

# Uitwisselen van informatie bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg

## Een ethisch advies

A. LIÉGEOIS, A. HAEKENS, M. ENEMAN

**SAMENVATTING** De Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde in Vlaanderen heeft een advies geformuleerd over de belangrijke ethische vraag: wanneer en hoe moeten zorgverleners informatie delen dan wel geheimhouden bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg? Dit artikel bespreekt dit advies en het onderzoek dat eraan ten grondslag lag. Het onderzoek bestond uit een combinatie van ethische discussie en literatuuronderzoek. Ten eerste is de keuze voor twee algemene principes geformuleerd – overleg en zorgvuldigheid – die bruikbaar zijn in alle situaties. In overleg toetsen de betrokkenen het uitwisselen van informatie aan de hand van tien zorgvuldigheidscriteria. Ten tweede is advies gegeven voor de toepassing van deze algemene principes. In een team van zorgverleners met een gedeeld beroepsgeheim wordt het relevantiefilter toegepast. In een netwerk van zorgverleners en met derden wordt echter gepleit voor overleg en toestemming, maar worden ook de voorwaarden voor uitzonderingen bepaald.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)10, 787-795]

**TREFWOORDEN** beroepsgeheim, ethiek, informatie

Het proces van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is volop aan de gang (Aelvoet 2001; Van Holsbeke 2003). De organisatie van de zorg evolueert van een aanbodgerichte naar een vraaggestuurde structuur met netwerken, zorgcircuits en samenwerkingsverbanden op basis van specifieke groepen patiënten. De betrokken partners in de zorg worden daarbij geconfronteerd met veel ethische vragen (Liégeois & Van Audenhove 2001). Een van die vragen is hoe zorgverleners moeten omgaan met informatie bij het samenwerken. Meer samenwerking vereist immers meer overleg en informatie-uitwisseling tussen patiënt, professionele zorgverleners, mantelzorgers, familieleden en andere betrokkenen.

Dit leidt tot de onderzoeksvraag van dit artikel: hoe kunnen zorgverleners informatie zorgvuldig uitwisselen bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg? Deze vraag kunnen we verder scherp stellen in het volgende dilemma: moeten de zorgverleners in een gegeven situatie bepaalde informatie delen of geheimhouden? Deze vraagstelling is uiteraard niet specifiek voor Vlaanderen. Ook in Nederland en andere Europese landen leidt de vermaatschappelijking van de zorg tot dergelijke ethische vragen (Liégeois 2005).

Dit artikel is de weergave van een ethisch advies van de Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde in Vlaanderen. In dit advies wordt de ethische vraag besproken wanneer en hoe zorgverleners informa-

tie moeten delen versus geheimhouden bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg.

#### ETHISCH ONDERZOEK

*Afbakening* Informatie wordt in deze context ruim gedefinieerd als alle gegevens over de patiënt in zijn of haar leefwereld. Deze gegevens kunnen mondeling, schriftelijk, elektronisch of via beelden verstrekt worden. We beperken ons tot het uitwisselen van informatie door zorgverleners. Ze kunnen informatie uitwisselen in het team van collega's, in een netwerk met andere zorgverleners en met derden.

Het verstrekken van informatie aan de patiënt of aan zijn vertegenwoordiger wordt hier niet besproken. In België is dit uitvoerig uitgewerkt in de Wet betreffende de rechten van de patiënt (2002), die voorziet in het recht op informatie en in het recht op inzage in het dossier (Morbé 2003; Nys & Vinck 2003). Bovendien willen we een ethisch advies formuleren dat aanvullend kan zijn tegenover het recht.

*Context* De context van informatie-uitwisseling door zorgverleners is tweevoudig: de persoonlijke zorgrelatie met de patiënt, en de samenwerking met andere zorgverleners en derden.

Voor de zorg is het belangrijk dat het vertrouwen kan groeien en bewaard kan blijven gedurende de hele zorgrelatie. Om dit vertrouwen zo veel mogelijk te bevorderen en te beschermen, hebben zorgverleners de opdracht om de persoonlijke levenssfeer van de patiënt te respecteren en het beroepsgeheim te bewaren. Dit impliceert dat zorgverleners bepaalde informatie vertrouwelijk of geheim houden. Autonomie, privacy en vertrouwen zijn hier belangrijke waarden.

Tegelijk is in de zorg een ontwikkeling gaande naar zorgcircuits en samenwerkingsverbanden. Er ontstaat een heel netwerk van professionele zorgverleners uit verschillende diensten, van mantelzorgers, familieleden en andere personen, die samen met de patiënt werken aan de best mo-

gelijke zorg. Om deze zorg te kunnen realiseren, hebben ze informatie nodig. Bovendien zijn zorgverleners soms genoodzaakt tussenbeide te komen om de waarde van het leven, de integriteit of de gezondheid te beschermen. Deze situaties impliceren dat zorgverleners bepaalde informatie uitwisselen met anderen. Deze twee contexten met hun onderliggende waarden leiden tot een spanningsveld tussen het vertrouwelijk houden en het meedelen van informatie.

*Onderzoeksmethode* Om een ethische visie op dit spanningsveld te ontwikkelen, is ervoor gekozen ethische discussie en literatuuronderzoek te combineren. De ethische discussie had plaats in het kader van de Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde, een religieuze congregatie die onder meer actief is in de geestelijke gezondheidszorg in België. Aan de discussie namen 25 ervaren en deskundige zorgverleners deel. Ze vertegenwoordigden de verschillende beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg en de 13 psychiatrische centra van de Broeders van Liefde in Vlaanderen. Het literatuuronderzoek werd vooral verricht door de auteurs van het advies.

Eerste stap was het inventariseren van de morele intuïties en praktijken van de deelnemers. Zij vormen immers een belangrijk uitgangspunt voor een praktijkgerichte ethische reflectie. Door de deelnemers vervolgens te confronteren met de gezichtspunten van anderen en met inzichten uit de literatuur, werden de morele intuïties en praktijken verhelderd en kritisch geëvalueerd. De auteurs stelden een ontwerpadvies op, waarin de besluiten uit de discussie opnieuw werden vergeleken met inzichten uit de literatuur en waarin ze tot een synthese kwamen. Het ontwerpadvies werd hierna opnieuw in het discussieforum besproken en geamendeerd. Dit resulteerde in een nieuw ontwerpadvies, dat werd voorgelegd aan zorgverleners in het werkveld. De opmerkingen die hieruit voortkwamen, werden verwerkt en het advies werd opnieuw besproken en geamendeerd, totdat de deelnemers tot een consensus kwamen over het defini-

TABEL 1 *Zorgvuldigheidscriteria voor de informatie-uitwisseling door zorgverleners bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg*

Zorgvuldigheidscriterium	Omschrijving
Waarom?	
Met welk doel wordt de informatie meegedeeld?	Is het informeren gericht op de zorg voor de patiënt? Is het gericht op de belangen van de patiënt? Of is het gericht op andere belangen? Wat zijn de motieven om informatie te geven of te vragen? Welke doelstelling is verantwoord?
Wie?	
Is de informatieontvanger voldoende betrokken?	Welke band heeft die persoon met de patiënt? Staat die persoon in een zorgrelatie tot de patiënt? Is er een vertrouwensrelatie met de patiënt? Behartigt die persoon de belangen van de patiënt? Of beschermt die persoon de integriteit van de patiënt of van een ander?
Kan de informatieontvanger de informatie verwerken?	Kan die persoon de gegevens verstandelijk en emotioneel verwerken? Wat is de draaglast van de informatie? Wat is de draagkracht van die persoon? Is er een goede verhouding tussen beiden?
Wie is de meest geschikte informatieverstrekker?	Welke zorgverlener is het meest geschikt om de informatie te verstrekken? Wie heeft de beste vertrouwensrelatie met de informatieontvanger? Wie is het meest deskundig om bepaalde informatie te geven?
Wat?	
Is de informatie relevant?	Is de informatie relevant of betekenisvol voor de doelstelling en voor de informatieontvanger? Is de informatie noodzakelijk om goede zorg te bieden, om de belangen van de patiënt te behartigen, of om de integriteit van de patiënt of een ander te beschermen? Wat zijn hoofdzaken en wat zijn bijzaken?
Is de hoeveelheid informatie gepast?	Wordt er te veel informatie meegedeeld? Of wordt er te weinig informatie verstrekt? Is de informatie voldoende om verantwoordelijkheid op te nemen? Welke is de juiste maat van informatie?
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?	
Wordt de informatie vertrouwelijk meegedeeld?	Is de wijze van informeren voldoende vertrouwelijk? Toont de informatieverstrekker voldoende respect voor de patiënt? Is de informatieontvanger gebonden aan het beroepsgeheim? Is het meedelen van informatie voldoende beveiligd?
Wat zijn de gunstigste omstandigheden om informatie mee te delen?	Wanneer kan de informatie het beste worden meegedeeld? Waar wordt de informatie het beste meegedeeld? Wordt voldoende rekening gehouden met de context?
Kan de patiënt aanwezig zijn bij het meedelen van de informatie?	Is het aangewezen, wenselijk en mogelijk dat de patiënt aanwezig is bij het meedelen van de informatie? Wenst de patiënt aanwezig te zijn? Kan de patiënt de informatie zelf meedelen? Hoe kan de patiënt betrokken worden indien hij of zij niet aanwezig kan zijn?

tieve advies.

Het hele proces vond plaats in een discussieforum dat zodanig open en vrij was, dat de deelnemers los van elke druk van gezag of functie hun mening naar voren konden brengen.

#### ALGEMENE PRINCIPES: ZORGVULDIGHEID EN OVERLEG

Uit het onderzoek kwamen twee algemene, ethische principes naar voren voor het omgaan met het spanningsveld tussen het vertrouwelijk houden en het meedelen van informatie: zorgvuldigheid en overleg. Deze twee principes zijn in alle situaties toepasbaar, zowel bij het uitwisselen van informatie in een team van zorgverleners als in een netwerk van zorgverleners en derden.

**Zorgvuldigheid** Om het principe van zorgvuldigheid in de praktijk toe te passen, kunnen de zorgverleners tien criteria gebruiken (tabel 1). Er is geen 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.

**Overleg** De criteria voor zorgvuldigheid kunnen de zorgverleners verbinden met het principe van overleg. Het overleg is een van de leidende principes in de adviezen van de Werkgroep Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg en kwam sterk op de voorgrond in het advies over vrijheid en dwang (Liégeois & Eneman 2004). De zorgverleners kunnen het overleg aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria voeren op twee niveaus.

In de eerste plaats kunnen ze met deze criteria een algemene visie en algemeen beleid uitwerken over het uitwisselen van informatie met hun belangrijkste partners in de zorg. Deze, niet-patiëntgebonden visie en algemeen beleid voorkomen dat de zorgverleners bij elke patiënt opnieuw hun houding moeten bepalen. Dit vergt overleg met de belangrijkste partners over hun manier van sa-

menwerken en informatie-uitwisselen.

Vervolgens stellen de zorgverleners zichzelf in elke individuele situatie vragen over de toepassing van de algemene visie en het beleid. Vanuit een houding van kritische zelfreflectie toetsen ze het uitwisselen van informatie aan de zorgvuldigheidscriteria. Ze toetsen de criteria in overleg met de zorgverleners in het team, met de patiënt zelf en met de zorgverleners of derden met wie ze de informatie uitwisselen.

Beide vormen van overleg vragen in het begin veel tijd. Door te overleggen, drukken de zorgverleners hun respect uit voor de betrokken partijen en werken ze aan de samenwerkings- en vertrouwensrelatie met hen. Bovendien bevordert het overleg de duidelijkheid en transparantie van de informatie, wat de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg ten goede komt.

Overleg is meestal geen eenmalig gebeuren, maar een proces van ontmoeten, informeren, bespreken, motiveren en streven naar consensus. Gedurende het overleg groeien de opvattingen naar elkaar toe. Overleg is de aangewezen weg om zorgvuldig met informatie om te gaan. Welke vorm het overleg aanneemt, hangt van de doelgroep af.

#### TOEPASSINGEN: VERSCHILLENDE DOELGROEPEN

In het onderzoek werden de twee algemene principes ook toegepast op de verschillende doelgroepen bij het uitwisselen van informatie, in het bijzonder in een team van zorgverleners enerzijds en in een netwerk van zorgverleners en met derden anderzijds. Hieronder worden de toepassingen op de doelgroepen uitgewerkt.

##### *Informatie uitwisselen in een team van zorgverleners*

**Afbakening: team van zorgverleners** Hoewel de geestelijke gezondheidszorg zich ontwikkelt naar netwerken, zorgcircuits en samenwerkingsverbanden, blijven de teams van afdelingen of diensten een belangrijke rol spelen. Deze teams

bestaan uit professionele zorgverleners van verschillende beroepsgroepen, die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg. Er zijn echter afbakening 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 professionele deskundigheid. Deze kunnen belangrijk zijn bij het al dan niet delen van informatie door zorgverleners in een team. Een team vormt in het organigram van de zorginstelling een afzonderlijke entiteit waarbij het duidelijk is wie al dan niet tot het team behoort. Bovendien beleven de zorgverleners zelf het team als een vaste groep met een gezamenlijke opdracht, ook al zijn er specifieke taken en bevoegdheden. Ook de meeste patiënten zien het team als een herkenbare groep van zorgverleners die zorg bieden op een bepaalde afdeling of dienst.

*Algemene regel: gedeeld beroepsgeheim* Als de teamleden gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een groep patiënten, moeten ze de nodige informatie kunnen uitwisselen om die verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Verantwoordelijkheid veronderstelt immers kennis, en dus informatie. Desondanks zijn zorgverleners gebonden aan het beroepsgeheim. Het Belgisch Strafrecht schrijft voor dat zorgverleners ‘die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd’ deze niet bekend mogen maken buiten de gevallen waarin de wet hen daartoe verplicht (Belgisch Strafwetboek, art. 458). Deze regelgeving dateert uit een periode dat de zorgverlening vooral plaats had in een een-op-eenrelatie tussen zorgverlener en patiënt. Wanneer echter verschillende beroepsgroepen samenwerken in een team, is deze regel moeilijk hanteerbaar. Een rigoureuze toepassing van het beroepsgeheim leidt er immers toe dat samenwerking in de zorg onmogelijk wordt. Daarom werd in de rechtsleer en de rechtspraak het principe van het ‘gedeelde beroepsgeheim’ ontwikkeld (Nys 2003; Put e.a. 2003). Volgens het

gedeelde beroepsgeheim kunnen zorgverleners in een team de informatie uitwisselen die noodzakelijk is voor de zorg voor een patiënt, zonder het wettelijke beroepsgeheim te schenden.

Vanuit ethisch perspectief vatten we het beroepsgeheim in een team ook op als een gedeeld beroepsgeheim (Liégeois 1997; Stockman 1998). De zorgverleners kunnen dan de nodige informatie over een patiënt in het team delen, zonder daar telkens de toestemming van de patiënt voor te vragen. Buiten het team houden ze de informatie geheim. Doordat het team afgebakend en herkenbaar is, is het voor alle betrokkenen duidelijk voor wie dit gedeelde beroepsgeheim geldt. Niettemin vatten patiënten het beroepsgeheim dikwijls strikt individueel op. Daarom is het noodzakelijk dat de zorgverleners de patiënt zo vroeg mogelijk bij de opname inlichten over wie tot het team behoort en over het gedeelde karakter van het beroepsgeheim. De zorgverleners leggen daarbij uit dat het gedeelde beroepsgeheim van belang is voor de kwaliteit van zorg.

*Aandachtspunt: relevantiefilter* Het gedeelde beroepsgeheim betekent echter geen vrijgeleide om alle informatie met alle leden van het team te delen. De zorgverleners kunnen een kritische afweging maken aan de hand van voornoemde tien 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 zorgverleners alleen informatie in het team meedelen die relevant is voor de zorg voor de patiënt. De andere informatie houden ze vertrouwelijk. Dit impliceert tevens dat de informatie relevant moet zijn voor een bepaalde zorgverlener of beroepsgroep. Gezien de afbakening binnen het team, is het mogelijk dat informatie relevant is voor een bepaalde beroepsgroep of zorgverlener 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

teamoverleg, maar bij alle informele gesprekken op de afdeling.

*Informatie uitwisselen in een netwerk van zorgverleners en met derden*

*Afbakening: netwerk van zorgverleners en met derden* In de eerste plaats kunnen zorgverleners in een netwerk informatie uitwisselen. De samenwerking met zorgverleners buiten het eigen team neemt immers in belang toe naarmate de zorgverlening zich verder ontwikkelt in netwerken en zorgcircuits. Er zijn diverse groepen die tot het netwerk kunnen behoren. Ten eerste zijn dat familieleden, naaste betrokkenen en vrijwilligers, die optreden als mantelzorgers of 'informele' zorgverleners, en daadwerkelijk verantwoordelijkheid in de zorg nemen. Ten tweede zijn er de professionele of 'formele' zorgverleners, die niet behoren tot het eigen team, zoals de huisarts en andere zorgverleners die werken binnen of buiten de zorginstelling, het zorgcircuit of het samenwerkingsverband. Ten derde kan het gaan om justitiële instanties, die een welomschreven verantwoordelijkheid voor de zorg van een patiënt hebben, bijvoorbeeld in het kader van forensische psychiatrie of gedwongen opname.

Al deze zorgverleners vormen een netwerk rondom een patiënt. Dit netwerk krijgt gestalte naargelang de zorgvraag van de patiënt. Voor elke individuele patiënt is het netwerk dan ook verschillend. De zorgverleners werken samen, afhankelijk van de zorg per individuele patiënt. Ze vormen geen afgebakend team en zijn niet duidelijk herkenbaar als groep. Zowel de zorgverleners als de patiënten beleven deze functionele samenwerking op een andere wijze dan in een team. Zorgverleners die op hun afdeling of dienst behoren tot een team, staan in een andere verhouding tot zorgverleners buiten hun team. Ze kunnen zelf om informatie vragen aan andere zorgverleners, die op hun beurt al dan niet behoren tot een team. Maar ze kunnen ook informatie aan die andere zorgverleners willen doorgeven of ze kunnen van hen een vraag om informatie krijgen. De aard van

de verhoudingen tussen de zorgverleners in een netwerk kan dus zeer verschillend en wisselend zijn.

De zorgverleners kunnen echter ook informatie uitwisselen met derden die geen verantwoordelijkheid dragen in de zorg voor de patiënt, maar die wel betrokken zijn bij de patiënt en zijn of haar belangen. In de eerste plaats kan hier worden gedacht aan familie, naaste betrokkenen en vrijwilligers die geen effectieve verantwoordelijkheid in de zorg voor de patiënt hebben. 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 politieonele diensten of een openbaar bestuur. Een vijfde groep zijn personen die gegevens registreren. Een zesde groep omvat mensen die wetenschappelijk onderzoek uitvoeren. Een zevende groep bestaat uit de justitiële instanties die geen verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt hebben, bijvoorbeeld in gerechtelijke of strafrechtelijke zaken. En ten slotte zijn er de medepatiënten die ook veel informatie over een patiënt te weten komen. Ook deze opsomming is niet limitatief. De meeste personen uit de tweede tot en met de zevende groep zijn vanuit hun professionele opdracht gebonden aan het beroepsgeheim.

*Probleemstelling: gedeeld beroepsgeheim?* Zorgverleners in een netwerk zijn samen verantwoordelijk voor de zorg voor een patiënt en hebben informatie nodig om die verantwoordelijkheid te kunnen nemen. De kernvraag is of het principe van gedeeld beroepsgeheim kan worden uitgebreid van het samenwerken in een team naar het samenwerken in een netwerk van zorgverleners. Vanuit ethisch perspectief pleiten we niet voor een uitbreiding van het gedeelde beroepsgeheim

(Liégeois 1997; Stockman 1998). Onder deze zorgverleners bevinden zich immers mantelzorgers die niet professioneel gebonden zijn aan het beroepsgeheim, hoewel het respectvol omgaan met informatie ook voor hen belangrijk is. Belangrijker is dat deze zorgverleners geen team vormen dat duidelijk afgebakend en herkenbaar is. Daarom zou het delen van informatie weinig transparant zijn, zowel voor de zorgverleners zelf als voor de patiënt. Bovendien zouden de privacy van de patiënt en de vertrouwensrelatie met de patiënt ernstig in het gedrang komen.

Dezelfde vraag kunnen we stellen voor het uitwisselen van informatie met derden. 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 zorgverlenend beroep uitoefenen. Uiteraard zijn de bovenvermelde argumenten van 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 gerespecteerd moet worden.

Daarom baseren we ons op het algemene principe uit dit advies, namelijk *overleg*. De zorgverleners overleggen met de patiënt over de infor-

matie die ze wensen uit te wisselen. Ze informeren de patiënt over de informatie die verstrekt kan worden en motiveren het belang of de noodzaak ervan. Ze motiveren de patiënt om akkoord te gaan met het uitwisselen van informatie, maar luisteren evenzeer naar de opvattingen en argumenten, de gevoelens en emoties van de patiënt. Ze houden hiermee rekening en passen de overdracht van informatie eventueel aan. Zorgverleners en patiënt streven naar overeenstemming. In die overeenstemming krijgen de zorgverleners de toestemming van de patiënt. Overleg is ethisch gezien de beste weg tot toestemming.

Dit overleg is niet noodzakelijk wanneer de gegevens in het kader van registratie volledig anoniem verstrekt kunnen worden. Als de zorgverleners de informatie volledig anoniem kunnen verstrekken, dan is er geen probleem voor de vertrouwelijkheid. De informatie over de patiënt kan immers niet verbonden worden met zijn of haar identiteit. Echter, men moet ervoor oppassen dat de identiteit van de patiënt niet kan worden afgeleid uit de combinatie van verschillende gegevens.

Als zorgverleners in een netwerk en aan derden informatie willen geven of vragen, toetsen ze het meedelen van die informatie aan de zorgvuldigheidscriteria. Ze doen dit bij zichzelf, maar

TABEL 2 De drie voorwaarden waaraan moet worden voldaan alvorens informatie kan worden meegedeeld zonder toestemming van de patiënt

(1) Onmogelijkheid van overleg en toestemming	De onmogelijkheid om (verder) te overleggen en de toestemming van de patiënt te krijgen. De zorgverleners stellen alles in werking om de toestemming te krijgen.
(2) Dreigende ernstige schade aan leven of integriteit, gezondheid of zorg	De dreiging van ernstige schade, ofwel aan het leven of de integriteit van de patiënt of een andere persoon, ofwel aan de gezondheid of de zorg voor de gezondheid van de patiënt. Hier staan de waarde van het leven, de integriteit, de gezondheid en de zorg op het spel. De zorgverleners zijn er hierbij van overtuigd dat de schade effectief vermeden kan worden door de informatie uit te wisselen en dat er geen alternatieven zijn om de schade te vermijden.
(3) Proportionele verhouding tussen voornoemde schade en schending van vertrouwelijkheid	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 zorgverleners de vertrouwelijkheid niet meer schenden dan strikt nodig om de schade aan leven, integriteit, gezondheid of zorg te vermijden. Ze wisselen alleen informatie uit die noodzakelijk is om de schade te vermijden.

ook in het teamoverleg, met de patiënt, met de betrokken zorgverleners buiten het team en met derden. Onder de tien zorgvuldigheidscriteria speelt relevantie een belangrijke rol. De relevantiefilter is dus ook hier van toepassing.

*Informatie uitwisselen zonder toestemming* Er zijn echter uitzonderlijke situaties mogelijk waarin de zorgverleners informatie moeten meedelen zonder dat de patiënt ermee akkoord gaat. In die situaties hebben de waarden van zorg, leven, integriteit of gezondheid meer prioriteit dan autonomie, privacy of vertrouwen. De zorgverleners bevinden zich in een dergelijke uitzonderlijke situatie indien aan drie voorwaarden wordt voldaan. Dit zijn de onmogelijkheid om toestemming te krijgen, de dreiging van ernstige schade en de proportionele verhouding tussen voornoemde schade en schending van vertrouwen (tabel 2). Deze voorwaarden kwamen al aan bod in het advies van de Werkgroep Ethiek over het omgaan met vrijheid en dwang (Liégeois & Eneman 2004).

Indien tegelijkertijd aan deze drie voorwaarden is voldaan, kunnen zorgverleners zonder toestemming 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 zorgverleners hun beslissing aan de patiënt. Zo proberen ze nog zo veel mogelijk de waarde van de autonomie, de privacy en het vertrouwen van de patiënt te respecteren.

## CONCLUSIE

Vertrekpunt was de onderzoeksvraag hoe zorgverleners informatie zorgvuldig kunnen uitwisselen bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg. Het eerste resultaat van het onderzoek is de keuze voor twee algemene principes: overleg en zorgvuldigheid. Het ethisch ideaal is dat zorgverleners zo veel mogelijk overleggen met de patiënt en de betrokkenen over het al dan niet uitwisselen van informatie in een bepaalde situatie. In dit overleg passen de zorgverleners de zorg-

vuldigheidscriteria toe.

Het tweede resultaat is de toepassing van deze algemene principes op twee doelgroepen. In een team hebben de zorgverleners een gedeeld beroepsgeheim en passen ze de relevantiefilter toe. In een netwerk van zorgverleners en met derden overleggen de zorgverleners om de toestemming van de patiënt te verkrijgen. Het ideaal van overleg is echter niet altijd realiseerbaar en soms komen de betrokkenen niet tot overeenstemming. Daarom kan het verantwoord zijn informatie uit te wisselen zonder toestemming indien overleg en toestemming werkelijk onmogelijk zijn, er ernstige schade dreigt aan het leven, de integriteit, de gezondheid of de zorg en er een proportionele verhouding is tussen de ernst van de voornoemde schade en het schenden van de vertrouwelijkheid. Deze formuleringen geven de zorgverleners ruimte voor eigen interpretatie. De zorgverleners krijgen zo de verantwoordelijkheid om in elke concrete situatie met grote zorgvuldigheid na te gaan hoe ze het beste informatie uitwisselen.

Bij twijfel doen zorgverleners er goed aan te kiezen voor het beroepsgeheim. Als ze daardoor te weinig informatie hebben verstrekt, kunnen ze dit meestal naderhand nog gemakkelijk en zonder veel schade corrigeren. Te veel informatie doorgeven is echter veel moeilijker te corrigeren en de eventueel toegebrachte schade is meestal groter.

## LITERATUUR

- Aelvoet, M. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg*. Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
- Holsbeke, J. van (Red.). (2003). *VVI-project GGZ. Aanzet tot concretisering van het nieuw organisatieconcept GGZ*. Brussel: Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen.
- Liégeois, A. (1997). *Begrensd vrijheid. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Kapellen: Pelckmans.
- Liégeois, A., & van Audenhove, C. (2001). Ethische dilemma's in de vermaatschappelijking van de GGZ in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 11, 107-113.
- Liégeois, A., & van Audenhove, C. (2005). Ethical dilemmas in community mental health care. *Journal of Medical Ethics*, 31, 452-456.



- Liégeois, A., & Eneman, M. (2004). Omgaan met vrijheid en dwang in de geestelijke gezondheidszorg: een ethisch advies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 369-378.
- Morbé, E. (2003). *De wet betreffende de rechten van de patiënt*. Heule: UGA.
- Nys, H. (2003). *Medisch Recht*. Leuven: Acco.
- Nys, H., & Vinck, I. (2003). *Nieuwe wetgeving inzake patiëntenrechten*. Mechelen: Kluwer.
- Put, J., Verdeyen, V., & Loosveldt, G. (2003). *Gebruiksrechten in de welzijnszorg*. Brugge: Die Keure.
- Stockman, R. (Red.). (1998). *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector. Een confrontatie tussen recht en praktijk*. Antwerpen/Groningen: Intersentia Rechtswetenschappen.
- Strafwetboek. (2004). *Fundamentele Belgische Wetgeving*. Mechelen: Kluwer.
- Wet betreffende de rechten van de patiënt. (2002). *Staatsblad*, 26 september. (België)

## AUTEURS

- A. LIÉGEOIS is ethicus en hoofddocent aan de faculteit Godgeleerdheid van de KU Leuven en stafmedewerker bij de Broeders van Liefde te Gent.
- A. HAEKENS is gerontopsychiater in het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Tienen.
- M. ENEMAN is psychiater en hoofdgeneesheer in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek.
- Correspondentieadres: A. Liégeois, Broeders van Liefde, Stropstraat 119, B-9000 Gent.  
E-mail: axel.liegeois@fracarita.org.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-9-2005.

## SUMMARY

Sharing information among carers involved in mental health care: ethical advice – A. Liégeois, A. Haekens, M. Eneman –

*This article reproduces ethical advice given by the Ethical Committee for Mental Health Care set up by the Brothers of Charity in Flanders. The advice relates to the ethical problem that arises when several health care professionals and carers cooperate in mental health care: when and how should they share information about a patient or should information be kept confidential? The research on which the advice was based, consists of discussing ethical matters and studying the relevant literature. Two general principles emerged from the research, namely, consultation and carefulness. These principles are applicable in all situations. On every occasion the involved professionals and carers test whether patient information should be passed on. The test is conducted on the basis of ten carefulness criteria. The next step is to apply these general principles. If a team of carers is involved, then, it is argued, there should be shared confidentiality, the relevance of which undergoes a filtering process. On the other hand, when there is a network of professionals and carers and third parties are involved, consultation and carefulness should prevail, although exceptions can be made in certain circumstances.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)10, 787-795]

KEY WORDS confidentiality, ethics, information