
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: VERSCHILLENDE 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 wetgever 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 (bvb. 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 anderen 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 teamleden¹.
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 volwassenen, 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 wilsbekwame**, moet ook rekening gehouden worden met het recht van de ouders of wettelijk vertegenwoordiger om te weten 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 bvb. in de vorm van een deontologische code of een afsprakennota binnen (of tussen) voorzieningen of binnen een beroepsgroep vastgelegd werden.

¹ 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 literatuur-opgave.

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 omgeving². 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 leefgroepsysteem, 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 hulpverlening³.
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 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**"⁴ 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 mondiger 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 de-institutionalisering 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 verantwoording verschuldigd aan de overheid, waardoor ze erkend en betaald 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.

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.

⁴ 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, burens, eventuele mantelzorgers en vrijwilligers, enz. Voor wie hierover meer wil lezen verwijzen we naar de publicaties van o.m. Chris Gastmans in de literatuurlijst.

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.

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 hulpverleningsproces 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.

DEEL2 : 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 mens⁵.
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 zorg-ethische 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 autonomie⁶. 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, 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 zorg-ethische 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.

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

⁶ 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.

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 verweten 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 cliëntsysteem 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** 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 (bvb. in het aanwervingsbeleid) en moet er ondersteuning voorzien worden (VTO-beleid, intervisie, enz.).

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

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 hulpverleners 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 (bvb. 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 vroegere, 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 ontwikkelt 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 bvb. voor elk van de betrokkenen duidelijk is wie er in welke besprekingen rond de cliëntsituatie aanwezig is? Wat met bvb. 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, bvb. 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 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 afbakening 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 bvb. 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 cliënt-situatie 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."⁸ Deze bijzondere vorm van samenwerking heeft zowel kenmerken van informele zorg als van team- en netwerking 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 hulpverleners 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 terughoudendheid⁹. 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.¹⁰

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.

⁸ Ludo De Cort, in: *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, nr. 255, blz. 20-21.

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 'verstrenge 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 bvb. de zorgcoördinator of de trajectbegeleider.

D. INFORMATIE UITWISSELEN MET DERDEN

65. De hulpverleners kunnen echter ook informatie uitwisselen met **derden**¹¹ 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 (bvb. 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 dienaangaande 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' beroepsgeheim geen vrijbrief wordt om alle informatie te delen, om bvb. 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.

11 We denken hierbij 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 medecliënten die ook heel wat informatie over een cliënt te weten komen. Deze opsomming is niet limitatief.

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 (bvb. 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 buitengerechtigde context, kunnen om de reeds vernoemde redenen (geen zelfde beroepsgeheim en verschillend doel van hun optreden) niet terugvallen op de leer van het gedeeld beroepsgeheim om informatie door te geven aan consulenten bij de sociale dienst bij de jeugdrechtbank 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 bvb. 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. (bvb. leefregels, afspraken rond privacy en zorgvuldigheid, enz.)
85. We pleiten ook voor **wetgevende 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-project¹².
86. Belangrijk is om op te merken dat de problematiek van het uitwisselen van informatie slechts één (beperkt) 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 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.

Brussel, 20 december 2005

12 Zie ook www.vlaamswelzijnsverbond.be, onder 'werken aan welzijn'.

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., TAEELS, 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 welzijnszorg*. Brugge, die Keure, 2003.
- STOCKMAN, R. (Ed.), *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector. Een confrontatie tussen recht en praktijk*, Antwerpen/Groningen, Intersentia Rechtswetenschappen, 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.
- *Zorgethiek, een visie én een weg naar een meer waardegestuurde zorg*, themanummer van het *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, jg. 27, nr. 255, oktober-november 2003.