

Het voorwaardelijk gedeelde beroepsgeheim bij het uitwisselen van informatie in een team of netwerk

Revisie van een ethisch advies

A. LIÉGEOIS, A. HAEKENS, M. ENEMAN

ACHTERGROND Zorgverleners werken niet alleen samen in een team, maar ook steeds meer in netwerken. Dit is een ethische uitdaging voor de uitwisseling van informatie en het beroepsgeheim.

DOEL Reviseren van een eerder advies van de Begeleidingscommissie Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg van de Broeders van Liefde in Vlaanderen, waarbij wij ingaan op de vraag of het gedeelde beroepsgeheim uitgebreid kan worden van een team naar een netwerk.

METHODE De Begeleidingscommissie Ethiek gebruikt een geëigende methode die een combinatie is van ethische discussie en literatuuronderzoek.

RESULTATEN Het vorige advies voldoet niet meer als gevolg van praktische en principiële overwegingen. Wij opteren voor een positieve visie op de ontwikkeling van de samenwerking van zorgverleners in teams en netwerken. Daarom stellen we een gedeeld beroepsgeheim voor, maar verbinden er vijf voorwaarden aan: een duidelijk afgebakend en herkenbaar team of netwerk van zorgverleners, een gezamenlijke zorgopdracht, een plicht tot beroepsgeheim, het overleg met en de toestemming van de patiënt, en de toepassing van de relevantiefilter.

BESLUIT Zorgverleners kunnen in een team of netwerk informatie uitwisselen op basis van een voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)11, 841-849]

TREFWOORDEN beroepsgeheim, ethiek, informatie, netwerk, overleg, team

Vijf jaar geleden formuleerde de begeleidingscommissie ethiek in de geestelijke gezondheidszorg bij de Broeders van Liefde een ethisch advies over het uitwisselen van informatie bij het samenwerken in de ggz. De Broeders van Liefde zijn een religieuze congregatie met een groep van dertien voorzieningen in de ggz in Vlaanderen. Het advies werd gepubliceerd in dit tijdschrift (Liégeois e.a. 2006) en geïmplementeerd in een aantal voorzieningen voor ggz. De richtlijnen over het uitwisselen van informatie bij het samenwerken in een

netwerk botsten er echter op praktische bezwaren. Op die manier beïnvloedt de praktijk van het samenwerken in een netwerk ook de visievorming op het uitwisselen van informatie in een netwerk. Deze wisselwerking tussen theorie en praktijk noopte de begeleidingscommissie ethiek ertoe het advies te reviseren.

Het advies gaat uit van een specifiek ethisch perspectief: het is gebaseerd op ethische principes en ontwikkelt van daaruit een ethische visie op het uitwisselen van informatie in een team of net-

werk, die verschillend kan zijn van de visie in andere richtlijnen. Het belangrijkste punt van revisie is het voorstellen van een gedeeld beroepsgeheim bij het uitwisselen van informatie in een netwerk. Dit gedeelde beroepsgeheim wordt echter aan een reeks strikte voorwaarden gebonden. Het advies kan dienen als een leidraad voor de zorgverleners bij de kritische toetsing van praktische situaties.

ZORGVULDIGHEID EN OVERLEG

Het vorige advies was gebaseerd op twee ethische principes voor het omgaan met het spanningsveld tussen het geheim houden en het uitwisselen van informatie, te weten zorgvuldigheid en overleg.

Zorgvuldigheid

Om het principe van zorgvuldigheid in de praktijk toe te passen, stelden we in het vorige advies tien criteria voor (Liégeois e.a. 2006, 789). De criteria werden opgebouwd aan de hand van vier vragen: waarom, wie, wat en hoe? Het eerste zorgvuldigheidscriterium is gericht op het waarom:

- met welk doel wordt de informatie meegedeeld? De volgende drie criteria betreffen wie bij de uitwisseling betrokken is:
- is de informatieontvanger voldoende betrokken?
- kan de informatieontvanger de informatie verwerken?
- wie is de geschikteste informatieverstrekker?

De volgende drie criteria gaan over wat er uitgewisseld wordt:

- is de informatie relevant?
- is de hoeveelheid informatie gepast?
- is de informatie gegrond en betrouwbaar?

De laatste drie criteria gaan in op de vraag hoe de informatie uitgewisseld wordt:

- wordt de informatie vertrouwelijk meegedeeld?
- wat zijn de gunstigste omstandigheden om de informatie mee te delen?

- kan de patiënt aanwezig zijn bij het meedelen van de informatie?

Deze zorgvuldigheidscriteria zijn in alle situaties toepasbaar. Er is geen orde van belangrijkheid. Het belang van elk criterium komt naar voren in de toepassing ervan in een bepaalde situatie.

Overleg

De zorgvuldigheidscriteria kunnen de zorgverleners gebruiken in het overleg. Het vorige advies stelde het overleg voor als de beste weg om keuzes te maken bij het uitwisselen van informatie (Liégeois e.a. 2006, 790). Zorgverleners, patiënt en eventueel andere betrokkenen overleggen aan de hand van de zorgvuldigheidscriteria over het uitwisselen van informatie. Dit overleg is meestal geen eenmalig gebeuren, maar een proces van ontmoeten, informeren, motiveren, streven naar consensus en vragen om toestemming. Door overleg creëren de zorgverleners transparantie. Ze respecteren de privacy van de patiënt en bevorderen de vertrouwensrelatie met de patiënt en de andere betrokkenen.

Er zijn echter uitzonderlijke situaties waarin de zorgverleners informatie moeten uitwisselen zonder dat er overleg of toestemming is. In het vorige advies stelden wij drie voorwaarden voor het uitwisselen van informatie zonder overleg met of toestemming van de patiënt (Liégeois e.a. 2006, 793):

- de onmogelijkheid van overleg of toestemming,
- de dreigende ernstige schade aan leven of integriteit, gezondheid of zorg,
- de proportionele verhouding tussen de genoemde schade en de schending van de vertrouwelijkheid.

Indien tegelijk aan deze drie voorwaarden voldaan is, kunnen zorgverleners informatie uitwisselen zonder overleg of toestemming. Dit blijft echter een uitzondering op de algemene regel van het overleg.

VERSCHILLENDE DOELGROEPEN

De principes van zorgvuldigheid en overleg werden in het vorige advies toegepast op verschillende doelgroepen, met name het uitwisselen van informatie in een team, in een netwerk en met derden. Een team en een netwerk zijn allebei een duidelijk afgebakende en herkenbare groep van zorgverleners. Het onderscheid is echter dat een team een groep van zorgverleners uit één zorgeenheid is, terwijl een netwerk een groep is van individuele zorgverleners zoals een huisarts, of zorgverleners uit verschillende teams, zorgeenheden, diensten of voorzieningen. Een netwerk is dus veel complexer en overschrijdt de grenzen van een zorgeenheid of een voorziening. Derden zijn personen die geen zorgopdracht voor de patiënt hebben, niet tot het team of netwerk behoren, maar wel op een andere wijze betrokken zijn op de patiënt.

Team

Voor het uitwisselen van informatie in een team van zorgverleners kozen wij voor een gedeeld beroepsgeheim (Liégeois e.a. 2006, 790-791). Als de teamleden gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een patiënt, moeten ze ook de informatie kunnen uitwisselen die nodig is om die verantwoordelijkheid op te nemen. De zorgverleners kunnen de nodige informatie in het team delen, zonder telkens de toestemming van de patiënt te vragen, maar houden de informatie geheim buiten het team.

Netwerk en derden

De kernvraag van het vorige advies was of het gedeelde beroepsgeheim uitgebreid kan worden van een team naar een netwerk van zorgverleners. In het advies opteerde de commissie niet voor een uitbreiding van het gedeelde beroepsgeheim (Liégeois e.a. 2006, 792-793). Het belangrijkste argument was dat een netwerk, anders dan een team, geen duidelijk afgebakende en herkenbare groep van zorgverleners is. Daardoor is het uitwisselen

van informatie in een netwerk onvoldoende transparant, wordt de privacy van de patiënt mogelijk geschonden en komt de vertrouwensrelatie met de patiënt in het gedrang. Daarom wordt bij het uitwisselen van informatie in een netwerk, net zoals bij derden, een beroep gedaan op het principe van overleg. De zorgverleners overleggen met de patiënt over het uitwisselen van informatie, en in het overleg krijgen ze de toestemming van de patiënt. Niettemin kunnen de zorgverleners in uitzonderlijke situaties informatie uitwisselen zonder overleg of toestemming van de patiënt indien voldaan wordt aan de in het voorgaande genoemde voorwaarden.

KRITISCHE REFLECTIES

Bij het evalueren van de implementatie van het ethisch advies in de voorzieningen voor ggz, werd een aantal kritische reflecties geformuleerd over het uitwisselen van informatie in een netwerk. De praktische reflecties kwamen vanuit de voorzieningen terwijl de begeleidingscommissie zelf enkele principiële reflecties maakte.

Praktische reflecties

Een aantal zorgverleners heeft positieve ervaringen met het opzetten van overleg met de patiënt bij het uitwisselen van informatie in een netwerk van zorgverleners. Het betrekken van de patiënt zelf door met hem of haar te overleggen, ervaren zij als heel positief. Weliswaar wordt niet telkens overlegd bij elke uitwisseling van informatie, maar worden er in het overleg afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie tussen de verschillende partners van het netwerk.

Een aantal zorgverleners ziet het opzetten van overleg als niet haalbaar. Ze zijn immers zo vertrouwd met het gedeelde beroepsgeheim in een team waar ze informatie delen zonder overleg met de patiënt, dat ze de spontane neiging hebben om ook het beroepsgeheim in een netwerk te delen zonder overleg met de patiënt. Bovendien ervaren sommige zorgverleners het organiseren van over-

leg als veel te omslachtig en te tijdrovend in een situatie waarin de werkdruk al zo groot is. Andere zorgverleners vinden dat het betrekken van de patiënt in het overleg over de uitwisseling van informatie niet mogelijk is omdat de patiënt onvoldoende inzicht heeft in zijn of haar eigen situatie om verantwoorde keuzes te maken.

Principiële reflecties

De begeleidingscommissie ethiek nam deze praktische reflecties ernstig en voegde er nog een aantal principiële reflecties aan toe. Zo vindt de commissie dat het verschil in aanpak tussen het uitwisselen van informatie in een team en in een netwerk groot is. Het vorige advies aanvaardt de vanzelfsprekende praktijk van het gedeelde beroepsgeheim in een team, maar stelt hoge eisen van overleg bij het uitwisselen van informatie in een netwerk. Bijgevolg kan een groep van zorgverleners gebruikmaken van het gedeelde beroepsgeheim als ze zich beschouwt als een team. Maar als ze zich beschouwt als een netwerk, moet ze de weg van het overleg gaan. In sommige praktijksituaties is het inderdaad voor discussie vatbaar of een bepaalde groep een team dan wel een netwerk is, terwijl precies dit punt leidt tot een andere manier van uitwisselen van informatie.

Een tweede en fundamentele reflectie is dat het vorige advies het samenwerken in een netwerk onvoldoende positief benadert. Er is immers een hele ontwikkeling in het samenwerken in de zorg. Waar vroeger zorgverleners vooral afzonderlijk zorg boden zonder systematisch overleg, werkten ze vervolgens wel op een systematische wijze samen in een team van zorgverleners en nu steeds meer in een netwerk van zorgverleners. Die ontwikkeling beschouwt de begeleidingscommissie als ethisch waardevol en noodzakelijk voor de zorg. Daarom wil de commissie de samenwerking in een netwerk principieel op dezelfde wijze benaderen als het samenwerken in een team van zorgverleners. De wending naar een positievere visie op het uitwisselen van informatie in een netwerk maakte een revisie van het vorige advies noodzakelijk.

ETHISCHE METHODIEK

De begeleidingscommissie gebruikte een geëigende ethische methode om te komen tot een revisie van het advies. De methode is gebaseerd op literatuurstudie en ethische discussie. De literatuurstudie werd uitgevoerd door de redacteur van het advies en de eerste auteur van dit artikel. De ethische discussie had plaats tijdens de bijeenkomsten van de begeleidingscommissie, waaraan 28 deskundige en ervaren zorgverleners uit de ggz deelnamen. Zij vertegenwoordigden de verschillende beroepsgroepen en de verschillende voorzieningen in de ggz van de Broeders van Liefde in Vlaanderen.

Eerst werden de ethische intuïties en praktijken van de deelnemers uitgesproken en geïnventariseerd. Deze zijn immers een belangrijk uitgangspunt voor een praktijkgerichte ethische reflectie. Ze werden verhelderd en kritisch geëvalueerd door ze te confronteren met de gezichtspunten van de andere deelnemers. Ook werden ze vergeleken met en getoetst aan de inzichten uit de literatuur, zowel de relevante ethische literatuur (Beck 1990; Bok 1996; Cordess 2001; Joseph & Onek 1999; Wettstein 1997) als de juridische literatuur (Stockman 1998; Van der Straete & Put 2005).

Daarna stelde de redacteur een ontwerpadvies op dat een synthese tot stand bracht tussen de ethische discussie en het literatuuronderzoek. Het ontwerpadvies werd opnieuw in het discussieforum besproken en geamendeerd totdat de deelnemers kwamen tot een consensus over het advies. Het hele proces vond plaats in een discussieforum dat zodanig open en vrij was dat de deelnemers werkelijk hun mening naar voren konden brengen, los van elke druk van gezag of functie.

Nadien werd het advies ter consultatie voorgelegd aan een gesloten bijeenkomst met externe partners uit het beleid en de overheid: de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, het Vlaams Agentschap Zorg en Beleid, het Vlaams Agentschap Inspectie, het Overlegcomité overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg, de Orde van Geneesheren, Zorgnet Vlaanderen, de familiever-

eniging Similes en andere. Ze stemden met het advies in en gaven nog enkele opmerkingen die in de definitieve versie van het advies werden opgenomen. Op basis van de methodiek en consultatie kan het advies rekenen op een brede waardering en instemming.

OPTIE VOOR GEDEELD BEROEPSGEHEIM

Het uitgangspunt van het gereviseerde ethisch advies is de toenemende samenwerking in teams en netwerken in de ggz en de positieve evaluatie van deze ontwikkeling in de samenwerking.

Gedeeld beroepsgeheim

Als de zorgverleners in een team of een netwerk gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een patiënt, is het noodzakelijk dat ze ook onder elkaar de informatie kunnen uitwisselen die nodig is om deze verantwoordelijkheid op te nemen. De reden hiervoor is dat verantwoordelijkheid kennis veronderstelt, en dus informatie. Daarom vat de begeleidingscommissie ethiek het beroepsgeheim in een team of een netwerk op als een 'gedeeld beroepsgeheim'. Hoewel er in België geen enkele wettelijke bepaling is die het gedeeld beroepsgeheim regelt, is het concept wel in overeenstemming met de actuele ontwikkelingen in de rechtsleer en de rechtsspraak (Van der Straete & Put 2005, 207-39).

Het gedeelde beroepsgeheim impliceert dat zorgverleners die in een team of een netwerk gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een patiënt, onder elkaar de informatie kunnen uitwisselen die nodig is om deze verantwoordelijkheid op te nemen (Begeleidingscommissie Ethiek 2009, 5; 7). Dit geldt voor alle informatie, ongeacht of die mondeling, schriftelijk of elektronisch wordt uitgewisseld. De zorgverleners kunnen informatie over een patiënt delen, zonder telkens bij elke uitwisseling van informatie de toestemming te vragen. Omdat het team of netwerk goed afgebakend en herkenbaar is, is het voor alle betrokkenen duidelijk voor wie dit gedeelde

beroepsgeheim geldt. Uiteraard houden de zorgverleners de informatie buiten het team of netwerk geheim.

Voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim

De begeleidingscommissie verbindt echter een aantal voorwaarden aan het gedeelde beroepsgeheim en pleit daarom voor een 'voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim'. Het is vanuit ethisch standpunt essentieel dat het gedeelde beroepsgeheim gebonden is aan een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden zijn ontwikkeld in het ethisch advies en gelden voor alle zorgverleners. Ze zijn van toepassing op alle informatie, zowel informatie die mondeling of schriftelijk als informatie die via e-mail of het elektronisch dossier wordt uitgewisseld. Het medium waarmee informatie wordt uitgewisseld, verandert immers het ethisch karakter van de uitwisseling niet.

Voor het bepalen van de voorwaarden heeft de begeleidingscommissie een beroep gedaan op de ethische discussie en op een literatuurstudie. De begeleidingscommissie is er immers van overtuigd dat er reeds heel wat 'ethische wijsheid' bevat ligt in de 'goede praktijken' of *good clinical practices*. Vooral in teams, maar ook in netwerken, zijn er reeds goede praktijken van gedeeld beroepsgeheim. Door ethische discussie zoals beschreven in de ethische methodologie, heeft de begeleidingscommissie uit deze goede praktijken de voorwaarden voor het gedeelde beroepsgeheim gedetecteerd en geëxpliciteerd. In de literatuurstudie werden de voorwaarden ook getoetst aan andere opvattingen, onder andere aan de juridische principes die in België gelden.

VOORWAARDEN VOOR GEDEELD BEROEPSGEHEIM

De begeleidingscommissie is gekomen tot vijf voorwaarden voor het gedeelde beroepsgeheim in een team of een netwerk (Begeleidingscommissie Ethiek 2009, 5-8; Liégeois 2009, 164-175). De eerste drie voorwaarden betreffen de samen-

stelling van het team of netwerk terwijl de laatste twee verwijzen naar de twee ethische principes uit het vorige advies, namelijk overleg en zorgvuldigheid. Het is belangrijk dat er in het team of het netwerk een coördinator wordt aangewezen en dat die persoon de bijzondere verantwoordelijkheid heeft om na te gaan of deze voorwaarden vervuld zijn.

Duidelijk afgebakend en herkenbaar team of netwerk

De eerste voorwaarde stelt dat het team of netwerk een vaste groep van zorgverleners is uit één of verschillende zorgeenheden. Enerzijds is het team of netwerk duidelijk afgebakend als groep van zorgverleners. Anderzijds is het ook duidelijk herkenbaar voor de patiënt. Enkel als het voor alle betrokkenen helder is wie tot het team of netwerk van de patiënt behoort en wie niet, kan het gedeelde beroepsgeheim op een transparante manier toegepast worden. Dit vereist dat zorgverleners in het individuele zorgplan schriftelijk vastleggen welke functies of personen tot het team of netwerk behoren.

Gezamenlijke zorgopdracht

Volgens de tweede voorwaarde hebben de zorgverleners een gezamenlijke zorgopdracht voor de patiënt. Deze gezamenlijke zorgopdracht wordt beschreven in het individueel zorgplan. De zorgverleners zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorg voor die patiënt. Zorgverleners die geen zorgopdracht hebben voor de patiënt kunnen niet in het team of netwerk van zorgverleners opgenomen worden, maar worden als derden beschouwd.

Plicht tot beroepsgeheim

De derde voorwaarde vereist dat de zorgverleners in een team of netwerk gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Dit garandeert dat ze de vertrouwelijke informatie niet bekend maken buiten het team of netwerk van zorgverleners. Als bepaalde

zorgverleners niet gebonden zijn aan het wettelijke beroepsgeheim, dan is het belangrijk hen te wijzen op hun ethische en deontologische plicht tot geheimhouding van informatie. Dan kan de plicht tot geheimhouding schriftelijk opgenomen worden in het individueel zorgplan van de patiënt.

Overleg en toestemming van patiënt

De vierde voorwaarde verwijst naar het ethisch principe van overleg met en de toestemming van de patiënt. Bij de aanvang van de zorgopdracht informeren de zorgverleners de patiënt duidelijk over wat het gedeelde beroepsgeheim in het team of netwerk inhoudt, wat het doel en de gevolgen ervan zijn. Ze motiveren de noodzaak van het gedeelde beroepsgeheim voor de zorg. Dan vragen ze, in overeenstemming met de Belgische wet patiëntenrechten, de geïnformeerde toestemming of *informed consent* van de patiënt (Wet Patiëntenrechten 2002, art. 8). Deze geïnformeerde toestemming die bij de aanvang van de zorg gegeven wordt om het gedeelde beroepsgeheim toe te passen, kan beschouwd worden als een voorafgaande toestemming of *prior consent* voor de latere uitwisselingen van informatie.

Als de patiënt onvoldoende wilsbekwaam is om zijn of haar toestemming te geven, dan vragen de zorgverleners de plaatsvervangende toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger. Volgens de wet patiëntenrechten is dit op de eerste plaats de vertegenwoordiger die de patiënt zelf heeft aangeduid. Zo niet, dan treden in dalende volgorde de samenwonende echtgenoot of partner, een meerderjarig kind, een ouder, of een meerderjarige broer of zus op als vertegenwoordiger (Wet Patiëntenrechten 2002, art. 13-14).

Toepassing van relevantiefilter

Het gedeelde beroepsgeheim betekent geen vrijgeleide om alle informatie met alle zorgverleners in het team of netwerk te delen. Bij het uitwisselen van informatie passen de zorgverleners de 'relevantiefilter' toe. Dit betekent dat ze de

informatie filteren op basis van het criterium van de relevantie ervan, en zich dus beperken tot het uitwisselen van de relevante informatie en de andere informatie vertrouwelijk houden. Informatie is relevant als ze nodig is om de zorgopdracht uit te voeren en verantwoordelijkheid te nemen.

Daartoe stellen de zorgverleners zich een aantal vragen. Is de informatie belangrijk of noodzakelijk om goede zorg te bieden en om verantwoordelijkheid op te nemen? Daarbij kunnen ze een onderscheid maken tussen *nice to know* en *need to know* (Van der Straete & Put 2005, 216). Is de informatie leuken 'prettig' om weten of is ze noodzakelijk en 'relevant' om zorg en verantwoordelijkheid op te nemen? Er is ongetwijfeld veel informatie waarvoor geldt dat het prettig is om dit te weten, maar die niet relevant is voor de zorg en de verantwoordelijkheid. De laatste voorwaarde stelt dat de zorgverleners de informatie filteren en alleen de relevante informatie uitwisselen.

INDIEN VOORWAARDEN NIET VERVULD

Het is niet evident om deze vijf voorwaarden te vervullen. Niettemin zijn deze voorwaarden noodzakelijk om de transparantie, de vertrouwelijkheid en de vertrouwensrelatie te waarborgen bij het uitwisselen van informatie in een team of een netwerk.

Geïnformeerde toestemming

Als aan één van de vijf voorwaarden niet voldaan wordt, kan het gedeelde beroepsgeheim niet verantwoord worden. Dan vat de begeleidingscommissie het uitwisselen van informatie op als het verstrekken van informatie aan derden. Dit impliceert dat de zorgverleners in overeenstemming met de wet patiëntenrechten telkens de geïnformeerde toestemming van de patiënt vragen om bepaalde informatie te verstrekken (Wet Patiëntenrechten 2002, art. 8). Ze informeren dus de patiënt over de informatie die verstrekt kan worden en motiveren het belang of de noodzaak

ervan. Ze passen ook de relevantiefilter toe. Ze motiveren de patiënt om akkoord te gaan met het meedelen van de informatie, maar houden ook rekening met zijn of haar wensen en opvattingen. In het overleg vragen ze de expliciete toestemming van de patiënt. Zolang de patiënt geen toestemming geeft, verstrekken de zorgverleners de informatie niet aan derden.

Dreiging van ernstige schade

Niettemin zijn er uitzonderlijke situaties waarin de zorgverleners informatie moeten uitwisselen zonder overleg of toestemming. De drie voorwaarden voor deze uitzondering zijn reeds in het advies beschreven.

De eerste voorwaarde is de onmogelijkheid om (verder) te overleggen of de toestemming van de patiënt te krijgen. De zorgverleners stellen alles in het werk om die toestemming te krijgen, maar stellen vast dat dit klaarblijkelijk onmogelijk is.

De tweede voorwaarde is de dreiging van ernstige schade, ófwel aan het leven of integriteit van de patiënt of een andere persoon, ófwel aan de gezondheid of de zorg voor de gezondheid van de patiënt. Het moet gaan om ernstige schade of om de dreiging van ernstige schade. De zorgverleners zijn er bovendien 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.

De derde voorwaarde is de proportionele verhouding tussen de ernst van de voornoemde schade en de ernst van de schending van de vertrouwelijkheid. De zorgverleners mogen de vertrouwelijkheid niet meer schenden dan strikt nodig is om de voornoemde schade te vermijden. Ze wisselen alleen de informatie uit die noodzakelijk is om de schade te vermijden.

BESLUIT

In de beschreven revisie van het advies over het uitwisselen van informatie in een netwerk van zorgverleners stelt de begeleidingscommissie

ethiek een gedeeld beroepsgeheim voor, vanuit een positieve visie op de ontwikkeling van de samenwerking van zorgverleners in teams en netwerken. Het advies beschrijft echter vijf voorwaarden voor dit gedeelde beroepsgeheim. De voorwaarden dienen als een kritische en ethische toetsing van praktijksituaties. We kunnen de voorwaarden als volgt schematisch voorstellen.

Voorwaarden voor het gedeelde beroepsgeheim:

- duidelijk afgebakend en herkenbaar team of netwerk;
- gezamenlijke zorgopdracht;
- plicht tot beroepsgeheim;
- overleg en toestemming van patiënt;
- toepassing van relevantiefilter.

De tweede en de derde voorwaarde zijn nog op een vrij gemakkelijke manier te realiseren. Zorgverleners kunnen meestal aantonen dat ze een gezamenlijke zorgopdracht met andere zorgverleners hebben. Zorgverleners zijn bovendien gebonden aan het beroepsgeheim. De eerste voorwaarde is minder gemakkelijk te realiseren. Het team of het netwerk moet duidelijk afgebakend en herkenbaar zijn. Dit impliceert dat de functie en/of de naam van de zorgverleners die tot het team of netwerk behoren, uitdrukkelijk in het individuele zorgplan van de patiënt vermeld moeten staan zodat het transparant is wie het beroepsgeheim deelt.

De laatste twee voorwaarden zijn het moeilijkst te realiseren, maar zijn meteen ook het belangrijkste. Het is cruciaal dat zorgverleners overleggen met de patiënt over het gedeelde beroepsgeheim en daartoe de toestemming vragen. Het is de ethische waarborg voor de vertrouwelijkheid en het vertrouwen in de zorg en in de zorgrelatie. Maar zelfs met de toestemming van de patiënt hebben de zorgverleners de verantwoordelijkheid zorgvuldig met informatie om te gaan en een zorgvuldig onderscheid te maken tussen wat relevant is en niet.

LITERATUUR

- Beck J, red. Confidentiality versus the duty to protect. Foreseeable harm in the practice of psychiatry. Washington: American Psychiatric Press; 1990.
- Begeleidingscommissie Ethiek. Informatie uitwisselen bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg. Gent: Provinciaal Broeders van Liefde; 2009.
- Bok S. Secrets. On the Ethics of Concealment and Revelation. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- Cordess C, red. Confidentiality and mental health. London/Philadelphia: Jessica Kingsley; 2001.
- Joseph D, Onek J. Confidentiality in psychiatry. In: Bloch S, Chodoff P, Green D, red. Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press; 1999, p. 105-40.
- Liégeois A, Haekens A, Eneman M. Uitwisselen van informatie bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg. Een ethisch advies. Tijdschr Psychiatr 2006; 48: 787-95.
- Liégeois A. Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg, Leuven: LannooCampus; 2009.
- Stockman R, red. Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector. Een confrontatie tussen recht en praktijk. Antwerpen/Groningen: Intersentia Rechtswetenschappen; 1998.
- Van der Straete I, Put J. Beroepsgeheim en hulpverlening. Brugge: Die Keure; 2005.
- Wet betreffende de rechten van de patiënten. Belgisch Staatsblad; 2002.
- Wettstein R. Confidentiality. In: Edwards R, red. Ethics of psychiatry. Insanity, rational autonomy, and mental health care. New York: Prometheus Books; 1997, p. 263-81.

AUTEURS

AXEL LIÉGEOIS is ethicus, hoogleraar aan de faculteit Theologie en Religiewetenschappen van de KU Leuven en stafmedewerker bij de Broeders van Liefde te Gent.

AN HAEKENS is gerontopsychiater en hoofdgeneesheer in het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Tienen.

MARC ENEMAN is psychiater en hoofdgeneesheer in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek en stafmedewerker bij de Broeders van Liefde te Gent.

Correspondentieadres: prof. dr. Axel Liégeois, Faculteit Theologie en Religiewetenschappen, Sint-Michielsstraat 4, bus 3101, B-3000 Leuven, België.

E-mail: axel.liegeois@theo.kuleuven.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-5-2011.

SUMMARY

Conditional shared confidentiality with regard to the exchange of information between members of a team or network; ethical advice needs to be updated – A. Liégeois, A. Haekens, M. Eneman –

BACKGROUND Care-givers not only work as a team, but increasingly they also participate in networks. This development represents an ethical challenge to the exchange of information and to confidentiality.

OBJECTIVE To revise and update earlier advice formulated by the Ethics Committee for Mental Health Care of the Brothers of Charity in Flanders, in particular concerning the question of whether shared confidentiality can be extended from a team to a network.

METHOD The Ethics Committee applied an appropriate method which combined ethical discussion and literature research.

RESULTS The earlier advice is no longer adequate because of certain practical and theoretical grounds. The Ethics Committee chooses to take a positive view of the developing cooperation between care-givers and networks. Consequently, the committee proposes shared confidentiality, but links this to five conditions: (1) the care-givers should participate in a clearly defined and identifiable team or network, (2) they should have a caring task in common, (3) they should be pledged to confidentiality, (4) they should consult with the patient and obtain his/her informed consent, (5) they should apply 'the filter of relevance'.

CONCLUSION Care-givers can exchange information with members of a team or network, but this should be done on the basis of conditional shared confidentiality.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)11, 841-849]

KEY WORDS confidentiality, consultation, ethics, information, network, team