim. Heb je wel iets gedaan, maar achteraf gezien niet voldoende, dan zal geoordeeld worden in functie van wat in de mogelijkheden lag van de hulpverlener.

*Verslag:*

*Marcel De Beukeleer, Raad Ouders Jeugdzorg*

# DE DUBBELE POSITIE VAN DE MANTELGORG: DEEL VAN HET CLIËNTSYSTEEM ÉN ZORGVERLENER

Daniëlle COLSOUL en  
Kathleen SCHELLEMANS

*Vanuit hun socio-affectieve band met de cliënt zijn mantelzorgers niet door het beroepsgeheim gevat (men zou hoogstens kunnen spreken van een familiale discretieplicht) en is er voortdurend een vermenging tussen hun vriendschappelijk-familiale band en hun (ver)zorgende rol ten aanzien van de cliënt. Voor zover mogelijk is het de cliënt die bepaalt welke informatie hun wordt toevertrouwd, maar ook dat is niet altijd eenvoudig af te bakenen. Hoe kunnen hulpverleners daar het best mee omgaan? In welke mate worden mantelzorgers betrokken bij het overleg in het kader van een bredere samenwerking?*

## Wat is mantelzorg, wie is de mantelzorger?

Volgens het eerstelijnsgezondheidsdecreet is een mantelzorger "een persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt." Deze definitie onderstreept bij de mantelzorg het belang van: 1° de sociale en emotionele band: aan personen in hun familie, huishouden of sociale netwerk; 2° dat het niet beroepshalve gebeurt, maar vrijwillig en onbetaald; 3° dat het meer dan occasioneel gebeurt, dat er sprake is

van extra zorg: meer dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is; 4° dat de zelfzorg ontoereikend is: het gaat om personen met ernstige fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen.

Mantelzorgers kan men indelen in twee groepen: personen die interne mantelzorg leveren (binnen het eigen gezin of huishouden) en personen die extern mantelzorg verlenen (buiten het gezin).<sup>2</sup>

## De positie van de mantelzorger

Elke sociaal-emotionele relatie wordt gekenmerkt door onderlinge uitwisseling van affectie, steun, zorg en hulp.

1 De auteurs zijn diensthoofd en stafmedewerker van de Dienst Maatschappelijk Werk van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Kathleen Schellemans is redactielid van het Tijdschrift voor Welzijnswerk. Contact: kathleen.schellemans@cm.be.

2 Het gezin als zorgmilieu: mantelzorg voor een partner, ouder of kind. Benedicte De Koker, wetenschappelijk attaché Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.



Vanuit de rol als ouder, vriend, buur, familielid, echtgenoot of kind neemt men de rol op van mantelzorger. Voor mantelzorgers zelf is er meestal geen sprake van een helder en bewust keuzemoment waarop men specifiek de rol van mantelzorger op zich neemt, juist omdat het zo in het verlengde ligt van wat men in de relatie voor elkaar doet of pleegt te doen.

Vanuit de hulpvrager gezien is er sprake van een continuüm met aan de ene kant (volledige) zelfredzaamheid en aan de andere kant (volledige) afhankelijkheid van professionele zorg. De mantelzorger is op dit gehele continuüm in beeld, dit in tegenstelling tot de professionele hulpverlener, die meestal pas bij specifieke hulpvragen van de zorgbehoevende in beeld komt en vaak pas wanneer de mantelzorger zelf op zijn grenzen stoot, wat belasting en noodzakelijke kennis betreft.

De mantelzorger neemt binnen de zorg een heel eigen positie in: hij is geen professionele hulpverlener, maar ook geen vrijwilliger: hij verricht de zorgen vanuit een bestaande relatie met de zorgbehoevende. Dit is anders dan met een professionele hulpverlener of een vrijwilliger: zij bieden geen hulp vanuit een reeds bestaande relatie. Vrijwilligers en professionelen bieden zorg, hulp, ondersteuning aan naar aanleiding van een bepaalde nood, vanuit een bepaalde zorgvraag. Dit bepaalt ook hun relatie met de zorgbehoevende en mantelzorger.

Een mantelzorger heeft een dubbelrol ten aanzien van de professionele hulpverleners, namelijk die van *medehulpverlener* en *medecliënt*. De toevoeging 'mede' heeft hier twee betekenissen. In

de eerste plaats de betekenis van 'ook': hij verleent ook hulp en heeft daarbij zelf ook recht op zorg en ondersteuning. In de tweede plaats de betekenis van 'anders', om daarmee een onderscheid aan te geven tussen hem en de vrijwilliger of de professional.

### **Medecliënt**

Een mantelzorger is ook *anders cliënt* dan de zieke, heeft andere noden dan de zieke voor wie hij zorgt. De mantelzorger is cliënt in een specifieke betekenis: hij is (mede)cliënt naast de hulpbehoevende naaste. In de rol van medecliënt is het van belang dat de (vrijwillige en professionele) zorgverleners rekening houden met de wensen en de behoeften aan ondersteuning van de mantelzorger. Dat betekent dat de ondersteuning van de mantelzorger vraaggericht plaatsvindt.

Het is duidelijk dat de zorg voor een gezinslid een zware belasting betekent voor de mantelzorger. Meer dan 6 op 10 interne mantelzorgers ervaren de mantelzorg als emotioneel en fysiek belastend. Als men kijkt naar de tijd die men overhoudt voor zichzelf en voor het sociaal leven, dan vindt bijna de helft van de mantelzorgers dat deze onder de mantelzorg te lijden heeft. Bijna 4 op 10 ervaren de mantelzorg als financieel belastend, en volgens meer dan 3 op 10 mantelzorgers lijden de eigen gezondheid en het gezinsleven onder de mantelzorg. Ongeveer een kwart gaat eerder of helemaal akkoord met de uitspraak dat ze zich uitgeblust voelen door de mantelzorg.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> *Het gezin als zorgmilieu: mantelzorg voor een partner, ouder of kind. Benedicte De Koker, wetenschappelijk attaché Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel.*



## Medehulpverlener

De mantelzorger is ook een andere *hulpverlener* dan een vrijwilliger of een professional. De mantelzorger is hulpverlener in een specifieke betekenis: hij is medehulpverlener naast de professional (en niet als professional).

In de rol van medehulpverlener onderscheiden we zijn inzet van die van de professionele en vrijwillige hulpverlener: de mantelzorger verleent zijn

hulp niet vanuit een professioneel (beroepsmatig) kader van deskundigheid, maar vanuit de ervaringsdeskundigheid als naaste. De relatie van de mantelzorger (als hulpverlener) met de professional is niet primair een relatie van een onwetende leek en de alwetende expert, maar moet meer gezien worden als die van een ontmoeting tussen twee verschillend gerichte experts, elk met hun eigen deskundigheid.

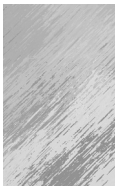


## Op de wip...

De mantelzorger bevindt zich als het ware op de wip tussen de cliënt en de professionele hulpverleners. We gebruiken bewust de term 'op de wip zitten' omdat dit zijn positie zeer duidelijk kenmerkt. Een professionele hulpverlener deelt vaak bepaalde informatie met de mantelzorger. De mantelzorger komt hierdoor op de wip te zitten tussen diegene die hem iets toevertrouwd en diegene die reeds jarenlang zijn vertrouwen deelde. Ook omgekeerd kan dit het geval zijn: de zorgbehoevende deelt in vertrouwen dingen mee, die essentieel kunnen zijn voor de zorg, maar wat kan de mantelzorger hiermee doen ten aanzien van de professionele hulpverlener?

Wij vragen van hulpverleners bijzondere

aandacht voor deze specifieke positie van de mantelzorger. Als hulpverlener dien je de natuurlijke reflex te hebben om buiten het cliëntsysteem te blijven. Mensen hebben reeds jaren 'omgangsgewoonten' binnen het gezin of zorgsysteem. Professionelen denken spontaan: we gaan rond de tafel zitten en de knelpunten eens openlijk bespreken, terwijl dit voor de mantelzorgers en de cliënten niet zo vanzelfsprekend is. Wat bespreekbaar is en wat niet, hoe ze dit bespreekbaar maken of niet, heeft te maken met omgangsgewoonten. Alvorens het zorgoverleg plaatsvindt, dient dit gecheckt te worden en bekeken hoe men daarmee gaat omgaan. Doel is inderdaad de bespreekbaarheid te verhogen, maar 'voorzichtigheid is de moeder van de porseleinwinkel'.



De zorgbemiddelaar kan in zulke situaties een belangrijke rol vervullen. Hij heeft een goede vertrouwensrelatie met het gezin en heeft kennis van deze omgangsgewoonten. De zorgbemiddelaar kan vanuit zijn positie, in relatie met het gezin een brugfunctie vervullen naar de andere hulpverleners. Hij kan met het gezin mee bepalen wat van belang is om gedeeld te worden, en de impact van de gedeelde informatie op het gezin bespreken en begeleiden. Hulpverleners kunnen en mogen mantelzorgers noch de cliënt zelf gebruiken als instrument om informatie te verkrijgen!

## De mantelzorger als partner in het zorgoverleg

Maatschappelijk gezien merken we een toenemende erkenning voor de mantelzorger. Zijn betrokkenheid, zijn partnerschap in de zorg, welke reeds lang erkend was door de professionele hulpverleners, wordt nu ook uitdrukkelijk erkend door de wetgever. In het K.B. van 8 juli 2002 omtrent de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT) wordt uitdrukkelijk de betrokkenheid van de mantelzorger in het thuiszorgoverleg benoemd: *“De zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger stemmen in met het overleg en met de betrokken deelnemers. De zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger dient ook aanwezig te zijn tenzij de zorgbehoevende bepaalt dat zijn aanwezigheid of die van de mantelzorger niet noodzakelijk is.”*

De Christelijke Mutualiteit heeft al een traditie van jaren omtrent het organiseren van specifiek thuiszorgoverleg rond cliënten. Dit gebeurt in het kader van hun Regionale Dienstencentra (RDC) of thuiszorgcentra, en bestaat naast het

overleg dat vanuit de GDT en de SIT (Samenwerkingsinitiatieven in de Thuiszorg) wordt georganiseerd. Zo werden in 2005 onder meer in de provincie Oost-Vlaanderen 680 teams georganiseerd (dit is 60% van het totaal aantal teams dat in Oost-Vlaanderen werd georganiseerd).<sup>4</sup>

We merken echter dat de teams vooral worden aangevraagd door professionele partners. Het merendeel van het interdisciplinair overleg (IDO) wordt aangevraagd door thuisverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk. Een aanzienlijk deel wordt ook als opvolgteam aangevraagd. Slechts in uitzonderlijke situaties is de huisarts initiatiefnemer. Het aanpassen van de wetgeving heeft in dit verband dus geen wijziging gebracht. Veel thuiszorgteams worden ook aangevraagd vanuit het ziekenhuis ter voorbereiding van de thuiszorg. We kunnen ons dus afvragen hoe het zit met de zorgbehoevende en zijn mantelzorger in dit samenspel. Hoe wordt hij/zij hierin gekend en erkend? Welke rol spelen zij, hebben zij te spelen?

### *Wie bepaalt wanneer er overleg wordt georganiseerd?*

Uit de bevraging van de thuiszorgcentra van de C.M. in Antwerpen, Turnhout, Mechelen, Oost-Vlaanderen en Leuven hieromtrent bleek dat het voor de diensten een grondbeginsel van het overleg is om ten allen tijde de **toestemming van de cliënt** te vragen. Er zijn enkele uitzonderingen waarbij het niet gebeurt, nl. indien de cliënt niet beschikt over de mentale of psychische mogelijkheden en bij geweldpleging op de mantelzorger. Wanneer er mantelzorg aanwezig is in de zorgsituatie, wordt de toelating ook wel gevraagd aan de

4 Jaarverslag Netwerk thuiszorg zwaarzorgbehoevende Oost-Vlaanderen, 2005

mantelzorger. Indien er geen mantelzorg is, en de zorgbehovende niet beschikt over de mentale of psychische mogelijkheden, kan er in uitzonderlijke gevallen enkel met de hulpverleners een overleg gehouden worden.

Een van de **minimale kwaliteitseisen** die de Regionale Dienstencentra dienen te respecteren is gebruikersgerichtheid. Hierbij gaat het om de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, de individuele levensstijl en de sociale context van de gebruiker. We lezen in de SMK dat elke dienst de privacy van de gebruiker in alle activiteiten respecteert en hieromtrent duidelijke en aangepaste afspraken maakt. Deze afspraken worden steeds opgenomen in een afsprakennota. In navolging van de SMK's wordt minimaal steeds de mondelinge toestemming van de cliënt en/of zijn betrokkenen gevraagd voor het organiseren van het team.

### **Wie is aanwezig op een overleg en wie bepaalt dit?**

De teamaanvrager bepaalt **in overleg met de cliënt** wie er kan uitgenodigd worden en duidt dit aan op het aanvraagformulier. Indien bij het uitnodigen van de betrokkenen de nood aan bijkomende aanwezigen blijkt, dan wordt dit voorgelegd aan de zorgbehovende. Vanuit het Regionaal Dienstencentrum wordt de betrokkenheid van de zorgbehovende op het overleg steeds voorop gesteld. Betrokkenheid bij de cliënt of de problematiek is eveneens het criterium dat gehanteerd wordt bij het bepalen wie al dan niet aanwezig kan zijn.

Als voorbeeld geven we cijfers van de betrokkenen (gemiddelde aanwezigheid) bij het Interdisciplinair Overleg in Oost-Vlaanderen.

<i>Betrokkene zelf</i>	<i>58%</i>
<i>Familie</i>	<i>78%</i>
<i>Huisarts</i>	<i>59%</i>
<i>Familiehulp</i>	<i>44%</i>
<i>Familiezorg</i>	<i>33%</i>
<i>Wit-Gele Kruis</i>	<i>59%</i>
<i>CAW</i>	<i>78%</i>
<i>Ziekenhuizen</i>	<i>28%</i>
<i>Psychische zorg</i>	<i>17%</i>
<i>Verpleegkundige, niet-WGK</i>	<i>17%</i>
<i>Andere zorgvormen</i>	<i>8%</i>
<i>Palliatieve zorg</i>	<i>3%</i>
<i>Diensten gezinszorg</i>	<i>8%</i>
<i>Kiné</i>	<i>11%</i>
<i>Gehandicaptenzorg</i>	<i>9%</i>



We staan even stil bij de **aanwezigheid van de betrokkene**: hij is in gemiddeld 58% van de teams aanwezig. Een echte reden voor dit relatief laag cijfer kan niet gegeven worden. We kunnen zoeken naar oorzaken bij de zorgbehoevende en zijn mantelzorg: misschien is het zorgoverleg niet echt iets waarop men zit te wachten? Of misschien heeft het te maken met de professionele hulpverleners: in welke mate vinden zij de aanwezigheid noodzakelijk en werken zij aan de aanwezigheid? Of ligt het misschien aan de problematiek, de situatie...? Het blijft echter wel de doelstelling om de betrokkene maximaal te betrekken en te informeren, voor en na het overleg.

**Aanwezigheid van familie**: positief is dat men in drievierde van de situaties familie bereid gevonden heeft om te participeren aan het Interdisciplinair Overleg, en dat dit geldt voor alle regio's in Oost-Vlaanderen. Recent komen er ook aanvragen om een overleg op te starten vanuit het cliëntensysteem. Vanuit de Provincie (Provinciaal project OVOSIT) wordt ook een financiële erkenning voorzien voor de aanwezige centrale mantelzorger. Dit wordt uiteraard als positief ervaren, en speelt allicht een bevorderende rol.

**Aanwezigheid van de huisarts**: ondanks inspanning van de coördinatoren om de huisartsen zo veel mogelijk bij het overleg te betrekken, merken we grote regionale verschillen. Gemiddeld is de huisarts in 59% van de teams aanwezig. De vergoeding heeft weinig invloed op de aan- of afwezigheid van de huisarts. Het is spijtig genoeg wel zo dat een Interdisciplinair Overleg niet voor een GDT-vergoeding vanwege de overheid in aanmerking komt, als de huisarts niet op het teamoverleg aanwezig is.

### ***Wat wordt er gedaan met de informatie die gedeeld wordt op het overleg?***

Na ieder Interdisciplinair Overleg wordt er een verslag en een zorgenplan opgesteld. Het verslag is de neerslag van het overleg en bevat geen medische gegevens of gegevens over de medicatie. Deze informatie kan wel opgenomen worden in het zorgenplan. De naam van de betrokkene wordt steeds afgekort weergegeven, zodat deze enkel herkenbaar is voor de aanwezigen. Er worden ook geen niet relevante, intieme gegevens opgenomen. De zorgafspraken die voortvloeien uit het team worden meegedeeld aan alle betrokkenen van het team en alle personen die uitgenodigd waren, ook indien zij niet aanwezig konden zijn.

Het zorgenplan, dat bij de cliënt blijft, is een hulpmiddel om informatie en duidelijkheid te bekomen, zowel bij de organisatie van de thuiszorg als gedurende het verloop van de thuiszorg, indien er aanpassingen van de hulp nodig zijn en als een communicatie-instrument, én bij de onderbreking of afsluiting van de thuiszorg. Het is een instrument om een vlotte samenwerking te bekomen in functie van een kwalitatieve hulpverlening. De informatie in het zorgenplan is enkel toegankelijk voor diegenen die in de thuiszorgsituatie aanwezig zijn én mits toestemming van de cliënt en/of zijn naast mantelzorgers.

Vermits de cliënt en/of zijn naaste mantelzorgers aangeven wie uitgenodigd wordt op het overleg, bepalen zij dus in feite ook wie recht heeft op de informatie. Zij geven aan wat mag doorgevoerd worden aan wie. Familieleden of betrokkenen in de ruimere zin die door de cliënt niet worden aangeduid als betrokken persoon, worden niet op de

hoogte gesteld en kunnen geen recht op informatie uitoefenen omwille van een relatieband. Als hulpverlener kunnen we dit wel bevragen bij de cliënt en trachten opnieuw te verbinden. De relatie tussen de mantelzorg en de zorg-behoevende primeert immers binnen de zorg.

## Beroepsgeheim en mantelzorg

Een mantelzorg is allereerst partner in de zorg, hij is medehulpverlener, al stellen we hoger reeds dat hij niet mag gelijkgesteld worden met een professionele hulpverlener. Een mantelzorg valt dus niet onder de toepassing van artikel 458 van het strafwetboek omtrent het beroepsgeheim. Al kunnen mantelzorgers strikt genomen geen aanspraak maken op het beroepsgeheim, toch hebben ze ethisch gezien een geheimhoudingsplicht.

Het beroepsgeheim slaat niet uitsluitend op informatie die door de cliënt is toevertrouwd, maar ook op informatie die de hulpverlener zelf vaststelt, verneemt van derden of uit het dossier haalt. We denken hier aan de info die een mantelzorg toevertrouwt aan een hulpverlener of aan de info die een cliënt wel aan een hulpverlener toevertrouwt, maar niet aan zijn naasten. De hulpverlener die in het kader van de hulpverlening aan een cliënt een gesprek heeft met familieleden of andere personen uit de leefomgeving van de cliënt, is gebonden door het beroepsgeheim met betrekking tot de vertrouwelijke informatie die hij hierbij verneemt.

Een mantelzorg kan een hulpverlener of een team hulpverleners informatie toevertrouwen in verband met de cliënt: bijvoorbeeld een mantelzorg vertelt in vertrouwen dat zijn vrouw, die diabeet is, zichzelf regelmatig iets

zoet gunt; een mantelzorg vertelt dat haar man zeer wantrouwig is en de gezinshelpster steeds op de hielen zit om haar te controleren; een mantelzorg die de hulpverlener inlicht over de palliatieve situatie van zijn partner;....

Bepaalde informatie kan van belang zijn om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren of te behouden. Of om de zorg-behoevende en zijn naasten terug te verbinden. Om af te wegen of je als hulpverlener wel iets of niets doet met de toevertrouwde informatie, stellen we **vier ethische principes** voor, die kunnen helpen bij de keuze:

- Is het heilzaam voor de zorgsituatie (mantelzorg en cliënt) dat ik iets doe met deze info, of zal deze info geen invloed hebben op de kwaliteit van de zorg?
- Wordt er iemand geschaad door iets wel of niet te doen met deze info?
- Respect voor autonomie en eerlijkheid
- Rechtvaardigheid

We merken binnen de hulpverlening soms dat cliënten bepaalde info niet willen delen met hun naasten. Vaak gebeurt dit vanuit emotionele redenen: men wil de ander er niet mee belasten. Als hulpverlener zijn we ook steeds meerzijdig partijdig: we bekijken de situatie vanuit alle betrokkenen, ook vanuit diegenen die niet aanwezig zijn of zelfs (nog) niet (meer) in leven zijn. De woon- en de spreekkamer zit voor de hulpverlener altijd 'vol mensen', ook al is er in feite slechts één persoon aanwezig. Door beurtelings de verdiensten en de rekeningen van elke partij te bekijken, komen we tot de houding van de meerzijdige partijdigheid.

Als hulpverlener trachten we het gesprek vanuit deze **meerzijdige partijdigheid** en conform onze vier ethische principes met de cliënt hieromtrent

aan te gaan. We bevragen hem omtrent zijn redenen om dit niet te doen. Indien het opportuun is, en niet indruist tegen de vier ethische principes, trachten we de cliënt te motiveren om zelf deze info toch te delen en het gesprek aan te gaan met betrokkenen. Als hulpverlener hebben we een verbindende rol.

Indien de cliënt dit niet zelfstandig kan, ondersteunen we hem in dit proces. Als hulpverleners dienen we er ons echter van bewust te zijn dat het niet enkel gaat over de het delen van de informatie; het gaat ook over het in gang zetten van processen; het in balans brengen van draagkracht en draaglast, over het aanvaardingsproces, enz.

We dienen als hulpverlener steeds rekening te houden met wat de gevolgen zijn van mijn hulpverlenend handelen, en of ik binnen mijn functie en mandaat dit proces dat ik opstart, verder kan begeleiden. Wanneer dit niet het geval is, mag de hulpverlener hiervoor de ogen niet sluiten: hij heeft dan de verantwoordelijkheid het gesprek aan te gaan met de cliënt of mantelzorger en te kijken welke hulpverlener of hulpverleningssetting meer gepast is om dit proces te begeleiden. Een hulpverlener heeft als opdracht om in vertrouwen en eerlijkheid om te gaan met zijn cliënt-

systeem. De ogen sluiten onder het mom van beroepsgeheim kan niet: we dragen zorg voor de cliënt én de mantelzorger, en dragen mee de zorg voor een zorgende omgeving.

### **Bronnen**

- *Het gezin als zorgmilieu: mantelzorg voor een partner, ouder of kind. Benedicte De Koker, wetenschappelijk attaché Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie.*
- *Als je thuis zorgt voor een chronisch ziek familielid. Onderzoek over de mantelzorg voor dementerende ouderen en voor psychiatrische patiënten. Samenvatting en besluit van het onderzoek. Opdrachtgever: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Wetenschap, Innovatie en Media. Projectleiding: prof. dr. Chantal Van Audenhove (coördinator LUCAS) en prof. dr. Frans Lammertyn (directeur LUCAS). Onderzoeker: Nele Spruytte. Looptijd: 1/10/1997 – 31/5/ 2000, LUCAS, Leuven.*
- *Omgaan met waarheidsvragen, Katelijne Willems, Integraal, Opleiding en advies in gezondheidszorg, Wijnegem.*
- *Jaarverslag Netwerk thuiszorg zwaartzorgbehoevende Oost-Vlaanderen, 2005*

*Verslag workshop 5*

# “DE DUBBELE POSITIE VAN DE MANTELZORG”

*Inleiding door  
Daniëlle Colsoul*

*Voor de inleiding verwijzen we naar het gelijknamige artikel in dit themanummer.*

In de bevraging die werd georganiseerd bij 720 zorgteams (buiten de SIT's en de GDT's om), werd gepeild naar de mate waarin overleg wordt gepleegd en de voorwaarden die daartoe worden vooropgesteld. De patiënt of cliënt blijkt in 58 % van de gevallen betrokken te worden bij het overleg, de mantelzorger zelfs in 78 % van de gevallen. Bovendien blijkt dat een meerderheid van teams formele voorwaarden voor het overleg naleeft. Mevrouw Colsoul mist in dit verband echter een afweging van de **effecten van het doorgeven van informatie** aan de mantelzorger. Zij meent met name dat rekening moet worden gehouden met de bijzondere positie van de mantelzorger ten aanzien van de zieke partner, ouder, kind. De deelname van de mantelzorger aan het overleg kan hem of haar vaak naderhand in een moeilijke situatie plaatsen.

Wanneer de mantelzorger in een overleg bijvoorbeeld te weten komt dat de zorgbehoevende terminaal ziek is, zal hij die informatie dan doorspelen? En plaatst dit de mantelzorger niet in een erg moeilijke situatie, want

hij wordt dagelijks met de terminaal zieke geconfronteerd, bovendien vanuit een vertrouwensrelatie? Er zou met andere woorden een afweging moeten worden gemaakt of het doorgeven van informatie 'heilzaam' is voor de zorgsituatie, waarbij rekening moet worden gehouden met de vraag hoe het gezin in het verleden met informatie is omgegaan: wordt alle informatie in het gezin gedeeld en wordt een volstrekte wederzijdse openheid verwacht? Familiale gewoontes zouden sterker in rekening moeten worden gebracht. De informatiedoorstroming is momenteel nog te vaak medisch professioneel geïnspireerd en te weinig sociaal doorvoeld.

Volgende knelpunten worden in het bijzonder onderkend naar aanleiding van de dubbele positie van de mantelzorger. Wat moet de mantelzorger aanvangen met de informatie die hij aan een overleg ontleent? En met name, wie beoordeelt met hem mee of hij de informatie al dan niet zou doorgeven? **Wie steunt de mantelzorger?** Wie sterkt hem in zijn beslissing om informatie al dan niet aan de



patiënt mee te delen? De situatie doet zich geregeld voor waarin de cliënt in het verleden ook niet alle informatie heeft doorgegeven aan de mantelzorg. Dit vertrouwensprobleem is des te groter naarmate de intimiteit tussen de zorgbehoevende en de mantelzorgster sterker is. Informatie achterhouden wanneer de zorgsituatie dit vereist, is moeilijker voor een interne dan voor een externe mantelzorgster (cf. de zogenaamde 'gesprekken aan de voordeur'). Vooral ten aanzien van de interne mantelzorgster moet de hulp aan en de professionele ondersteuning van de mantelzorgster versterkt worden. Het bewustzijn ter zake is er, maar pragmatische handvatten ontbreken nog.

In de discussie werd allereerst opgemerkt dat de wenselijkheid om informatie al dan niet aan de zorgbehoevende door te geven, vaak bemoeilijkt wordt omdat er heel wat **onuitgesproken verwachtingen** leven tussen de mantelzorgster en de zorgbehoevende. De verwachtingen ten aanzien van de mantelzorgster zijn vaak ook veel te hoog, overigens ook vanuit het standpunt van de andere hulpverleners. Hierbij merkt een deelnemer op dat ook de benadering van de cliënt soms te rooskleurig is. Cliënten zijn vaak erg mondig of moeilijk en manipulatief. Zorgvuldig met informatie omgaan of informatie achterhouden is in die omstandigheden erg moeilijk. Een versterking van de rol van de zorgbemiddelaar kan in dat opzicht aangewezen zijn.

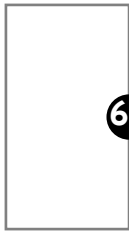
In dat verband stellen deelnemers zich de vraag wat de **rol van de zorgbemiddelaar** precies is. In principe speelt hij een andere rol dan de rol van loutere coördinator die het zorgteam bijeenbrengt. Doorgaans is het

de meest nabije hulpverlener en vaak een maatschappelijk assistent. Verdere uitklaring van de rol van de zorgbemiddelaar lijkt wenselijk, in het bijzonder in het kader van de doorstroom van gevoelige informatie.

Twee aanwezigen die in de bijzondere jeugdzorg actief zijn, merken op dat hun ervaringen met mantelzorgsters (familieleden van de minderjarige) vaak problematisch zijn. Zij staan er vaak niet om te springen om familieleden alle informatie zomaar door te spelen. Zo gebeurt het dat een familielid van het kind een tijdlang in het overleg betrokken wordt als kandidaat-pleegouder. Wanneer echter een **vertrouwensbreuk** met de familie volgt, verdwijnt dit familielid weer uit het overleg, terwijl gevoelige informatie wel al werd meegedeeld. Bovendien zijn er vaak wisselende mantelzorgsters (partners, niet-inwonende vader).

Een deelnemer merkt op dat er weliswaar een onderscheid moet worden gemaakt tussen vrijwilligers en mantelzorgsters, op basis van hun verschillende betrokkenheid op de zorgsituatie. Soms kan het echter toch verantwoord zijn om **vrijwilligers** in te lichten. Het voorbeeld werd gegeven van een vrijwilliger die een situatie van mishandeling heeft gemeld, maar verder op geen enkele wijze meer wordt ingelicht over het verdere verloop. Deze toestand wordt niet wenselijk geacht.

Een bijzonder probleem stelt zich wanneer de cliënt niet met zijn of haar probleem naar buiten wenst te komen (wat het geval kan zijn bij mishandeling). Bijgevolg zal de zorgbehoevende in dat geval ook **geen toestemming** geven aan een ander om de





nodige stappen te ondernemen om het probleem aan te pakken. Wanneer deze dan toch de informatie doorgeeft, wordt de vertrouwensrelatie vaak erg aangetast. Soms wordt met een omweg via de huisarts gewerkt.

Na een korte rondvraag, blijkt dat heel wat organisaties aan **concrete richtlijnen** werken met het oog op het al dan niet doorgeven van informatie en het bewaken van de privacy (bijvoorbeeld richtlijnen in verband met het niet meenemen naar huis van dossiers, richtlijnen voor het multidisciplinair overleg, etc). Heel wat vragen blijven echter bestaan, bijvoorbeeld in verband met de verslaggeving van een overleg waarin vertrouwelijke informatie werd besproken. Heel wat oplossingen zijn ad hoc en berusten louter op principiële afspraken en een zekere intuïtie.

De conclusie van deze sessie is dat gestructureerde oplossingen voor het probleem van de informatiestromen in geval van mantelzorg niet voor de hand liggen. Er bestaat doorgaans wel eensgezindheid over het feit dat mantelzorgers beter begeleid moeten worden bij het beslissen of ze informatie al dan niet doorgeven. De mantelzorger komt immers vaak, meer nog dan de vrijwilliger, in een (psychisch-sociaal) moeilijke positie terecht naarmate hij over meer informatie beschikt en de verwachtingen van de zorgbehoevende ten aanzien van hem groter zijn.

*Verslag:  
Inge Verdonck,  
wetenschappelijk medewerkster Instituut voor  
Sociaal Recht, K.U.Leuven*



## Verlag workshop 6

# “DE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DIRECTIES TEN AANZIEN VAN CLIËNTINFORMATIE- UITWISSELING IN DE HULPVERLENING”

*Inleiding door  
Stefaan Baeten*

62

De inleiding in deze workshop werd gegeven door Stefaan Baeten, voorzitter van de Ethische Commissie en momenteel directieverantwoordelijke in een psychiatrisch ziekenhuis. Vooraf stipt hij het verschil aan tussen zijn ervaring als directeur van een voorziening in de gehandicaptenzorg en die in de psychiatrie: bij deze laatste is alles veel strikter gereguleerd en opgevolgd.

In zijn inleiding maakt Stefaan Baeten een onderscheid tussen de diverse manieren waarop de directiefunctie binnen een voorziening kan ingevuld worden en schetste hij de juridische implicaties en de ethische aspecten van bepaalde vormen van cliëntinformatie-uitwisseling.

Een eerste mogelijkheid bestaat erin dat de directeur enkel en alleen zijn **directiefunctie** uitoefent. In deze hoedanigheid van directeur is hij niet gebonden door het beroepsgeheim en zijn relatie ten aanzien van de hulpverleners moet dan ook beschouwd worden als een relatie tegenover derden.

De directie heeft echter ook een taak als **werkgever**, en is hiervoor gemandateerd door de raad van bestuur van de voorziening. In het kader van deze functie moet de directie toezien op de kwaliteit (en kwantiteit) van de hulpverlening. De gezagsrelatie die in dergelijke situatie tussen de directie en de hulpverleners bestaat, vormt volgens de rechtspraak geen juridische basis voor de toegang tot cliëntengegevens. (cf. rechtsleer inzake OCMW)

Het komt in de praktijk echter vaak voor dat er geen strikte scheiding van functies is in hoofde van één persoon. Zo kan een directeur naast zijn directiefunctie ook deel uitmaken van een team of de rol van hulpverlener en/of vertrouwenspersoon vervullen. Wanneer er sprake is van dergelijke **functievermenging** in hoofde van één en dezelfde persoon, wordt de situatie wat complexer. De inleider meent dan ook dat men in deze situaties extra aandacht moet hebben voor de specifieke hoedanigheid (directeur sensu stricto, werkgever, teamlid, hulpverlener, vertrouwenspersoon, ...) waarin

de directie optreedt. Als de directeur ook lid is van het hulpverleningsteam, dan zou er sprake kunnen zijn van gedeeld beroepsgeheim. De hulpverlenende finaliteit van zijn deelname aan het teamoverleg moet duidelijk zijn voor ieder, ook voor de cliënt. De directie kan ook optreden als vertrouwenspersoon van de cliënten of hun ouders: in feite, of daarvoor specifiek aangesteld via bv. een klachten- of inspraakprocedure. Tenslotte kan de directie ook gedeeltelijk optreden als hulpverlener en bv. een beperkt aantal begeleidingen opnemen.

Er is natuurlijk wel het **aansprakelijkheidsaspect**: art 1384 van het Burgerlijk Wetboek stelt dat de "aansteller verantwoordelijk is voor de schade die door zijn aangestelde wordt veroorzaakt in de uitoefening van hun bediening." Dit geldt ook ten aanzien van niet-contractueel "aangestelden". Dit betekent dat de directie (als werkgever of afgevaardigde van de beheerders) aansprakelijkheid draagt bij de schending van het beroepsgeheim door de ondergeschikten. Een rechtspersoon kan (sinds 1999) ook strafrechtelijke verantwoordelijkheid dragen, maar op de vraag of een welzijnsvoorziening (als voorziening) ook het misdrijf "schending van het beroepsgeheim" kan plegen, antwoordt Stefaan Baeten dat dit niet kan, want er is ten aanzien van de vzw op zich geen sprake van een vertrouwensrelatie, dus is het beroepsgeheim niet van toepassing. Wat de burgerrechtelijke aansprakelijkheid inzake schending van het beroepsgeheim betreft kan er een onderscheid gemaakt worden tussen contractueel en extracontractueel personeel. Er is de aansprakelijkheid van de voorziening bij een fout van een "aangestelde", die handelt

onder gezag, leiding of toezicht... en er is dus ook een vordering tot schadevergoeding mogelijk. Men is echter slechts persoonlijk verantwoordelijk als er een zware fout aangetoond wordt.

Naast het strikte beroepsgeheim is er ook de **discretieplicht** van werknemers. Die vindt haar oorsprong in Art. 17, van de Arbeidsovereenkomstenwet: hierin is het verbod opgenomen om fabrieksgeheimen, zakengeheimen of geheimen in verband met vertrouwelijke of persoonlijke aangelegenheden (in de context van de werksfeer) bekend te maken. Schending hiervan is reden tot ontslag om dringende redenen. Het onderscheid met het beroepsgeheim bestaat hierin dat de discretieplicht niet geldt ten aanzien van info die men ten persoonlijke titel verkreeg; er is geen zwijgrecht ten opzichte van hiërarchische meerderen; het betreft geen bepaling in het strafwetboek en de discretieplicht kan niet ingeroepen worden tegenover een rechtbank die oproept om te getuigen.

De directie heeft ook een bepaalde verantwoordelijkheid tegenover de **overheid**. Soms moet informatie bekendgemaakt worden aan de opdrachtgevende overheid in uitvoering van een rapportageopdracht (problematiek forensisch welzijnswerk). Hierover dient duidelijke informatie gegeven te worden aan de cliënt. Het is belangrijk dat er op dit valk ondubbelzinnige afspraken gemaakt worden met de opdrachtgevers. Ook hier is de relevantiefilter van belang.

Men moet op basis van sectorspecifieke reglementering of decreten bepaalde informatie over de werking (hulpverlening) aan de overheid doorgeven



om te voldoen aan de voorwaarden met betrekking tot erkenning en subsidiëring. (Het is in dit verband opmerkelijk dat er geen onafhankelijk orgaan of een beroepsinstantie bestaat om bij discussie hierover te beslissen. Hier verschilt het 'statuut' van de welzijnswerker duidelijk van dat van de gezondheidswerker.) In dit kader is men ook verplicht inspectie toe te laten in de voorziening. De vraag kan gesteld worden hoe het zit met de toegang tot cliëntgegevens door de inspectie. Tenslotte zijn er nog de geanonimiseerde gegevens in het kader van een bevraging, enquête of al dan niet verplicht (statistisch) jaarverslag. Uiteraard zijn er geen problemen bij anonieme gegevens.

De **verantwoordelijkheid van de directie** inzake cliënteninformatie-uitwisseling ligt in de eerste plaats bij het scheppen van een cultuur van vertrouwen en overleg. Rekening houdend met de sectorspecifieke reglementering kan men overgaan tot het opstellen van een globaal kader voor het omgaan met informatie-uitwisseling in de eigen teams, in een netwerk van hulpverleners, naar derden toe, en naar de overheid. De directie is ook verantwoordelijk voor de aandacht voor de materiële bescherming van de toegang tot vertrouwelijke gegevens en heeft ook aandacht voor de aansprakelijkheidsaspecten in dit verband.

Uit een korte rondvraag naar de specifieke problemen waarmee directies zich geconfronteerd zien, bleek dat velen zich vragen stellen bij de eis van **inspecties** tot toegang tot cliëntgegevens. In eerste instantie moet de specifieke sectorale reglementering geraadpleegd worden. Zo is men onder andere in de sector van de bijzondere jeugdzorg alsook in de gehandicaptenzorg

decretaal verplicht een inspectiedienst inzage in cliëntendossiers toe te staan. Daarop rees de vraag hoe de zaken er dan voorstaan in het geval dergelijke sectorspecifieke reglementering ontbreekt en een cliënt zich verzet tegen het feit dat een inspecteur diens dossier inkijkt of diens persoonlijke leefruimte betreedt. Een aanwezige dacht dat een soort deontologische raad (cf. orde van advocaten of geneesheren) die zich over dergelijke kwesties buigt, mogelijks een oplossing kan bieden. Volgens de heer Baeten doen directies er in dergelijke situaties goed aan de cliënt uit te leggen dat zelfs een directeur van een voorziening een inspecteur zijn recht tot inzage niet kan ontzeggen. Op die manier voldoen zij aan hun ethische beroepsplicht.

Een deelnemer die actief is in de bijzondere jeugdzorg meende in dat verband een paradox te kunnen onderkennen: een directeur van een voorziening, die louter zijn directiefunctie uitoefent en bijgevolg als derde ten aanzien van zijn hulpverleners optreedt, heeft geen inzagerecht in cliëntgegevens, terwijl een inspecteur de inzage niet kan geweigerd worden. Waar de hulpverlener met andere woorden bepaalde informatie ten aanzien van diens directeur kan afschermen op basis van het beroepsgeheim, kan de directeur zich tegenover de inspecteur niet beroepen op het bestaan van dergelijke rechtsfiguur.

In verband met de controle door de **inspectie** werd gesteld dat deze in feite vooral moeten controleren of de dossiers er zijn, en of ze volgens de regels van de kunst opgesteld werden... Maar hoe kan men dit in de praktijk controleren, zonder ze in te zien? Kan men de mogelijkheid voor-

zien om dossiers te anonimiseren? Op de vraag of de inspectie kamers mag zien, werd gesteld dat men hiervoor, vanuit het respect voor de privacy, (vanaf een zekere leeftijd) de toestemming van de jongere moet vragen. De vraag werd gesteld of het voldoende is hierover bepalingen in de eigen visieteksten of in het eigen kwaliteits-handboek op te nemen. Men stelt vast dat er in de welzijnssector in dit verband geen druk van een beroepsorganisatie is (zoals dat in de medische sector wel is).

Vervolgens werd opgemerkt dat de directie om het geheel van de werking en de hulpverlening in goede banen te leiden ook het sociaal reilen en zeilen van de voorziening moet kennen en aldus **soms nood heeft aan gepersonaliseerde informatie**. Ter verduidelijking van deze bemerking werd volgend praktijkvoorbeeld uit de gehandicaptenzorg aangehaald. Op vraag van een cliënt staan de teamleden toe dat een seksfilm bekeken wordt. De directeur die daarvan niet op de hoogte was gebracht en die toevallig de ruimte betrad waar de film werd vertoond, gaf het bevel de film onmiddellijk stop te zetten. Volgens de aanwezigen had deze situatie vermeden kunnen worden indien de teamleden de directeur deze vertrouwelijke informatie hadden toevertrouwd. De heer Baeten was echter van oordeel dat op dergelijk geval de zorgvuldigheidscriteria moeten toegepast worden. In ieder geval afzonderlijk moet nagegaan worden of het noodzakelijk is bepaalde gegevens te verkrijgen om de directiefunctie naar behoren uit te oefenen. De toepassing van de relevantiefilter zou er in casu toe geleid hebben dat het aan de directie vrijgeven van de identiteit van

de betrokken cliënt als irrelevante informatie wordt bestempeld. Hieruit blijkt dat het juridisch kader niet altijd nauw aansluit bij de praktijk en bijgevolg komen de zorgvuldigheidscriteria van het advies handig van pas.

Uit het debat kwam ook naar voor dat in sommige voorzieningen de afspraak is gemaakt dat de directie de verslaggeving van hulpverleners waarin vertrouwelijke cliëntinformatie is opgenomen, mag inkijken. Met verwijzing naar de inleidende uiteenzetting plaatste een aantal aanwezigen vraagtekens bij deze praktijk. Men kon erin komen dat de directeur over bepaalde informatie dient te beschikken om efficiënt te kunnen werken en om toezicht te kunnen houden op de kwaliteit en de kwantiteit van de hulpverlening, maar sommigen vroegen zich af hoe het dan moet met de vertrouwenscontext waarin een cliënt zijn hulpverlener bepaalde zaken toevertrouwt. Een pasklaar antwoord kon niet gegeven worden en bijgevolg lijkt verdere discussie hieromtrent op het niveau van de voorziening dan ook wenselijk.

De **directie** is wel verantwoordelijk voor het beroepsgeheim, maar indien iemand hiertegen zondigt, is dit geen grond om hem bv. te ontslaan. Dit kan pas na een gerechtelijke uitspraak in die zin. (Het beroepsgeheim is een strafwetbepaling!) Daarom is het werkbaarder om in het eigen arbeidsreglement van de voorziening bepalingen in verband met de discretieplicht op te nemen. Indien hiertegen gezondigd wordt, is er sprake van een beroepsfout, en kan men op basis hiervan sanctioneren. (In dit verband voorziet men ook best een bepaalde gradatie in de sancties!) Belangrijk hierbij is de medewerkers vooraf dui-

delijk te informeren, hier vorming rond te geven en overleg te organiseren.

**Boekhouders** van de voorziening hebben zicht op de financiële toestand van de ouders voor bv. de berekening van de ouderbijdrage. Wat wordt hierover vooraf aan wie gecommuniceerd? Ook hierrond moet men duidelijkheid creëren! Vaak is dit wel het geval rond informatie-uitwisseling in de teamwerking, maar niet in verband met facturatie e.d.

Wat als **niet-hulpverlenend personeel** geconfronteerd wordt met probleemgedrag? Het is niet nodig om aan hen persoonlijke gegevens door te geven; dit kan tegenover hen in een algemene vorming opgenomen worden.

In **informele contacten** wil men wel eens 'losjes omgaan' met het beroepsgeheim... Ook hierop moet men attent zijn!

De gewoonte bestaat in sommige voorzieningen om de gasten bij vertrek een fotoboek mee te geven (ikboek, levensboek, enz.) Hoe zit het met de bescherming van de privacy van de andere bewoners? In principe moet er toestemming van de ouders zijn om foto's te mogen publiceren naar buiten... Anderzijds is er ook zo iets als een recht op zijn eigen levensgeschiedenis... Ook hierover kan men afspraken maken, vooraf bespreken met de ouders hoe men hiertegenover staat. Een individueel fotoboek is natuurlijk iets anders dan een publicatie over de voorziening of het op internet plaatsen van deze foto's. Zulk fotoboek is eigen aan het kind (en ook

eigendom van het kind), en niet van de voorziening!

Wat met ouders die iets tegen een andere ouder vertellen, dat de hulpverlener als geheim ervaart? Dit wordt een soort '**publiek geheim**' ... Ook dit mag men niet schenden! Zo kan men geconfronteerd worden met ouders die het de voorziening kwalijk nemen dat ze niet weten dat een leefgroepslid in het ziekenhuis ligt: "Anders zouden we op bezoek gaan..."

Of anderzijds: als het over besmettelijke ziekten gaat: dit mag in de groep niet bekendgemaakt worden, want het behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de persoon zelf om dit wel of niet te zeggen. Als hij toch een gevaar betekent voor de andere leefgroepsleden, dan moet men, zonder het geheim te schenden, beschermingsmaatregelen nemen.

De **conclusie** van deze workshop luidde dat de toepassing van de juridische figuur van het beroepsgeheim in de praktijk niet altijd even vanzelfsprekend is en dat deze vaak heel wat vragen doet rijzen. Alle deelnemers waren het er echter volkomen over eens dat de sterk uiteenlopende werelden van theorie en praktijk dichter bij mekaar kunnen gebracht worden door in de praktijk een juridisch kader in combinatie met een ethisch kader te hantieren.

*Verslag:  
Eveline Ankaert,  
assistente Instituut voor Sociaal Recht,  
K.U.Leuven, en  
Fons Geerts,  
stafmedewerker Vlaams Welzijnsverbond*

*Inleiding en verslag workshop 7*

# VRIJWILLIGERS ONDERSTEUNEN BIJ DE NALEVING VAN HET BEROEPSGEHEIM

Liliane KROKAERT<sup>1</sup>

*In deze bijdrage wordt de problematiek van beroepsgeheim en discretie in het werken met vrijwilligers belicht. Maar eerst wordt stilgestaan bij de aanpak van Caritas Gemeenschapsdienst en de accenten die men er legt. De benadering van het onderwerp gebeurt niet als juriste of als ethica, maar veeleer als een analyse vanuit de dagelijkse praktijk van het werken met vrijwilligers.*

## Caritas Gemeenschapsdienst en de visie op vrijwilligerswerk

Het is belangrijk om eerst de werking van Caritas Gemeenschapsdienst te situeren. Caritas Gemeenschapsdienst is een vrijwilligersorganisatie die zich uitsluitend bezig houdt met de concrete ondersteuning van vrijwilligers en vrijwilligerswerk binnen de setting van een voorziening, en met de uitbouw van dat vrijwilligerswerk.

### Visie

Voor het vrijwilligerswerk gaat Caritas Gemeenschapsdienst uit van enkele fundamentele basisprincipes. Zo vertrekt vrijwilligerswerk bij Caritas Gemeenschapsdienst altijd vanuit de filosofie dat elk vrijwillig engagement ten goede moet komen aan de patiënt, de

bewoner, de gebruiker of de cliënt, en dit rechtstreeks of onrechtstreeks. Het rechtstreekse contact met de hulpvrager staat centraal. Vrijwilligers kunnen een aantal (kleine) taken uitvoeren, en deze taken zijn op zich al belangrijk, maar zijn tegelijk een middel om makkelijker in contact te treden met de mens die ziek of oud is of een handicap heeft. Ook taken die geen contact met de hulpvrager meebrengen zijn mogelijk, op voorwaarde dat ze wel expliciet ten goede komen aan de bewoners of gebruikers in de voorziening.

Vrijwilligers mogen niet personeelsvervangend optreden. Dit is belangrijk, zowel voor de bescherming van de werknemer, als voor de vrijwilliger zelf. Vrijwilligerswerk dat door Caritas Gemeenschapsdienst ondersteund en omkaderd wordt, kan niet de bedoe-

<sup>1</sup> De auteur is nationaal verantwoordelijke van Caritas Gemeenschapsdienst vzw, Vanderlindenstraat 17, 1030 Brussel, tel. 02 248 10 42, e-mail: info@caritasgemeenschapsdienst.be, website: www.caritasgemeenschapsdienst.be. Deze tekst werd aangevuld, onder meer met de elementen uit de discussie, door Krista Telemans, stafmedewerker bij het Vlaams Welzijnsverbond.



ling hebben om kostenbesparend te werken voor de voorziening. Het betekent integendeel een meerwaarde voor de patiënt of bewoner én voor de voorziening, en vraagt van daaruit ook een zekere inzet van middelen.

### Organisatie

Caritas Gemeenschapsdienst is erkend als vereniging van georganiseerd vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidssector in het kader van het decreet van 1994. Als vrijwilligersorganisatie maakt Caritas Gemeenschapsdienst deel uit van de sector vrijwilligerswerk binnen het Vlaams Welzijnsverbond.

Het vrijwilligerswerk van Caritas Gemeenschapsdienst situeert zich voor een derde in algemene ziekenhuizen, voor ruim een kwart in de ouderenzorg, ca 15% op palliatieve eenheden en ook 15% in psychiatrische centra, 6 à 7% van de vrijwilligers zijn actief in voorzieningen voor personen met een handicap en dan nog enkele procenten in andere settings. Vanuit zijn geschiedenis – Caritas Gemeenschapsdienst is in eerste instantie gegroeid in de ziekenhuiswereld – heeft men van in het begin veel aandacht gehad voor het aspect privacy en beroepsgeheim, ook in de vrijwilligerswerking.

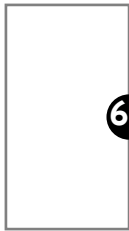
Binnen de ondersteuning die men biedt aan vrijwilligers en voorzieningen gaat zeer veel aandacht naar de vorming en de begeleiding. Men verwacht van elke vrijwilliger dat hij een minimale basisvorming volgt, waar een aantal belangrijke attitudes in het vrijwilligerswerk aan bod komen. Eén daarvan is het respect voor het beroepsgeheim. Dit was reeds het geval van bij het begin van de werking, en wordt nu nog extra bena-

drukt en ondersteund door de bepalingen in de nieuwe wet betreffende de rechten van de vrijwilligers van 3 juli 2005. In artikel 4, e) van deze wet staat over de organisatienota die door de organisatie aan de vrijwilliger moet bezorgd worden *“dat de activiteiten inhouden dat de vrijwilliger geheimen kan vernemen ten aanzien waarvan hij gehouden is tot de geheimhoudingsplicht bedoeld in artikel 458 van het Strafwetboek, waarbij dat artikel integraal wordt overgenomen.”*

### Vrijwilligerswerk en beroepsgeheim

Op welke wijze wordt de aandacht voor het beroepsgeheim, en breder voor discretie, overgebracht? Elke nieuwe vrijwilliger van Caritas Gemeenschapsdienst ontvangt een basisbrochure ‘Werken als vrijwilliger’, waarin uitgebreid aandacht wordt besteed aan het beroepsgeheim. In de basisvorming die op het niveau van de voorziening of provinciaal gegeven wordt, is het respect voor het beroepsgeheim een van de onderdelen. Op vraag verzorgt Caritas Gemeenschapsdienst in de voorziening ook een aparte vorming rond beroepsgeheim en discretie. Ook op provinciaal (diocesaan) niveau wordt er af en toe uitgebreider aandacht besteed aan dit item tijdens een specifieke vorming.

In de basisbrochure ‘Werken als vrijwilliger’ wordt uitleg gegeven over volgende aspecten: de inhoud van het begrip ‘beroepsgeheim’; voor wie geldt het beroepsgeheim; wat valt er onder het beroepsgeheim; en wat is de plaats van de vrijwilliger binnen dat alles? In de vorming met de vrijwilligers worden deze punten breder gesitueerd. Hiervoor wordt vertrokken





vanuit concrete voorbeelden, situaties die de vrijwilligers eerst in groep bespreken en beoordelen.

Twee voorbeelden van situaties:

– *Mevrouw Baert, 43 jaar, is een terminale kankerpatiënte en ligt op de palliatieve eenheid. Mevrouw is van jouw parochie en natuurlijk wordt er veel over gepraat. Je beste vriendin kent deze patiënte en ze weet dat jij vrijwilligerswerk doet in het ziekenhuis. Ze vraagt jou op welke kamer mevrouw Baert ligt. Jij geeft het nummer.*

– *Mieke is vrijwilligster in een centrum voor beschut wonen, waar Dirk woont. Zijn familie woont in haar wijk. Ze verneemt dat de mama van Dirk kanker heeft op een overleg met personeel in de voorziening. De buurvrouw vraagt aan Mieke: "Zeg, hoe is het met Dirk?" Mieke antwoordt: "Toch erg, hé! Nu heeft zijn mama ook nog kanker gekregen."*

Kan dit? Is dit een schending van het beroepsgeheim? Deze voorbeelden illustreren dat het begrip beroepsgeheim zeer breed is en veel omvat. Het schudt de mensen ook wakker dat ze hiervoor moeten opletten. Vrijwilligers denken vaak dat dit op hen niet van toepassing is, en 'dat het toch geen kwaad kan'. In de vorming wordt dan ingegaan op een aantal aspecten.

### ***Wat moet je als vrijwilliger wel of niet weten?***

Dit hangt samen met de functie van de vrijwilliger. Een moeilijkheid bij het beroepsgeheim is de plaats die men inneemt als vrijwilliger. Ook al behoort men tot het team van zorgverleners, toch is het niet nodig dat men alle persoonlijke gegevens van de patiënt kent. Zelfs medische gegevens hoeft men niet te kennen. Vrijwilligers zijn er immers niet voor de (lichamelijke) verzorging, maar voor dat extra

stukje persoonlijke aandacht. En dat kunnen ze ook geven zonder een volledige dossierkennis. Elke zorgverlener moet alleen die medische gegevens kennen die hij nodig heeft om zijn functie te kunnen uitoefenen.

Een voorbeeld:

*Je hoeft bijvoorbeeld niet te weten welke behandeling een patiënt krijgt, maar als je de patiënt een kop koffie wil aanbieden, moet je wel weten of het gaat om een diabetespatiënt of niet, zodat je weet of hij al dan niet suiker bij de koffie kan nemen.*

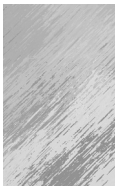
### ***Je verneemt als vrijwilliger dingen die de andere zorgverleners niet weten***

Wanneer men als vrijwilliger iets verneemt dat belangrijk kan zijn voor de zorg, dan gaat men best eerst in gesprek met de cliënt en motiveert men waarom men vindt dat deze informatie moet doorgegeven worden aan de begeleiding of verpleging. Indien de persoon toch niet wenst dat deze informatie doorgegeven wordt, moet men de afweging maken tussen de schending van de privacy of het belang van de vertrouwensrelatie. Dit is een blijvend knelpunt. In elk geval is het belangrijk om de eigen houding mee te delen en te verantwoorden ten aanzien van de cliënt.

Een voorbeeld:

*Je bent vrijwilliger en de patiënt vertelt je dat hij zijn medicatie niet neemt. Hij vraagt je om dit niet te zeggen aan de verpleegkundigen. Je voelt je hiermee verveeld en zegt het toch tegen de verpleegkundige. Is dit een schending van het beroepsgeheim?*

Dit is een voorbeeld dat niet gemakkelijk is en dat liefst een uitgebreide bespreking vraagt. Zo vragen wij hierbij aandacht voor volgende aspecten.



Luister naar de andere: waarom zegt hij dit; waarom aan jou; is er een achterliggende boodschap? Wees eerlijk tegen de andere. Wat doe je met zaken die jou in vertrouwen gezegd worden? Hierbij wordt het belang onderstreept om dit af te wegen aan de hand van een aantal zorgvuldigheidscriteria, zoals in het advies en door professor Axel Liégeois voorgesteld wordt.

*Waarom?* Met welk doel wordt de informatie meegedeeld?

*Wie?* Is de informatieontvanger voldoende betrokken? Kan de informatieontvanger de informatie verwerken? Wie is de meest geschikte informatieverstrekker?

*Wat?* Is de informatie relevant? Is de hoeveelheid informatie gepast? Is de informatie gegrond en betrouwbaar?

*Hoe?* Wordt de informatie vertrouwelijk meegedeeld? Wat zijn de gunstigste omstandigheden om de informatie mee te delen? Kan de cliënt aanwezig zijn bij het meedelen van de informatie?

Besluit van de bespreking van dit voorbeeld is meestal genuanceerd: dat je deze informatie soms wel en soms niet moet doorgeven aan het personeel, maar zeker nooit zonder het eerst uitdrukkelijk te zeggen aan de ander. Het blijft een discussiepunt, dat evenwel iets wakker maakt bij de vrijwilliger en hem doet nadenken over deze problematiek.

***Soms word je geconfronteerd met vragen waar je zelf geen antwoord op kan geven***

De vrijwilliger is immers geen specialist. Het kan hierbij gaan over sociale, familiale of financiële problemen, religieuze of psychologische vragen.

Enkele voorbeelden:

– Marie woont in een rusthuis en is onge-

*rust over haar kinderen. Ze komen haar nog wel bezoeken, maar ze voelt de achterliggende spanningen aan. Ze denkt dat ze ernstige ruzie hebben. Vrijwilligster Adriënne stelt voor om eens te polsen bij de oudste zoon, want die woont bij haar in de straat.*

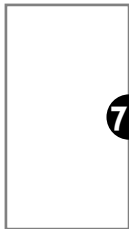
– Een patiënt had aan een vrijwilligster verteld over zijn financiële problemen en dat hij nergens een tegemoetkoming kon krijgen. De vrijwilligster had daarop gereageerd dat haar broer in de raad van het OCMW zat en dat ze eens zou informeren. Nu blijkt dat de patiënt gekend is bij het OCMW en al verschillende keren geschorst werd van het bestaansminimum.

In de bespreking leggen we het accent op de grenzen van de vrijwilliger, dat hij niet zelf mag gaan behandelen, en ook op het belang van goed te luisteren en pas dan – met medeweten van de hulpvrager – zaken door te geven aan de verantwoordelijke van de dienst of van het huis. Het moet van in het begin duidelijk zijn wat de vrijwilliger mag en kan, soms moeten zijn goede bedoelingen ingeperkt worden.

Ook bij diepere levensvragen kan je als vrijwilliger wel hulp bieden, maar ben je geen specialist. Je kan bijvoorbeeld de patiënt aanraden eens met een priester of een geloofsgenoot te praten, of eens een psycholoog te consulteren. Stap als vrijwilliger echter nooit op eigen initiatief naar een gespecialiseerde dienst. Overleg eerst met de verantwoordelijke van de afdeling en stel voor dat de patiënt of de bewoner zelf contact legt.

Dan is er ook het belangrijke luik van de eigen verwerking als vrijwilliger

Ook de vrijwilliger moet dat wat hij verneemt kunnen verwerken, kunnen luchten... Intervisie bij vrijwilligers is daarom ook van belang. Dit kan bij voorbeeld in



een vergadering samen met andere vrijwilligers en onder leiding van een verantwoordelijke, of via een verslag zonder namen te noemen.

Als vrijwilliger kan je vaak geconfronteerd worden met pijnlijke situaties. Een overlijden, een gesprek met een bewoner of een familielid kan je leven overhoop halen. Afhankelijk van hoe je jezelf op dat moment voelt, kan het je feller aangrijpen dan je zelf wil. Hierover praten kan heel wat helpen. Sommige vrijwilligers hebben er behoefte aan dit te delen met de partner of met vrienden. Hoewel dit een logische en algemeen geaccepteerde manier is voor mensen om "het werk van zich af te zetten", moet men ervan bewust blijven dat het hier om vertrouwelijke informatie gaat. Familieleden kunnen immers zonder te weten hun mond voorbij praten. Wees hierbij dus erg voorzichtig dat je de geheimhouding niet schendt.

Enkele tips hierbij. Wijs de gesprekspartner op het beroepsgeheim en vraag strikte vertrouwelijkheid. Noem de bewoner niet bij naam. Vertel niet meer dan nodig. Het heeft geen zin om iedereen op te leggen om te zwijgen over hun werk, maar men mag wel wijzen op de mogelijke gevolgen wanneer men er wel over praat.

## ENKELE ELEMENTEN UIT DE DISCUSSIE

In de bespreking werd gezegd dat beroepsgeheim bij vrijwilligers ook afhankelijk is van het soort vrijwilligerswerk, zo zou een vrijwilliger die ingeschakeld wordt in het team van de palliatieve eenheid meer te maken hebben met beroepsgeheim dan een bezoeker/vrijwilli-

ger in een rusthuis. Op het eerste zicht lijkt dit waar, maar in elke situatie van de zorg kan de vrijwilliger geconfronteerd worden met vertrouwelijke informatie en moet hij daar ook zorgvuldig mee omgaan.

Binnen palliatieve zorg, ziekenzorg, pleegzorg, ... sluit de opdracht van de vrijwilliger nauwer aan bij mantelzorg. Binnen een ziekenhuis zitten de vrijwilligers meer op het kruispunt tussen professionelen en mantelzorgers, zij dragen er bij voorbeeld ook een naamplaatje, hebben soms een schort aan, enz... De meeste vrijwilligers beschouwen zichzelf als verlengde van de mantelzorgers.

Er werd gesteld dat beroepsgeheim en privacy al een item zou moeten zijn bij de selectie van de kandidaat-vrijwilliger. Vrijwilligers zijn 'goede' mensen, willen 'goed' doen en zijn er zich vaak niet van bewust dat het beroepsgeheim ook op hen van toepassing is. Veel vrijwilligers hebben niet deelgenomen aan een scholing of opleiding die aandacht heeft gevraagd voor het beroepsgeheim, en kennen dan ook vaak de consequenties niet. Er is echter nog nooit een rechtszaak geweest die een vrijwilliger heeft veroordeeld, want hij heeft niet 'met opzet' het beroepsgeheim geschonden...

Ook hulpverleners maken fouten, geven soms informatie aan de vrijwilliger door die niet echt relevant is voor de opdracht die de vrijwilliger heeft. Vrijwilligers willen erkenning voor hun inzet, hebben de behoefte om gezien te worden, en doen daardoor soms hun verhaal met als risico dat de geheimhouding wordt geschaad. Als coördinator van het vrijwilligerswerk moet men dit goed kunnen inschatten en de vrijwilliger voldoende kunnen ondersteunen en waardering geven.

*Inleiding en verslag van workshop 8***BEROEPSGEHEIM EN  
KWALITEITSZORG IN DE  
HULPVERLENING**

Lieve PANNEMANS'

*Het ethisch advies formuleert een aantal aandachtspunten waarmee men rekening moet houden bij het zoeken naar een antwoord op de vraag in hoeverre en onder welke voorwaarden cliëntinformatie doorgegeven en uitgewisseld kan worden tussen partners die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken worden bij de hulpverlening. Het ethisch advies van het Vlaams Welzijnsverbond is afgelijnd als beroepsgeheim en informatiestromen in (het kader van) de hulpverlening, en pleit vanuit ethisch standpunt voor zorgvuldigheid bij het uitwisselen van informatie tussen hulpverleners.*

*In deze bijdrage willen we een concrete invalshoek zoeken om de plaats van de ethische reflectie binnen het kwaliteitsbeleid te verkennen en te specificeren. Geeft het kwaliteitsbeleid in de hulpverlening aandacht voor beroepsgeheim en privacy en verloopt dit zorgvuldig? Het zal al vlug duidelijk worden dat er hierbij nog vele vragen naar boven komen. De zorgvuldigheidscriteria van het ethisch advies zijn een goede leidraad om een antwoord op onze vragen te zoeken.*

72

**Aspecten van beroepsgeheim en privacywetgeving**

In welke mate komen deze aspecten aan bod bij het doorgeven van 'vertrouwelijke' informatie over cliënten aan anderen via alle mogelijke informatiedragers in het kwaliteitsbeleid en in de SMK's? Een overzicht van welke elementen expliciet in de SMK's of minimale vereisten van het kwaliteitshandboek opgenomen zijn in de verschillende sectoren.

**Gehandicaptenzorg en revalidatiecentra:**

**KHB:** Geschreven referentiekader privacy

**SMK 1.3.3:** De voorziening respecteert de privacy van de gebruiker, rekening houdend met de eigenheid van de gebruiker

**Centra voor ontwikkelingsstoornissen:**

**SMK 2.1:** Respect voor de cliënt en

<sup>1</sup> De spreker is stafmedewerker directie en kwaliteitscoördinator van Dienstverleningscentrum Sint-Jozef te Antwerpen. Contact: l.pannemans@dvc-sintjosef.be. Deze tekst werd onder meer aangevuld met een verslag van de bespreking in de werkgroep door Linda Beirens, stafmedewerker van het Vlaams Welzijnsverbond.

zijn systeem

SMK 2.1.1: Een dienstverlening conform de wet op de privacy

### ***Bijzondere jeugdzorg:***

SMK 1.4: Grondrechten en gebruikersrechten: de voorziening waarborgt het respecten van de grondrechten en de gebruikersrechten

SMK 1.4.1: De voorziening verstrekt de nodige informatie aan de gebruikers en regelt de toegankelijkheid in de dossier en de afschriften van gegevens. Zij respecteert hierbij de vertrouwelijkheid van de gegevens.

SMK 2.1: Rechten: de voorziening respecteert de wetgeving m.b.t. de minderjarigen, de ouders, de voogdij, de rechterlijke beslissingen daaromtrent.

### ***Centra Integrale Gezinszorg:***

SMK 2.1: Met respect voor rechten van mens en kind

SMK 2.2.1: Het CIG respecteert de rechten van elke cliënt en besteedt in de werking bijzondere aandacht aan de perspectieven van het kind.

SMK 2.1.2: Het CIG respecteert de privacy van elke cliënt en het cliënt-systeem.

### ***Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning:***

SMK 19: Het centrum staat in voor een methodische en planmatige hulpverlening. Van ieder begeleid kind en het gezin waartoe het behoort wordt een dossier aangelegd met volgende elementen: ..... Het dossier is vertrouwelijk.

SMK 24: Het centrum respecteert de geldende wetgeving inzake het beroepsgeheim. Het garandeert de betrokkenen toegang tot hun dossier overeenkomstig de bepalingen van de wet van 8 december 1991 tot bescherming van de persoonlijke levens-

sfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

### ***Dienst voor opvanggezinnen:***

SMK: De voorziening waakt erover dat de verzamelde persoons- en medische gegevens op die manier worden beheerd dat zij de persoonlijke levenssfeer en de integriteit van de gebruiker niet schenden.

### ***Kinderdagverblijven:***

SMK: De voorziening waakt erover dat de verzamelde persoons- en medische gegevens op die manier worden beheerd dat zij de persoonlijke levenssfeer en de integriteit van de gebruiker niet schenden.

### ***Initiatieven buitenschoolse opvang:***

?

We zien dat de sectoren dit niet op dezelfde manier hebben ingevuld. De meeste sectoren nemen privacy op in de SMK's, enkel gehandicaptenzorg vraagt om een referentiekader rond privacy te beschrijven in het kwaliteitshandboek. We kunnen ons de vraag stellen of dit volstaat.

### **Elementen uit de wet**

De klassieke interpretatie van de 'zwijgplicht' laat in de hulpverlening geen enkele communicatie over de gebruiker toe omdat personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen, die hun zijn toevertrouwd, deze niet mogen bekend maken. Toch komt men situaties tegen waarbij men de zwijgplicht moet doorbreken of dat men informatie moeten delen met andere teamleden. Op dit vlak is het goed om afspraken te maken binnen de voorzie-



ning. Hierbij kan men best goed omschrijven waar en door wie deze afspraken gemaakt worden, en hoe en door wie het bewaken van de uitvoering gebeurt. Dit kan men zowel in de functieomschrijvingen als in de beschrijving van de overlegorganen opnemen.

Binnen het kwaliteitsbeleid zou elke voorziening een kader kunnen uitwerken over het omgaan met het beroepsgeheim en informatie over de cliënt. Dit biedt een goede houvast aan medewerkers. Een duidelijke communicatie van dit referentiekader aan de cliënten biedt ook een houvast voor de bescherming van hun persoonlijke levenssfeer en veiligheid binnen de hulpverlening. Bij het uitwerken van een referentiekader moet men niet enkel rekening houden met de wet op de privacy, maar ook met de recente regelgeving zoals de wet patiëntenrechten en het decreet op de rechtspositie van minderjarigen in de hulpverlening.

74

### Welke procedures en afspraken zijn gewenst?

De laatste jaren ontstaan er steeds meer **samenwerkingsverbanden** en netwerken. Samenwerken houdt het uitwisselen van informatie in. De laatste jaren zijn ook de technische mogelijkheden uitgebreid. Er is niet alleen meer schriftelijke of mondelinge uitwisseling van informatie. Daarom is het noodzakelijk om afspraken te maken indien men werkt met een geautomatiseerd centraal dossier. Wie krijgt toegang tot welke informatie? Op dit vlak pleiten we voor het maken van duidelijke afspraken en om deze te verankeren aan het referentiekader over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de cliënt. De kernprocedures kunnen ook verwijzen

naar het referentiekader en de afspraken. Op die manier krijgt de cliënt goede garanties.

Daarnaast kunnen we bij de selectie en aanwerving van **medewerkers** dit aspect belichten en later vorming en ondersteuning voor alle medewerkers structureel opnemen in het VTO-beleid van de voorziening.

Een derde aspect dat we onder de loep nemen, is het **overleg over de cliënt**. Het ethisch advies suggereert het uitwerken van een algemene visie en beleid over het uitwisselen van informatie met de belangrijkste partners in de hulpverlening. Deze algemene en niet casusgebonden visie en beleid voorkomt dat de hulpverleners bij elke concrete casus opnieuw hun houding moeten bepalen. Het uitwerken van deze visie en beleid vergt intern en extern overleg met alle betrokkenen. De zorgvuldigheidscriteria uit het advies zijn ook hierbij richtinggevend.

Het regelmatig toetsen van de criteria kan een vast item worden in het overleg met de cliënten, binnen het teamoverleg en op het niveau van de organisatie. Het is ook nuttig in het overleg met de cliënt te omschrijven wie in de overlegorganen deelneemt aan de besprekingen over de cliëntsituaties, in welke mate stagiairs kunnen deelnemen, enz. Vaak wil iedereen overal bij zijn, maar kan dat wel?

Het verankeren van de afspraken in de beschrijving van de overlegorganen over het al dan niet delen van informatie, biedt garanties voor de cliënten en duidelijkheid voor de medewerkers en derden. Het ethisch advies maakt een onderscheid tussen de verschillende partners en moedigt ons aan om een kritische bevraging te

doen aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria: hulpverleners moeten niet alle informatie met anderen delen. Het advies maakt er ons attent op om juist niet soepel om te gaan met het beroepsgeheim binnen netwerken, en zoveel mogelijk te overleggen met de cliënt welke informatie mag gedeeld worden, of deze enkel uit te wisselen in aanwezigheid van de cliënt. Deze zaken kunnen zowel binnen een algemene visie en beleid, als binnen een specifiek referentiekader of binnen de overlegorganen opgenomen worden.

### **Wat met de inspectie?**

De inspectie ziet toe op het voldoen aan de SMK's en de praktijk van de beschreven procedures. Omdat er in de meeste sectoren geen verplichting bestaat om het omgaan met het beroepsgeheim te beschrijven in het kwaliteitshandboek, bestaat er hierop geen specifiek systematisch toezicht vanuit de inspectie.

Gebruikers van voorzieningen in de gehandicaptenzorg hebben zich uitdrukkelijk verzet tegen het inzien van hun dossier door de inspectie. Ook al is de inspectie ook gebonden aan het beroepsgeheimen. De opdracht om toezicht te houden op de implementatie van het kwaliteitsdecreet heeft geleid tot een spanningsveld, dat tot op zekere hoogte werd uitgeklaard, maar toch nog tot ongenoegen leidt bij de cliënten.

### **Tot slot**

Het ethisch advies wijst op het belang van een cultuur van respect voor de privacy en voor het beroepsgeheim, ethisch verankerd in de hulpverlening door leefregels, afspraken rond priva-

cy en zorgvuldigheid, ...

We houden geen pleidooi voor verstikkende wetgevende initiatieven. We opteren voor het inbedden van dit gegeven in het bestaande kwaliteitssysteem van de voorzieningen door het expliciteren van leefregels, afspraken rond privacy en zorgvuldigheid, ... Dit biedt goede garanties aan de cliënten. Momenteel zijn de voorzieningen eerder vrij, men moet voldoen aan de SMK's, maar ook in de kernprocedures kan men verwijzen naar de algemeen geldende afspraken binnen de eigen voorziening, zodat deze niet vrijblijvend zijn, en ook binnen de overlegorganen kunnen duidelijke afspraken vastgelegd worden. Eens verankerd moeten we er werk van maken om de cliënten duidelijk te informeren en medewerkers op dit vlak vorming en ondersteuning te bieden.

Het uitgangspunt in de hulpverlening blijft gestoeld op een respectvolle omgang met cliënten.

### **ENKELE ELEMENTEN UIT DE BESPREKING**

In het ethisch advies ligt de klemtoon op het beroepsgeheim en de informatiestromen in (het kader) van de hulpverlening, niet op de problematiek van privacy, niet op het informeren van de cliënten zoals geregeld in de patiëntenrechten, niet op de privacywet. Het is opvallend dat in de SMK's van de diverse sectoren het beroepsgeheim als dusdanig niet is opgenomen. Er zijn wel SMK's geformuleerd rond privacy, informatieverstrekking, toegang tot gegevens,... Uit de rondvraag blijkt dat voorzieningen bijvoor-



beeld wel afspraken maken rond het publiceren van foto's van cliënten: soms wordt telkens toestemming gevraagd aan de cliënten of hun ouders, soms worden de afspraken opgenomen in het huishoudelijk reglement. Het meest opvallend is dat het onderscheid tussen beroepsgeheim en privacy niet altijd zo duidelijk is.

Het ethische advies pleit voor een zorgvuldig omgaan met het uitwisselen van informatie tussen hulpverleners: op welke manier wordt dit best aangepakt en geborgd? Om te voorkomen dat er een stringente regelgeving komt, kan het beroepsgeheim ingebed worden in het kwaliteitssysteem. De commissie kwaliteit is alleszins geen voorstander om elk actueel maatschappelijk probleem vertaald te zien in een SMK, toch schuift Minister Vervotte volgende SMK naar voor: "Voorzieningen en medewerkers moeten omzichtig omgaan met cliëntgegevens." Het is aan de voorzieningen om hieraan invulling te geven en het aantoonbaar te maken.

Waar kunnen we het beroepsgeheim borgen in het kwaliteitsbeleid? Men kan in de eigen voorziening een referentiekader uitschrijven over het omgaan met het beroepsgeheim en met informatie over de cliënt. Het nadeel aan deze aanpak is de toetsbaarheid. Werkbaarder is een visietekst uit te werken, die dan zijn uitvoering krijgt in concrete doelen. De doelen worden geformuleerd zowel naar de cliënten toe als naar de medewerkers, de partners en collega's in het werkveld en eventueel andere belanghebbenden. Hierbij kan worden vertrokken vanuit de zorgvuldigheidscriteria zoals voorgesteld in het ethisch advies.

Hoe men in de voorziening omgaat met het beroepsgeheim moeten we

communiceren binnen de voorziening, naar de cliënten, naar derden,... Wie dit op zich neemt, wordt best toegevoegd aan de functieomschrijving van het betrokken personeelslid. In de kernprocedures kan bijvoorbeeld in de doelstellingen verwezen worden dat zorgvuldig wordt omgegaan met het beroepsgeheim. In de overlegorganen waar cliëntgegevens worden besproken kan beschreven worden wie kan deelnemen aan het overleg. (Bijvoorbeeld geen deelname van stagiairs aan cliëntbesprekingen.) In de bijzondere jeugdbijstand is duidelijk omschreven dat ook de stagiairs en de logistieke medewerkers gebonden zijn door het beroepsgeheim.

Men kan zich de vraag stellen of men op een interne vormingsdag (met als doelgroep begeleiders, logistiek personeel) interne cases (op anonieme basis) ter bespreking kan voorstellen? Dit houdt zeker risico's in. Ook al is de casus op anonieme basis opgebouwd, de herkenbaarheid voor de eigen personeelsgroep kan groot zijn. Een casus kan enkel gebruikt worden indien deze relevant is voor het behalen van de doelstelling van de vorming en de cliënt wordt best betrokken bij de vorming.

Mag je informatie over een cliënt uitwisselen met zijn wettelijke vertegenwoordiger? Hierbij wordt best op voorhand afgesproken met de cliënt over welke informatie het gaat, en met wie deze zal uitgewisseld worden. Hierover kunnen bij de intake of bij de bespreking van het handelingsplan afspraken gemaakt worden.

Sommige voorzieningen hebben een aantal richtlijnen rond het bijhouden van cliëntgegevens. Een goede richtlijn hierbij is enkel relevante gegevens



te registreren en deze te noteren alsof de cliënt naast jou zit.

Het is niet altijd zo duidelijk met wie cliëntinfo mag worden uitgewisseld. Pleegouders zijn gebonden door het beroepsgeheim. Maar men stelt zich de vraag of men bevoegd is om hen bijvoorbeeld mee te delen dat het een aidskindje betreft? Hier gaat het om medische gegevens, die echter toch belangrijk zijn voor de goede opvang en verzorging van het kind.

Het is niet duidelijk hoe de inspectie in de toekomst toezicht zal houden op het naleven van het kwaliteitssysteem.

Het nieuwe geharmoniseerd decreet stelt dat toezicht op de kwaliteit van zorg een opdracht is voor de inspectie. Toezicht op de inhoud van de kwaliteit van zorg is geen opdracht voor de inspectie. De vraag blijft dan ook op welke manier dit gerealiseerd zal worden. Moeten we gaan registreren en gegevens doorgeven aan de inspectie? Wat moeten we registreren? Hoe wordt het beroepsgeheim gegarandeerd? Wat is de relevantie van deze rapportering? Op dit vlak blijven nog vele vragen, die nog lang niet beantwoord zijn.

## MEER WETEN?

Er is uiteraard het boek van Isabelle Van der Straete en Johan Put: **“Beroepsgeheim en hulpverlening”** (Uitgeverij die keure, Brugge, 2005, ISBN 90-5958-989-0, 48 euro). Dit standaardwerk bespreekt op een juridisch-wetenschappelijk verantwoorde en tegelijk toegankelijke wijze het beroepsgeheim in de hulpverlening. In het eerste hoofdstuk worden enkele belangrijke evoluties van en voor de welzijnszorg geschetst (professionalisering, samenwerking, emancipatie, informatisering); het tweede hoofdstuk zoomt in op geheim, beroepsgeheim en privacy; het derde schetst het toepassingsgebied van artikel 458 van het Strafwetboek (onder meer ook het verschil met de discretieplicht); hoofdstuk vier schetst de uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht (en staat onder meer stil bij het aangifte-recht en de hulpverleningsplicht aan mensen in nood) en hoofdstuk vijf gaat in op het recht op toegang tot de hulpverleningsdossiers en de problemen die zich hierbij stellen. Het zesde hoofdstuk schetst het ontstaan van de leer van het gedeeld beroepsgeheim, de voorwaarden om te kunnen spreken van gedeeld beroepsgeheim, de wetgeving en rechtspraak hierover en wat hierover in deontologische codes opgenomen werd. Tenslotte wordt het alternatief van het ‘gezamenlijk beroepsgeheim’ voorgesteld als een werkbare oplossing voor de hulpverlening in teamverband. Meer info: [www.diekeure.be](http://www.diekeure.be).

Op de website van de Ondersteuningsstructuur Bijzondere Jeugdzorg ([www.osbj.be](http://www.osbj.be)) vindt u onder ‘Juridische informatie’ onder meer twee artikels van de hand van Min Berghmans over ‘Inzage in het dossier bij het Comité Bijzondere Jeugdzorg’, en vooral over ‘**(Open) verslaggeving bekeken vanuit een juridische bril**’. Dit laatste gaat uitvoerig in op het beroepsgeheim, de discretieplicht, het doorbreken van het beroepsgeheim, rapportage, het geven van informatie aan de ouders, de privacywet, en tenslotte de (juridische) grenzen aan (open) rapportage.

---

De tekst van het **advies nr. 3** van de Ethische Commissie van het Vlaams Welzijnsverbond is eveneens te vinden op de website: [www.vlaamswelzijnsverbond.be](http://www.vlaamswelzijnsverbond.be), onder ‘Ethische Commissie’.

## DE AFWEZIGE DERDEN

*De ethische visie van Emmanuel Levinas*

Roger BURGGRAEVE<sup>1</sup>

78

Op grond van onze ervaring kunnen we spreken over de meervoudigheid van onze menselijke verantwoordelijkheid.

Met Paul Ricoeur kunnen we vooreerst spreken over een **'verantwoordelijkheid in de eerste persoon'**, in die zin dat we vanuit onszelf als vrijheidsvermogen instaan voor de ontplooiing, waarde en zingeving van ons eigen bestaan. Ons zijn is geen louter feit, maar een 'te zijn': een opdracht, die in confrontatie met de eindigheid een koppig streven wordt om het eigen zijn in stand te houden en te ontwikkelen. Deze strijd om te zijn voltrekken wij concreet doorheen onze rede, die zowel op theoretisch als op praktisch vlak – byb. via trial and error – op zoek gaat naar steeds nieuwe mogelijkheden, in het besef van de eigen kwetsbaarheid en mislukkingen. In dit opzicht zijn we in de letterlijke zin van het woord een 'redelijk dier' ('animal rationale').

Emmanuel Levinas legt vooral de klemtoon op de **'verantwoordelijkheid in de tweede persoon'**. Daarbij geldt het ik niet meer als vertrekpunt en einddoel, maar komt de verantwoordelijkheid vanuit de verschijning van de ander op

ons af. Doorheen zijn kwetsbaar (en vaak gekwetst) gelaat breekt de ander het bestaan van het ik binnen als een onvoorwaardelijk appel tot verantwoordelijkheid. De normatieve onderste grens van deze heteronome verantwoordelijkheid 'door en voor de ander' ligt uitgedrukt in het verbod 'gij zult niet doden' (gij zult geen geweld plegen, niet uitsluiten, noch reduceren of vernietigen). Het positief, tegelijk dynamisch – zich 'veroneindigend' – perspectief van deze verantwoordelijkheid vertrekt bij de erkenning van en het respect voor het anders-zijn van de ander, en ontvouwt zich in de zorg voor de ander, tot en met een onbaatzuchtige, niet-wederkerige goedheid, of liever tot een 'nabijheid die nooit genoeg nabij is'. Deze transnormatieve ethische kwaliteit manifesteert zich op een eminente wijze in de keuze de ander in zijn uitzichtloos lijden en sterven niet alleen te laten.

Hiermee is volgens Levinas echter nog niet alles gezegd over de verantwoordelijkheid door en voor de ander. In het denken van Levinas steekt ook ondubbelzinnig een sociale, economische en

<sup>1</sup> De auteur is lid van de Ethische Commissie van het Vlaams Welzijnsverbond en gewoon hoogleraar ethiek aan de K.U.Leuven. Contact: roger.burggraeve@theo.kuleuven.be.

politieke dimensie. We kunnen ze de dimensie van de **'verantwoordelijkheid in de derde persoon'** noemen. De ander en ik zijn niet alleen op de wereld, we zijn met velen. Daarenboven zijn er niet enkel de nabije maar ook de afwezige en verre anderen. Levinas spreekt in dit verband over 'de derde' ('le tiers').<sup>2</sup>

Niet alleen de unieke ander, maar ook de vele derden die in het 'face-à-face' onzichtbaar zijn, vallen onder onze verantwoordelijkheid. We moeten niet enkel rekening houden met de éne ander, maar met iedereen: de tweede én de derde. Daarom moeten we oordelen, rangschikken, onderscheid maken, berekenen en afwegen op basis van prioriteiten en urgenties, om zo iedereen op een gelijke en billijke manier te behandelen. Door de intrede van de derde moet de verantwoordelijkheid van de één-voor-de-ander tot rechtvaardigheid worden. Alleen zo kan men remediëren aan het initieel (niet-intentioneel) geweld dat aan het exclusieve face-à-face vastzit. Wie immers álles doet voor de éne ander, doet daardoor onwillekeurig onrecht aan de anderen, precies door hen te verwaarlozen of zelfs uit te sluiten. In dit opzicht is de goedheid zelf getekend door geweld, tenminste als ze absoluut en volledig op zichzelf nagestreefd wordt.

Er is echter nog méér. Daar wij de verren niet onmiddellijk kunnen bereiken, moeten wij de rechtvaardigheid realiseren via 'bemiddelingen' ('médiations'). Wij kunnen onze zorg voor de anderen enkel concreet waarmaken als wij tussen onszelf en de afwezige derden 'tussen-

termen' invoegen, waardoor we hen wel indirect maar toch reëel bereiken. Deze tussentermen zijn allerlei vormen van sociale, economische, financiële, juridische, politieke structuren, instellingen, organismen, instanties, systemen, goederen en diensten, zowel infranationaal als nationaal, inter-nationaal en mondiaal. Levinas noemt dit de 'staat' of 'polis' en 'politiek' in de ruime betekenis van het woord. En het is duidelijk dat zij voor hem ethisch gezien gelden als een verplichting, op voorwaarde weliswaar dat zij geïnspireerd zijn door de heteronome verantwoordelijkheid van de een voor de Ander.

Er zit echter een negatieve keerzijde vast aan elke  **sociaal-politieke vormgeving van onze universele verantwoordelijkheid**. Hoe ethisch noodzakelijk ook, zij kan nooit het laatste woord hebben. Staat en samenleving lopen voortdurend het gevaar te perverteren. Daar zij vorm krijgen in wetten, structuren, organisaties en instellingen, bijvoorbeeld in onderwijs, gezondheids- en welzijnszorg of in het banksysteem, vertonen zij onwillekeurig een objectief, afstandelijk en anoniem karakter. Hun naamloze objectiviteit is er de oorzaak van dat de subjecten niet echt meer als gescheiden personen behandeld worden, maar eerder als elementen die volgens hun functie, status, beroep, studies, bezittingen en vermogens, ideologie of godsdienst onder een veralgemeende noemer of totaliteit gevat worden. In deze zin betekent de objectieve veralgemening, die de sociaal-politieke samenlevingsorde moet doorvoeren om haar taak van rechtvaardigheid voor

<sup>2</sup> Er zijn zowel derden in de ruimte als in de tijd. Voor deze laatste categorie, namelijk de toekomstige generaties, verwijzen wij naar het werk van Hans Jonas: "Das Prinzip Verantwortung" (1979). Zie: R. BURGGRAEVE, 'Après nous le déluge'. Het appel van toekomstige generaties, in: ID., J. DE TAVERNIER, D. POLLEFEYT, J. HANSSSENS (reds.), *De verruwing voorbij. Over de kwetsbaarheid van alle leven*, Leuven, Davidsfonds, 2004, pp. 221-272.



iédereen, ook de derden, te waarborgen, de voortdurende dreiging van structureel geweld en tirannie, die de individuen van hun onherleidbare gescheidenheid en alteriteit ontdoen. Hiermee raken we het drama van élke sociaal-economische en politiek georganiseerde rechtvaardigheid, die nochtans haar oorsprong vindt in het ethisch appèl van het gelaat van de ander, namelijk door zich te keren tegen dit gelaat.

Daarom mag geen enkele sociaal-economische organisatie of politieke ordening het laatste woord krijgen. Een totalitair regime is precies zo'n ordening die zichzelf verheft tot een definitief regime. In de 20ste eeuw heeft het stalinisme duidelijk gemaakt hoe nefast zo'n regime kan zijn, vooral als het zich dan nog beroept op de ethische zorg voor de proletariër. Het stalinisme is met andere woorden de verschrikking van de pervertering van de eigen ethische bewoogheid. Of anders gezegd, het stalinisme keerde zich onwillekeurig tegen zijn eigen oorspronkelijke 'goede wil', precies omdat het zijn keuze voor de kwetsbare Ander verabsoluteerd had tot een alles omvattend en finaal systeem van heil. Dit is het ergste wat de ethiek kan overkomen, namelijk dat men in naam van de ander een sociaal-economisch en politiek systeem creëert en daarenboven proclameert tot het absolute goede. Het goede slaat letterlijk om in 'het kwade van het goede' en mondt zo uit in de 'terreur van het goede', waardoor de ethiek zelf vernietigd wordt in naam van de ethiek.

Daarom moeten de sociaal-economische en politieke realisaties **steeds opnieuw bevroegd** en overstegen worden. Vooreerst door een steeds betere rechtvaardigheid. De opties, prioriteiten en bereikte evenwichten, die men bij-

voorbeeld in het onderwijssysteem, de gezondheids- en welzijnszorg vastlegt, creëren steeds nieuwe onrechtvaardigheden. Daarom is er een steeds betere sociaal-economische en politieke rechtvaardigheid nodig, die als kritisch correctivum zeer aandachtig elke verworping van de structurele sociaal-economische en politieke rechtvaardigheid probeert te onderkennen, te voorkomen of te remediëren. Dit is slechts mogelijk in een niet-totalitair, 'vrij' regime, dat er principieel van uitgaat dat de bereikte rechtvaardigheid steeds onvolledig is. De bereikte rechtvaardigheid is nooit rechtvaardig genoeg, en elke nieuwe rechtvaardigheid creëert weer nieuwe onrechtvaardigheden, die op hun beurt vragen om bijstellingen of soms zelfs radicale vernieuwingen.

Deze 'betere rechtvaardigheid' wordt volgens Levinas op een bijzondere wijze mogelijk gemaakt door **ruimte te scheppen voor de mensenrechten**. Doorheen hun zuivere, niet-politieke formuleringen nemen zij de rechten van de unieke ander ter harte, tegen elk systeem in. Vanuit de mensenrechten, die per definitie niet samenvallen met een regime, kan men niet alleen een verstand politiek maar ook een sociaal-economisch systeem bevragen of openbreken naar grotere rechtvaardigheid en meer menselijkheid. Ze hebben een tegelijk kritisch en profetisch karakter. Ze gaan in tegen alle berusting en zichzelf bevestigend conservatisme van sociale, economische en politieke instellingen én provoceren of roepen mensen letterlijk vooruit om een betere rechtvaardigheid na te streven, echter zonder te vervallen in het euvel van een totalitair rechtvaardigheidssysteem dat pretendeert over de 'ware rechtvaardigheid' te beschikken.

Een samenleving die de mensenrechten

als interne kritische en profetische instantie aanvaardt, is een niet-totalitaire, flexibele sociaal-economische en politieke ordening, die voor het individu tevens de mogelijkheid tot spreken en handelen aanvaardt wanneer iets – volgens zijn geweten en verantwoordelijkheidsbesef – niet meer bijdraagt tot een betere rechtvaardigheid. Deze 'vrijplaats' en 'transcendentie' wordt waargenomen door het unieke verantwoordelijke subject, dat nooit met het systeem en de georganiseerde samenlevingsvormen samenvalt en daardoor juist – als dichter, zanger, onschuldig kind, simpele geest, nar, dromer, journalist of profeet – het bereikte systeem onder kritiek kan, mag en moet plaatsen.

Naast deze 'permanente sociaal-economische en politieke ontzuivering' houdt Levinas ook een pleidooi voor wat hij het '**ethisch individualisme**' noemt. Hiermee bedoelt hij de onvervangbare rol die de interpersoonlijke verantwoordelijkheid van de 'één-voor-de-ander' ook in rechtvaardige structuren en instellingen te spelen heeft. Er zijn, als u wil, tranen die geen enkele functionaris van een sociaal-economisch en politiek systeem kan zien, namelijk de tranen van de éne, unieke ander. Welnu, opdat de zaken goed zouden werken en menswaardig verlopen, is en blijft – boven elk systeem uit – de singuliere verantwoor-

delijkheid van iedereen, voor iedereen, tegenover iedereen noodzakelijk. In elk sociaal, economisch en politiek bestel zijn er individuele gewetens nodig, die tot in hun vleeselijke affectiviteit gevoelig zijn voor het leed van singuliere Anderen, dichtbij en verren, en zich onvoorwaardelijk hun lot aantrekken. Zij alleen zijn in staat het geweld te zien dat voortvloeit uit het goed functioneren van de sociale, economische en politieke rationaliteit zelf.

In dit verband spreekt Levinas over de ethische noodzaak van 'la petite bonté'. Hij noemt ze klein omdat ze loopt van het unieke ik naar de unieke Ander, omdat ze doet wat geen enkel systeem uiteindelijk vermag te doen, namelijk ingaan op de noden van de afzonderlijke Ander met concrete tegemoetkomingen. Klein is deze goedheid ook omdat ze allesbehalve spectaculair is of totaal wil zijn. Het gaat om een bescheiden, partiële goedheid, die niet de pretentie heeft alles ineens en voorgoed op te lossen en dus een paradijs op aarde te creëren. Vol enthousiasme en overgave doet ze wat ze kan, zonder alles in haar greep te willen krijgen. Deze nederigheid kunnen we ook de spaarzaamheid van de goedheid noemen, die haar eigen kwetsbaarheid beseft maar daarom niet cynisch of defaitistisch bij de pakken gaat zitten.



## Verslag workshop 9

# “VERDER KIJKEN DAN DE CLIËNT: RUIMTE VOOR DE 'AFWEZIGE DERDE' IN DE ETHISCHE AFWEGING ROND BEROEPSGEHEIM”

Inleiding door Jan Rolies

*In advies nr. 3 “Zorgvuldig omgaan met informatie-uitwisseling in het welzijnswerk” is de zogenaamde ‘afwezige derde’ louter onderhuids werkzaam. Jan Rolies plaatst met de idee van ‘afwezige derde’ als het ware een onzichtbare grens aan de expansieve informatiestroom in de hulpverlening. Het zelfgenoegzame “dikke ik” is in de meest strikte zin van het woord een utopie: een plaats (topos) die goed (eu) lijkt om wonen maar niet (ou) blijkt te bestaan.*

82

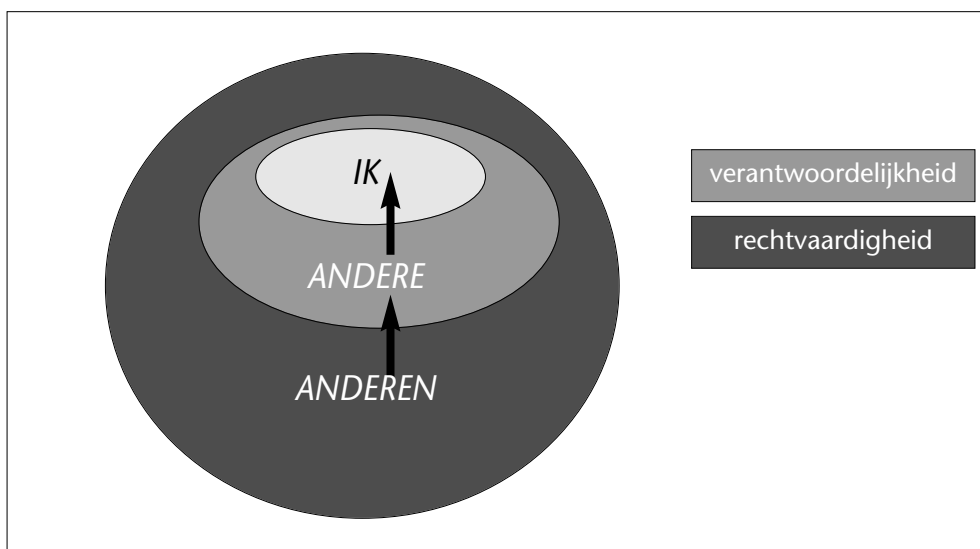
## Antropologie van de ander

De afwezige derde is moeilijk te begripen in de hulpverleningsrelatie. Dit heeft mede te maken met het feit dat de hulpverlening nog steeds teert op het ‘colloque singulier’ – de relatie hulpverlener-cliënt. Hoewel advies nr. 3 deze enkelvoudige relatie uitbreidt tot cliënt-hulpverleners blijft het model nog altijd dual. Toch moeten we de hulpverleningsrelatie niet dual maar triangulair benaderen, aldus Jan Rolies, al was het maar omdat in de welzijnssector ook de minister van welzijn altijd toekijkt. Met andere woorden: in de hulpverlening beslist het ‘ik’ nooit alleen over zichzelf. Immers, om te kunnen hulp vragen moet het ‘ik’ zichzelf openstellen en meer nog, zichzelf kwetsbaar (blessé) opstellen. Hoewel het ‘dikke ik’ zichzelf beschouwt als een

‘monade’ is hij in werkelijkheid een ‘nomade’ die niet zonder de andere kan.

De filosoof die de thematiek van de aan/afwezige derde het scherpst doorzocht heeft, is ontegensprekelijk Emmanuel Levinas geweest. Hij heeft steeds vermeden om te spreken van de relatie “ik-jij” maar voortdurend in termen van “ik-andere(n)”: de andere die mij smeekt en daarmee oproept tot verantwoordelijkheid én de anderen die mij aansporen tot rechtvaardigheid. In dezelfde zin moet ook Paul Ricoeur begrepen worden wanneer hij stelt dat (politieke) instellingen steeds rechtvaardigheid moeten bemiddelen. Kortom het ‘dikke ik’ is een illusie. Het ik is daarentegen een veelheid: “Je est nous”. Dit is de antropologische onderbouw van de zogenaamde cirkels van zorg.

Figuurlijke voorstelling van de antropologische onderbouw van cirkels van zorg



### Informatiestroom

Binnen de hulpverleningssituatie gelooft men sterk in het open gesprek. Alles zou moeten worden blootgelegd. Dankzij de moderne communicatietechnologie heeft deze open informatiecultuur (Michel Foucault) een 'boom' gekend. De archiefdoos is systematisch vervangen door de PC en vervolgens door het wereldwijde web. We willen niet zozeer alles zien (panopticum) maar bovenal alles weten ("pan-cognitum") over de cliënten. Advies nr. 3 staat klaarblijkelijk haaks op onze tijd van ont-grenzing. Zorgvuldig omgaan met informatie-uitwisseling in het welzijnswerk betekent dat we moeten erkennen dat niet alle informatie ook relevante informatie is. Het eenvoudige feit dat er een snelle, soms veelvuldige en vaak gebrekkige informatiestroom is, noopt ons tot het opstellen van normen: wie bezit de macht over de informatie en wie heeft het recht op weten?

### Toepassing op het welzijnswerk

In advies nr. 3 worden zeven verschillende categorieën van 'derden' opgesomd. We denken hierbij in de eerste plaats aan familie, naastbetrokkenen en vrijwilligers die geen effectieve verantwoordelijkheid in de hulpverlening opnemen. Een tweede groep zijn personen in een bemiddelingsfunctie, zoals een bewindvoerder, een klachtenbemiddelaar, een interculturele bemiddelaar of een tolk. Een derde groep vormen personen die diensten verlenen, zoals personen die betrokken zijn bij de tewerkstelling, de woonfunctie of de vrijetijdsbesteding, of personen die een bank, verzekeringsmaatschappij of een ziekenfonds vertegenwoordigen. Een vierde groep zijn instanties die de overheid vertegenwoordigen, bijvoorbeeld politievle diensten of een openbaar bestuur. Een vijfde groep zijn perso-



nen die gegevens registreren. Een zesde groep omvat mensen die wetenschappelijk onderzoek uitvoeren. Een zevende groep bestaat uit justitiële instanties die geen verantwoordelijkheid voor de hulpverlening voor de cliënt hebben, bijvoorbeeld in gerechtelijke of strafrechtelijke zaken. Tenslotte zijn er medecliënten die ook heel wat informatie over een cliënt te weten komen. Jan Rolies merkt ook op dat een 'derde' niet steeds een 'persoon' dient te zijn. Ook via foto's, cassussen e.d. wordt veel informatie over een cliënt vrij gegeven.

## Besluit

Binnen de welzijnszorg komen we van een gesloten wereld en treden we het

tijdperk binnen van een razendsnelle informatie(door)stroom. Advies nr. 3 van de ethische commissie wil een breuklijn zijn tussen beide uitersten. In haar advies wil de commissie de hulpverleners en hulpvragers een middel bieden om met de overdonderende hoeveelheid informatie om te gaan. Dit betekent echter niet dat we van plan zijn om schuttingen te bouwen maar eerder om bruggen te bouwen tussen het geheim dat mensen zijn én met het 'vertrouwen' als basispijler voor de hulpverlening.

*Verlag:  
Bart Hansen,  
coördinator gezondheidsethiek,  
Groep Emmaüs*



## HOE VERDER WERKEN MET DIT ADVIES IN DE EIGEN VOORZIENING?

Jef SCHEURWEGHS<sup>1</sup>

*Tijdens de workshop deelde een deelnemer mee dat hij blij was dat “de cultuur van zorgvuldigheid” zo sterk naar voor kwam op de studiedag omdat er – volgens hem – tegenwoordig teveel wordt ingegaan op het confirmeren aan regelgeving. Daar ligt ook voor mij de grootse meerwaarde van dit advies: nadenken over zorgvuldigheid moet een uitgangspunt zijn in de dienstverlening. De zorgvuldigheids-criteria in dit advies kunnen hierbij een hulpmiddel zijn. Elke medewerker, elke organisatie kan op basis van dit hulpmiddel een ethisch verantwoord besluit nemen, een ethisch verantwoord beleid voeren.*

85

### Drie pijlers

Vertrouwen, overleg en zorgvuldigheid zijn de drie pijlers van het advies. Als organisatie ben je slechts geloofwaardig wanneer je zowel naar de cliënten als naar je eigen medewerkers dit in praktijk brengt. Vraag niet aan medewerkers wat je zelf, als organisatie niet kan waar maken ten opzichte van die medewerkers.

**Vertrouwen** kan alleen ontstaan vanuit een cultuur van zorgzaamheid: niet alleen ten aanzien van de cliënt, maar eveneens ten aanzien van de medewerkers. Hoe toont een organisatie dat ze zorgzaam wil zijn voor de medewerkers? Voelen de medewerkers die zorg?

Iedere organisatie kan een algemene visie uitwerken over het uitwisselen van informatie met de belangrijkste partners, maar welke ‘waarde’ wordt hieraan gegeven? Is het **overleg** met cliënt of medewerkers iets wat ‘moet’ of iets wat verrijkend kan zijn voor ieder? Hoe kijken we in de organisatie naar ondernemingsraad, gebruikersraad, enz? Hoe wordt er gepraat over het al dan niet goed functioneren van medewerkers?

Vanuit de tien (**zorgvuldheids**) vragen kunnen we onszelf en het team bevragen over het doorgeven van informatie aan anderen. Voor onszelf is het belangrijk om te verwoorden welke ‘betekenis’ het doorgeven van informatie heeft voor de cliënt.

<sup>1</sup> De auteur is organisatiebegeleider in MPC Sint-Franciscus. Contact: jef.scheurweghs@mpi-sint-franciscus.be.



## Onze manier van werken getoetst aan het advies

Aan de hand van enkele vragen kunnen we onze huidige manier van werken toetsten aan het advies. Wie zijn onze belangrijkste partners bij het uitwisselen van informatie?

### *Wie is de cliënt?*

In het uitwisselen van informatie botsen we onvermijdelijk op de vraag naar wie onze hulpverlening uitgaat. Veelal zal dit geen probleem geven wanneer we zorg geven aan (niet ontvoogde) meerderjarigen. We verlenen echter vaak zorg aan minderjarigen, wilsonbekwame personen, verlengd minderjarigen. De vraag tot hulpverlening gaat meestal uit van een heel systeem, een hele context. Ouders, partners of familieleden stellen de hulpvraag en ze hebben vanuit het statuut van de cliënt (mede-)zeggingschap.

### *Wat is de positie van die cliënt?*

Je kan ervoor kiezen om altijd de voogd te informeren, steeds zijn toestemming te vragen en de cliënt altijd te zien al onmondig. Toch zien we een tendens om zeker aan de minderjarige meer rechten te geven. In het decreet 'rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp' zien we bijvoorbeeld dat de minderjarige van twaalf jaar en ouder vermoed wordt in staat te zijn zelfstandig op te treden.

Je kan ervoor kiezen om er vanuit te gaan dat het op de eerste plaats de cliënt is die het zelfbeschikkingsrecht heeft. Zijn verlangens en wensen staan centraal. Hij kan (in de mate van het mogelijke) zelf aangeven wat er wel of niet aan informatie uitgewisseld wordt. In die zin zien we het

systeem (ouders, voogd...) als partners, wat betreft de informatie-uitwisseling. Hiermee willen we benadrukken dat de cliënt ten aanzien van derden het recht heeft bepaalde informatie voor zich te houden en aldus de gegeven informatie het statuut van een geheim te geven.

Het is natuurlijk niet correct om een cliënt, die zijn wensen niet of nauwelijks kenbaar kan maken, die 'werkelijk onbekwaam' is (wie bepaalt dit?), zelfbeschikkingsrecht te geven, om zo niet te moeten ingaan op vragen van ouders, voogd....

*Wat is het standpunt van uw organisatie?*

### *Andere partners*

Welke informatie delen we met scholen? Is er een verschil tussen scholen waarmee we een intense samenwerking hebben en andere? Wat met het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding), met artsen en ander hulpverleners, die niet verbonden zijn met onze instelling? Welke informatie verwachten we van die arts? Welke informatie geven we door aan andere instellingen?

*Wat is het standpunt van uw organisatie?*

### *Gezamenlijk of gedeeld beroepsgeheim*

Wat zijn de voordelen in uw organisatie om te werken met gezamenlijk en/of gedeeld beroepsgeheim? Is het voor de medewerkers duidelijk wat (in de praktijk) het verschil is tussen relevante en noodzakelijke informatie? Wat is de mening van uw gebruikersraad?

## **Individuele hulpverleningsrelatie**

Op basis van een eigen inschatting (met de zorgvuldigheidscriteria als toets) bepaalt de hulpverlener of hij informatie doorgeeft aan anderen. In overleg met de cliënt kan hij kiezen voor een individuele aanpak (met strikt beroepsgeheim) of kiezen voor samenwerking. Informatie 'kan' dan gedeeld worden, maar 'moet niet' gedeeld worden...

*Wat is het standpunt van uw organisatie?*

## **Hulpverleners in teamverband**

Binnen een team van hulpverleners, die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de hulpverlening, bestaat een gezamenlijk beroepsgeheim. Het is belangrijk binnen de organisatie te bepalen wie deel uitmaakt van dit team.

Het woon of leefgroepsteam kan bestaan uit de opvoeders of begeleiders; de groepschef (de begeleider van het personeel: afhankelijk van zijn rol kan hij alle informatie delen of alleen die informatie die hij nodig heeft om zijn leidinggevende taak uit te voeren; hij heeft een stem wanneer het erom gaat te bepalen onder welke voorwaarden de voor de "cliënt" noodzakelijke zorg (nog altijd) kan verstrekt worden in dit team); de maatschappelijk werker (begeleider van het gezin); de pedagoog/psycholoog (begeleider van de cliënten); de leerkracht die intens betrokken is op de werking van het team. Of zijn we van mening dat iedere medewerker van de organisatie die de cliënt begeleidt tot het team behoort, en dat – dus – ieder onder het gezamenlijk beroepsgeheim valt?

Er zijn twee belangrijke voorwaarden

om van een team te kunnen spreken. Het team is duidelijk afgebakend en herkenbaar. In een voorziening kan het voor de cliënt moeilijk zijn een onderscheid te maken tussen het 'vaste' team en het interne netwerk (medewerkers die sporadisch werken met een cliënt van dat team) rond de cliënt. We willen duidelijk maken wie van de medewerkers over informatie beschikt. De samenstelling van het team wordt dan ook kenbaar gemaakt aan de cliënt. Doen we dit reeds bij de opname, elk (school)jaar, of bij elke bespreking? Het team is een vaste groep met gezamenlijke opdracht. De gezamenlijke opdracht is geen probleem, maar wat doe je met wisselende samenstelling van de groep? Nemen ze deel aan het overleg in verband de cliënt? Wat met wisselend personeel en stagiair(e)s?

*Wat is het standpunt van uw organisatie?*

Voorbeelden:

– *Het team van Huize E: heeft als gezamenlijke opdracht het opstellen van het individueel handelingsplan. Hier maakt deel van uit: de directeur, de hoofdopvoeder, de opvoeder, eventueel een stagiair opvoeder.*

– *Het leefgroepsteam heeft als gezamenlijke opdracht: het organiseren van de residentiele zorg voor een aantal 'gasten' op basis van de handelingsplanning. Maken hier deel van uit: de opvoeder en de zorgcoördinator (voor het uitvoeren en opstellen van de handelingsplannen), de gezinsbegeleider (als contactpersoon tussen organisatie en gezin), de leerkrachten in de geïntegreerde werking (ook zij staan in voor het opstellen en uitvoeren van de handelingsplannen).*

– *De poetsvrouw kan niet gebonden zijn door beroepsgeheim, maar is wel gehou-*



den aan een discretieplicht. De poetsvrouw heeft geen hulpverlenende functie, maar een ondersteunende taak. Ze is niet inhoudelijk betrokken bij de hulpverlening. De informatie van hulpverleners naar de poetsvrouw vindt plaats omwille van organisatorische redenen.

### **Samenwerking buiten het directe team**

Ook al gaat het hier om hulpverleners die gezamenlijk verantwoordelijk zijn, toch spreken we hier eerder van een gedeeld beroepsgeheim. Naast het directe team, waarin we wel kunnen spreken van een gezamenlijk beroepsgeheim, zijn er een aantal medewerkers (ervan uitgaande dat niet iedereen onder het gezamenlijk beroepsgeheim valt) die min of meer intens met een cliënt (van het team) werken. Daarnaast zijn er een aantal externe diensten waarmee we samenwerken om een goede zorg te geven aan de cliënt. Bijvoorbeeld een arts, de psychotherapeut, de medewerkers van de medische dienst, de leerkracht, CLB, werkplaats...

In de samenwerking met interne diensten (in de eigen organisatie) gaan we ervan uit dat de simpele mededeling dat we in een 'intern' netwerk werken, volstaat. Indien bijvoorbeeld de psychotherapeut of arts de "cliënt" ziet, is het duidelijk dat een deel van de bekomen informatie (indien noodzakelijk voor de hulpverlening door anderen) gedeeld wordt. Vanzelfsprekend worden de ouders op de hoogte gesteld dat de therapeut of arts het kind in behandeling heeft.

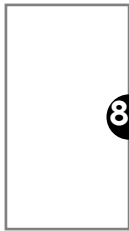
In de samenwerking met externe diensten volstaat het niet dat er ooit gesteld werd dat er in een netwerk gewerkt wordt. Vooraleer er info gaat

naar externe diensten, wordt toestemming gevraagd aan de "cliënt".

### *Wat is het standpunt van uw organisatie?*

Welk is de verhouding van het leefgroepsteam (met als gezamenlijke opdracht het organiseren van de residentiele zorg voor een aantal "gasten" op basis van de individuele handelingsplanning) met de psychotherapeut? Deze staat in voor de behandeling van de "gast", het geven van advies aan opvoeders, ouders... Wat met de psychiater of de arts die verbonden is aan de instelling? Hij kan lid zijn van het opnameteam, instaan voor een bepaalde behandeling van de "gast", advies geven aan opvoeders, ouders... De eventuele medewerkers van de verpleegafdeling staan in voor de verzorging of verpleging van de "gasten", in samenwerking met de psychiater of de (huis)arts. Verder kunnen nog externe artsen en andere externe diensten betrokken zijn. De coördinator (opvoeder groepschef) kan soms vallen onder het gedeeld beroepsgeheim om zijn coördinerende en leidinggevende taak uit te voeren: hij/zij heeft een stem wanneer het erom gaat te bepalen onder welke voorwaarden de voor de "gast" noodzakelijke zorg kan versterkt worden in dit team.

Welke keuze (gedeeld of gezamenlijk beroepsgeheim) maken we in een woon of (leefgroep)team; in het opnameteam, enz.? Wie krijgt er nog (toegang tot de) informatie? Medewerkers van de logistieke dienst en administratieve medewerkers hebben geen beroepsgeheim, maar wel een discretieplicht. Hoe ondersteunen we hen hierbij? Is het duidelijk in uw organisatie dat we van alle medewerkers



discretie vragen? Is het nodig dit in het arbeidscontract te vermelden?

## Besluit

In de organisatie werken we aan een cultuur waarin de cliënt ervaart dat er zorgvuldig en discreet wordt omge-

gaan met zijn informatie; waarin hij weet wie er op de hoogte is van de informatie die hij geeft; waarin hij weet dat er geen informatie wordt doorgegeven aan derden zonder zijn medeweten.

### **Een casus:** ***Beroepsgeheim en privacy bij huiszoeking in een voorziening***

Vanuit een voorziening werden enkele vragen gesteld naar aanleiding van een inval in de voorziening door de politie omwille van bepaalde feiten.

*Mogen rechercheurs allerhande materiaal (pc, dossiers,...) meenemen zonder huiszoekingsbevel?*

Zonder huiszoekingsbevel of bevel tot in beslagname mag er niets worden meegegeven. Meestal zijn ze echter vergezeld van een onderzoeksrechter, die dat bevel wel kan geven. Indien dit niet zo is, is men niet verplicht iets te laten meenemen, maar de druk is groot en men kan er moeilijk weerstand aan bieden. Men wekt dan immers de indruk niet te willen meewerken aan het onderzoek. In elk geval moet men de relevantiefilter aanwenden, ook om te beslissen wat men laat meenemen of niet. Indien men niet akkoord gaat met wat er werd meegenomen, kan men dit best meteen melden en de rechercheurs verwittigen dat men de onderzoeksrechter hiervan schriftelijk op de hoogte zal brengen.

*Kan er klacht neergelegd worden tegen een directeur die – zonder huiszoekingsbevel – toelaat bepaalde zaken mee te nemen?*

Er kan inderdaad tegen hem klacht worden neergelegd wegens schending van het beroepsgeheim. Het gaat volgens ons advies om 'derden' die niet in de hulpverlening zijn betrokken. Doorgeven van gegevens kan dan niet zonder toelating van de cliënt. Alleen bij getuigenis in rechte (voor een rechter) kan hij zijn beroepsgeheim doorbreken.

*Wat als de politie naar aanleiding van een bepaalde zaak, op de kamer van een gast dingen ontdekt die niets met deze zaak te maken hebben? Heeft de kamer van een gast, wat privacybescherming betreft, dezelfde betekenis als een privé woning?*

De eigen kamer van de gast wordt in dit perspectief gelijkgeschakeld met een privéwoning. De ontdekking van andere zaken (bv. drugs) bij een huiszoeking met bevel kan niet worden verhinderd, en de politie zal daar passend gevolg aan geven.

---

Het C.E.Z. (Centrum Ethiek en Zingevingsvragen in de hulpverlening) is steeds bereid mee het antwoord te zoeken op dergelijke vragen.

Contacteer hiervoor:

*[ludo.decort@vlaamswelzijnsverbond.be](mailto:ludo.decort@vlaamswelzijnsverbond.be)*

of

*[fons.geerts@vlaamswelzijnsverbond.be](mailto:fons.geerts@vlaamswelzijnsverbond.be)*

---

## Verslag workshop 10

# “HOE VERDER WERKEN MET DIT ADVIES IN DE EIGEN VOORZIENING?”

*Inleiding door  
Jef Scheurweghs*

90

Na de inleidende presentatie werd aandacht gevraagd voor de “wettelijke informatiestromen” en de herhaalde vraag aan de cliënt naar (steeds dezelfde) informatie. Men vroeg zich af hoe een voorziening kan voorkomen om steeds opnieuw dezelfde informatie te vragen aan de cliënt en zijn omgeving.

Omtrent het **overlegmodel** werden een aantal kanttekeningen gemaakt. Zo werd er gewezen op het risico van ongelijkwaardigheid tussen de verschillende gesprekspartners. Hoe kun je garanderen dat ook de zwakkeren hun plaats vinden in een dergelijk model? In een voorziening die werkt met gehandicapten, werd dit opgelost door hem of haar te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Een andere deelnemer meende dat dit gevaar deels uitgeschakeld kon worden door voldoende tijd te nemen om met de persoon in kwestie te praten op informele momenten (vb. tijdens de afwas). Op die manier kan je de gevoeligheden opmerken als hulpverlener en geef je deze persoon genoeg tijd om alles te verwerken. Een andere manier om “wapengelijkheid” binnen het overlegmodel te garanderen is het op voorhand bezorgen van de voor-

bereiding van het overleg. Zo krijgen de persoon, ouders of vertrouwenspersoon de kans om als een gelijkwaardige gesprekspartner aan tafel te verschijnen. De heer Scheurweghs benadrukte dat het zeer belangrijk is om als organisatie bewust te zijn van mogelijke ongelijkheden tussen gesprekspartners. De methodiek en de structuur van het overleg moet aangepast worden om rekening te houden met de zwakkeren.

Het **vrijblijvende** karakter van deelname aan het overleg werd door alle deelnemers bevestigd. Soms willen ouders bijvoorbeeld niet aanwezig zijn bij het overleg, omdat ze liever niet weten dat hun kind (verder) achteruitgaat. Het is te confronterend voor hen. Indien ze beslissen om niet deel te nemen aan het overleg, moeten er andere manieren gevonden worden om hen te betrekken (zorg op maat). In een andere voorziening is er soms een verbod op deelname aan het overleg indien de ouders in een vechtscheiding zitten of als er net melding gemaakt is van kindermisbruik.

De vraag of te veel overleg niet leidt tot een **afwenteling** van alle verant-

woordelijkheid op de cliënt, zoals soms wordt beweerd, werd negatief beantwoord. Wel erkenden sommigen het gevaar dat op die manier bij de cliënten de illusie wordt opgewekt dat ze alles kunnen kiezen, terwijl dit niet altijd mogelijk is gezien de beperkingen van de organisatie.

Vervolgens werd aan de deelnemers gevraagd welke elementen met betrekking tot het advies al waren uitgewerkt in hun organisatie. In een bepaalde voorziening wordt sinds een tijdje de mogelijkheid geboden om met de persoon in kwestie of zijn vertegenwoordiger erbij overleg te plegen. Dit brengt een heel andere sfeer en toon met zich mee. Sindsdien hangt er een veel groter respect bij de besprekingen. Men hanteert een andere woordkeuze en is **zorgvuldiger**. Een voorziening waar men werkt met gedragsgestoorde minderjarigen heeft deze stap nog niet durven zetten. De jongere wordt wel betrokken in de voor- en nabespreking, maar niet tijdens het eigenlijke overleg.


Ook werd er gepolst naar de prioriteiten van en in de voorzieningen. Twee instellingen antwoordden dat zij nu volop bezig zijn met **geïnformiseerde dossiers** op te stellen en aan te maken. Hierbij wordt ook nagedacht over de mogelijke gevaren en worden er binnen de voorziening afspraken gemaakt over "wie krijgt welk verslag in handen", enz. Iemand merkte op dat er hele goede pc-programma's op de markt zijn die toelaten om gegevens te traceren en na te gaan wie wanneer wat geconsulteerd heeft.

Tijdens de bespreking werd onderstreept dat het belangrijk is om de **begrippen** goed te definiëren, opdat mensen elkaar zouden verstaan. Zo

werd opgemerkt dat het begrip 'relevantie' moeilijk te vertalen is. Men stelt vast dat er veel informatie gedeeld wordt, en dat het goed zou zijn om te evolueren naar minder. Anderzijds is delen van informatie een voorwaarde voor samenwerking, wat zeker niet wil zeggen dat men niet zorgvuldig dient te zijn. Zo wordt er ook voor gepleit om zorgvuldig(er) om te gaan met informatie die tussen verschillende leefgroepen wordt gedeeld. Bv. spectaculaire gebeurtenissen vertellen kan niet.

Principes handhaven omwille van het principe is niet wenselijk. Bv. de cliënt 'moet' altijd de bespreking volgen. Een pragmatische ingesteldheid is hier gewenst, maar reflectie hierbij is aangewezen. Het **betrekken van de cliënt** in het overleg, bij de bespreking van het handelingsplan, bij een tevredenheidsanalyse, ... vergt een goede voorbereiding en een grote tijdsbesteding. Inspraak op alle domeinen is wenselijk, maar moet goed gepland worden, men moet er zorgvuldig mee omgaan. Overleg is belangrijk, maar het moet efficiënt gebeuren. Ook het tijdstip is van belang. Bv. ouders gaan werken, maar willen betrokken worden. De ervaring leert dat ouders wel extra inspanningen willen doen om bij het overleg aanwezig te kunnen zijn. De visie op wat 'overleg' in de organisatie is, moet duidelijk zijn en wordt best neergeschreven. Bij het plannen van een overleg moet men steeds nagaan wie aanwezig moet zijn: de gast, wie van zijn netwerk, ...?

Een herkenbaar (vast) team is belangrijk, maar is vaak moeilijk. Veel **teams wisselen** regelmatig, soms worden functies tijdelijk toegevoegd. Een team is multidisciplinair, niet elke dis-



cipline heeft eenzelfde code vanuit zijn opleiding om met het beroepsgeheim om te gaan. Bv. dokter en maatschappelijk werker wel, begeleiders niet. Dit kan tot spanningen leiden. Een functie kan ook verschillende inhouden kennen. De orthopedagoog kan bijvoorbeeld als begeleider optreden of als teamondersteuning. Dit heeft ook zijn consequentie naar wat als relevante informatie beschouwd wordt.

Wij zijn ook onderhevig aan een **cultuurwijziging**: vroeger mocht er niets geweten worden, nu weer alles, men loopt met dingen te koop, in de media worden dingen getoond die vroeger taboe waren...

Men vroeg zich af of de inhoud van een overleg met de cliënt en het resultaat hiervan (steeds) moet worden neergeschreven? Hier moet men afwegen: bv. wel wanneer het belangrijk is in de levensfase van de cliënt. Is het voldoende als een cliënt éénmaal toestemming geeft om zijn gegevens te bespreken, of doet men dit bijvoorbeeld éénmaal per jaar? Vraagt men toestemming naargelang het onderwerp, of naargelang de leeftijd?

Het beroepsgeheim in de voorziening introduceren is een proces dat tijd nodig heeft, wil men er grondig mee omgaan, het moet geïntegreerd worden in de werking. Het is ook belangrijk dat een medewerker altijd bij een collega of bij de verantwoordelijke terecht kan voor sociale steun. Iemand merkte op dat begeleiders er weinig bij stil staan hoeveel ze weten over de

jaren heen. Ook is er veel informatie over het netwerk van de cliënten bekend. Pas indien men zelf cliënt wordt, wordt dit duidelijk...

Ten slotte deelde een deelnemer mee dat hij blij was dat "de cultuur van zorgvuldigheid" zo sterk naar voren kwam op de studiedag omdat er – volgens hem – tegenwoordig teveel wordt ingegaan op het confirmeren aan regelgeving. Een werkneemster die nieuw is in het werkveld ging hiermee akkoord en poneerde dat er te weinig middelen beschikbaar waren om een goed zorgvuldigheidsbeleid te voeren en om bijvoorbeeld de computerprogramma's waarvan eerder sprake aan te kopen. Een andere aanwezige bevestigde dit en zei dat er inderdaad te weinig aandacht gaat naar "zorgvuldigheid". Hij had soms het gevoel dat de sector en de voorziening niet meer te weten waarmee ze bezig zijn.

Jef Scheurwerghs concludeerde dat zorgvuldigheid net draait om de reflectie over de vraag "Waar zijn we mee bezig?" Nadenken over zorgvuldigheid maakt de kern van de hulpverlening uit en is allerminst een bijkomstigheid.

*Verslag:*

*Marjan Rom, Wetenschappelijk medewerkster  
Instituut voor Sociaal Recht, K.U.Leuven en  
Krista Telemans, stafmedewerker Vlaams  
Welzijnsverbond.*



## HANDELEN TUSSEN RECHT EN PRAKTIJK

Herman VAN DOOREN<sup>1</sup>

*Pleidooi voor een zorgvuldigheidscultuur: bewust en methodisch omgaan met het beroepsgeheim in de hulpverlening*

*Op het einde van een boeiende studiedag rond het boek over beroepsgeheim van Johan Put en Isabelle Van der Straete, georganiseerd door de Brusselse Welzijnsraad<sup>2</sup>, bracht Herman Van Dooren, toen nog docent aan de Karel de Grote Hogeschool te Antwerpen, een boeiende reflectie, voordat de welzijnswerkers met hun nieuwe bagage terug het veld werden ingestuurd. Hij deed dit onder de titel "Wat nu, morgen, op de werkvloer?" We geven hier met zijn toelating de voorname ideeën weer en staan vooral stil bij de aanbevelingen, die naar we hopen, ook u zult meenemen naar uw werksituatie.*

### Geen receptenboek

Wat kan dit boek voor een welzijnswerker betekenen, is eigenlijk de uitgangsvraag. Het gaat hier niet om een deontologisch receptenboek. Dat kan ook niet, omdat het welzijnswerk geen verzameling van beroepen is waarbij het repetitief karakter van procedurele handelingen haast automatisch tot een kwaliteitsnorm leidt (denk aan de frietjes in een hamburgertent die overal dezelfde kwaliteit te zien geven). Niet dat de beroepspersoonlijkheid in de horeca geen rol speelt, er zijn ook chefs en artistieke meesterkoks, maar in de hulpverlening is dit toch anders: de beroeps-

persoonlijkheid staat altijd centraal.

Hier lijkt echter de omgekeerde beweging plaats te vinden: handelen volgens steeds strikter voorgeschreven procedures wordt aanzien als een kwaliteitsnorm op zich. Dit 'proceduraliseren' van de hulpverlening is vanuit een professioneel ethische benadering onder de maat. Met de beroepspersoonlijkheid staat of valt immers de kwaliteit van het werk. Welzijnswerk is daarom geen beroep, maar een professie.

Een professioneel werker kent niet alleen zijn vak, maar beschikt ook over een houding, een benadering, die we vertrouwensrelatie noemen, en over

<sup>1</sup> Dit artikel is integraal gebaseerd op de toespraak van Herman van Dooren op de vermelde studiedag en aangepast door Ludo De Cort.

<sup>2</sup> Beroepsgeheim in de hulpverlening, studiedag van de Brusselse Welzijnsraad op 24-11-2005 in De Factorij te Brussel.



een portie ervaring die hem niet direct inwisselbaar maken voor een andere. Aan een standaardproduct wordt een belangrijke meerwaarde toegevoegd. Dit maakt het werk maar deels meetbaar en per definitie gekleurd door de beroepspersoonlijkheid. De persoon zelf van de hulpverlener en de hulpvrager zijn belangrijk. Daarom spreken we niet over klanten, maar over cliënten. Klanten daar verdienen je aan, cliënten help je vooruit. Hier is het beroepsgeheim op zijn plaats!

### **Professionele autonomie onder druk**

In steeds meer voorzieningen bestaat de neiging om de professionele autonomie die hiermee samen gaat, aan banden te leggen. Dit maakt het niet makkelijk voor de individuele werker om zich te verhouden op het beroepsgeheim. Juridische spelregels geven een houvast, bakenen het speelveld af, maar bieden dikwijls geen pasklare oplossing. De welzijnswerker moet hier in laatste instantie verantwoord kunnen beslissen. Hij moet er actief en bewust mee om kunnen gaan en daarvoor de ruimte krijgen. Hierover bestaat consensus, maar op de werkvloer wordt deze consensus op de proef gesteld door een aantal ontwikkelingen in de structuur van de hulpverlening. Een aantal kwesties kunnen dit illustreren.

#### *Spanning tussen de hiërarchie van juridische spelregels en autonome interpretatie door de welzijnswerker*

Hoe werkers met het beroepsgeheim omgaan is verre van eenduidig. Heel wat werkers vragen zich eerst af hoe ze het zouden zien als privé persoon,

en pas in twee instantie hoe ze over deze situatie behoren te denken als beroepspersoon. Niet zelden formuleert men meningen, los van juridische regels en zelfs in tegenspraak ermee. Zulk aanvoelen kan authentiek zijn, maar mist professionele grondslag.

#### *Vraag over de hiërarchie tussen de professioneel werker en het team*

Van solist zijn we opgeschoven naar teamwerk. Deze ontwikkeling wordt voetstoots aanvaard binnen de wereld van de professionelen. Deze technische evidentie lijkt ook een ethische evidentie geworden, waar bijgevolg niet meer moet worden over nagedacht. Naar analogie met cliënt en cliëntensysteem kan men nu ook spreken van hulpverlener en hulpverlener-systeem. Het gaat om twee groepen van mensen die met elkaar een professionele relatie onderhouden. Het gaat in het hulpverlenersysteem over verschillende vormen van samenwerking: mono en multidisciplinair, netwerken, zorgcoördinatie, casemanagement, trajectbegeleiding, zorgconsulenten, enz.

Bekeken vanuit het beroepsgeheim zie je principieel geen probleem. Als zij samenwerken rond een cliënt en dus betrokken zijn op de hulpverlening, zijn ze elk per definitie gebonden door hun eigen beroepsgeheim en door een gedeeld beroepsgeheim. In de toepassing op het terrein doen zich echter wel problematische situaties voor. Zo gebeurt er vaak systematisch overleg over elke cliënt met allerlei beroepsmensen, of men nu betrokken is of niet. Dit wordt ten onrechte gerechtvaardigd door het zogenaamd gedeeld beroepsgeheim. Er installeert

zich een 'teamcultuur' die te ver kan gaan. Hier zijn twee verborgen problemen te signaleren.

De evolutie van solistische naar team-aanpak acht men een interne aangelegenheid van de hulpverleners. Over de gevolgen voor de cliënt wordt haast niet gesproken. Zijn dossier wordt een groepsdossier zonder dat hij het weet. Dit doet denken aan de overtrokken pretentie van het welzijnswerk waarover Achterhuis het had, alsof de hulpverleners weten wat goed is voor de cliënt, zonder hem daarin te kennen. Een tweede verborgen probleem is de tanende autonomie van de hulpverlener, die onder tutele dreigt te komen van het team, dat zijn deskundigheid permanent toetst. Een welzijnswerker dreigt zo de gevangene te worden van het teamdictaat. In een dergelijke opvatting eigent het team zich vertrouwelijke informatie toe, ingedekt door het zogenaamd 'gedeeld' beroepsgeheim. Het beroepsgeheim wordt aangepast aan de interne organisatie van het team... Nochtans kan een groep van gelijk opgeleiden niet borg staan voor de beste prestatie. Deze groep kan en moet wel ondersteunend zijn voor een beter opnemen van de verantwoordelijkheid van elk van de teamleden. De praktijk om in naam van een teamvisie elke cliënt en hulpverlener te onderwerpen aan het oordeel van het team is zonder meer in strijd met Art. 458 van het Strafwetboek.

### ***Verschillen in professionele cultuur binnen een multidisciplinair team***

Van medici wordt in welzijnskringen wel eens gezegd dat zij het beroepsgeheim durven gebruiken als alibi voor het toedekken van fouten. Dat is

de perverse logica van een absolute opvatting van het beroepsgeheim. Welzijnswerkers daarentegen vertonen eerder de neiging om absolute geldigheidsuitspraken te relativeren vanuit een doorgedreven pragmatiek op alle levensterreinen. Zo is in de methodiek het 'ware', datgene wat werkt... Dat een persoonlijke relatie wel iets meer is dan een gebruiksrelatie, wordt daarbij wel eens tussen haakjes geplaatst.

Bij dit relativeren van het beroepsgeheim masseren welzijnswerkers de bezwaren weg tegen het uitrekken van het juridische speelveld, met als rechtvaardiging een 'gedeeld' beroepsgeheim. Er is echter een belangrijk verschil met de medische sector. Deze heeft immers een ijzersterke reputatie in het hanteren van het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is daar sterk geïnterioriseerd, mede omwille van de toekijkende orde van geneesheren. In het welzijnswerk hebben we deze reputatie niet. Er wordt dan ook dikwijls slordig omgegaan met het beroepsgeheim. Zowel in de omgang onder collega's op de werkvloer als ten aanzien van dossiers, waar soms te veel instaat, en van op computers die tussen de middag blijven openstaan. Dit cultuurverschil tussen dokters en maatschappelijk werkers leidt mij tot de conclusie dat wij niet op de eerste rij moeten staan om te experimenteren of nieuwe inzichten uit te proberen. Wij moeten eerst een inhaalbeweging organiseren: het trainen van een houding van zorgvuldigheid in het omgaan met het beroepsgeheim.

Als de alertheid op de werkvloer wordt gevoed door geregeld deontologisch teamoverleg, zal men vanzelf problemen ontdekken en oplossingen



vinden. Deze alertheid kan bij voorbeeld worden georganiseerd door het betrekken van een ethisch adviseur in het team. In dit kader is het niet direct opportuun om te vlug te spreken over 'gedeeld' en 'gezamenlijk' beroepsgeheim, aangezien het hier nog steeds gaat om fictieve rechtsfiguren. Dat wordt in het boek ook toegegeven. Niet Art. 458 is het probleem, integendeel, het staat als een rots in de branding. Het probleem is een zekere tijdsgeschiedenis die alles tot pragmatiek herleidt omwille van efficiëntie en rendement. Gelukkig is er Art. 458. Blijf eraf!

### *De merkwaardige combinatie van vertrouwenspersoon en informatiepersoon*

Er moet heel wat gerapporteerd worden aan allerlei instanties: OCMW, medische adviseurs, jeugdrechters, enz. Deze combinatie van twee rollen als 'assistent van de cliënt' en 'assistent van de samenleving' is niet typisch voor OCMW of justitie-gerelateerd werk, het is het eerste wezenskenmerk van elk maatschappelijk werk. Elke maatschappelijk werker heeft een dubbele opdrachtgever: burger en samenleving. Daar vindt de dubbele dienstbaarheid zijn oorsprong. Wij die minder traditie hebben in het omgaan met het beroepsgeheim, worden daar (in tegenstelling tot dokters) bijkomend mee geconfronteerd. Dit compliceert ons omgaan met het beroepsgeheim. In dergelijke context is het buitengewoon moeilijk, maar tegelijk noodzakelijk, om de twee rollen niet te scheiden maar te onderscheiden.

Bij overleg tussen hulpverleners is het aangewezen om telkens na te gaan welke pet men vandaag op heeft. In

de informatieopdracht geldt uiteraard de discretieplicht, eventueel het ambtsgeheim, maar niet het beroepsgeheim. De informatiepersoon is niet betrokken in de hulpverlening. Hij is op dat moment de expert die rapporteert. Samenwerking kan en moet, maar met de rem op. De moeilijke combinatie van de rol van 'hulpagent' en 'controleagent' maakt training en bijscholing tot een prioritaire aangelegenheid.

### **Concrete aanbevelingen**

#### *Problemen voorkomen door een houding van terughoudendheid rond het verschaffen van gevoelige informatie*

Eens een probleem zich stelt, is het haast niet meer op te lossen. Preventie is de boodschap door grote terughoudendheid. De eigen visie absolutistisch of relativistisch is niet zo relevant: een professioneel werker zet zijn persoonlijk deontologisch aanvoelen aan kant en tracht te werken overeenkomstig de regels. Terughoudendheid ook inzake het appreciatierecht dat erin bestaat dat de hulpverlener als vertrouwenspersoon of de cliënt meester zou zijn van het beroepsgeheim. Zij moeten inderdaad in laatste instantie zelf de keuze maken om te spreken of te zwijgen, maar ten gronde is die keuzevrijheid sterk beperkt: het beroepsgeheim is immers van openbare orde en dus dwingend. Ook het restrictief omgaan met het gedeeld beroepsgeheim is een aandachtspunt.

#### *Terughoudendheid in het opslaan van gevoelige informatie*

In het verlengde van het vorige is ook

het opslaan van gegevens onderworpen aan dezelfde soberheid. Overwegen wat in elk dossier noodzakelijke en overbodige informatie is, blijft een must. Het hanteren van een dubbel dossier als gevolg van het inzagerecht is daarvoor geen oplossing.

### ***Uitklaren van de positie van vertrouwenspersoon en informatiepersoon***

Als u onder mandaat van een opdrachtgever staat, is het goed dat mandaat zo nauwkeurig mogelijk te omschrijven en uw gesprekspartners (niet het minst de cliënt) er op te wijzen. Dit kan best in het team worden uitgeklaard.

### ***Organiseren van deontologische alertheid in het team***

Door het systematisch agenderen van deontologische kwesties en het uitschrijven van deontologische probleemstellingen kan permanent gewerkt worden aan een zorgvuldigheidscultuur. Eens die teamcultuur geïnstalleerd, vindt men vanzelf werkbare oplossingen binnen het respect voor Art. 458.

### ***Lees het boek en leg het als een bijbel op uw nachtkastje!***

Dit boek kan uw professionele bijbel zijn. Maar een bijbel vraagt tekstexegese en is geen dwingend kookboek. Toch laat hij evenmin een onbeperkte interpretatievrijheid toe, alsof u zelf meester bent van uw beroepsgeheim. Tussen absolutistische uitspraken die de discussie bij voorbaat uitsluiten en relativistische benaderingen die het dwingend karakter wegmasseren onder fictieve aanspraken van gedeeld en gezamenlijk beroepsgeheim, kan een derde weg gevonden worden: respect voor de wet, in het besef dat hier een groot persoonlijk en gemeenschapsbelang op het spel staat. Het gaat hier om een permanente toetsing van de praktijk door middel van de vraag: "Hoe behoor ik volgens de letter en de geest van het beroepsgeheim te handelen?"

We pleiten met andere woorden voor een middenweg tussen het beroepsgeheim als alibi voor het niet nemen van verantwoordelijkheid en het opofferen van het beroepsgeheim aan het persoonlijk aanvoelen en aan de groepscultuur.

