

Het gedeelde beroepsgeheim van psychologen

Axel Liégeois

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(2), 101-111]

Inleiding

In het vorige nummer van het *Tijdschrift Klinische Psychologie* hebben we in de rubriek deontologie een casus besproken over het delen van informatie in het elektronische patiëntendossier (De Witte & Liégeois, 2021). Deze casusbespreking is aanleiding om nu een zorgethische visie op het delen van het beroepsgeheim of de geheimhouding te ontwikkelen. Eerst tonen we de samenhang aan tussen een juridische, deontologische en ethische benadering. Daarna werken we vanuit de zorgethiek zes voorwaarden voor de gedeelde geheimhouding uit.

Verschillende benaderingen

Deontologische richtlijnen

We beginnen met een verkenning van de deontologische richtlijnen voor het gedeelde beroepsgeheim. Voor psychologen zijn deze goed uitgewerkt in artikel 14 van de officiële deontologische code:

Het gedeelde beroepsgeheim: de psycholoog kan op eigen verantwoordelijkheid vertrouwelijke gegevens waarover hij beschikt delen om de doeltreffendheid van zijn werk te optimaliseren. Hiertoe past hij de gebruikelijke cumulatieve regels betreffende het gedeelde geheim [toe]: voorafgaande inlichting en akkoord van de bewaarder van het geheim, uitsluitend in het belang van deze laatste, beperkt tot wat strikt noodzakelijk is, uitsluitend met personen die aan het beroepsgeheim onderworpen zijn en die in het kader van eenzelfde opdracht handelen. (Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie [FOD], 2014)

In een thematisch dossier opgesteld door de Psychologencommissie (z.j.) worden deze regels uitvoerig toegelicht en geordend op basis van drie vragen: wanneer, met wie, en wat. De vraag naar het wanneer omvat drie voorwaarden: 1. de psycholoog licht de cliënt vooraf in, 2. de cliënt gaat akkoord met het uitwisselen van informatie, en 3. de uitwisseling dient het belang van de cliënt. Dan volgt de vraag met wie informatie wordt gedeeld met twee voorwaarden: 4. de persoon met wie de psycholoog informatie uitwisselt, is ook aan het beroepsgeheim gebonden, en 5. die persoon handelt in het kader van dezelfde opdracht. Ten slotte is er de vraag wat er gedeeld wordt met als laatste voorwaarde: 6. de psycholoog beperkt zich tot wat strikt noodzakelijk is. Al deze voorwaarden worden in het document verder toegelicht.

Wij stellen ons bij deze voorwaarden echter de vraag waarop ze gegrond zijn. De deontologische code stelt dat het gaat om “de gebruikelijke cumulatieve regels”, maar legt dat niet verder uit (FOD, 2014, art. 14). Ook in het thematische dossier over het gedeelde beroepsgeheim wordt geen expliciete uitleg gegeven over de fundering van deze voorwaarden; in de literatuurreferenties wordt er uitsluitend verwezen naar juridische literatuur, vooral afkomstig van het Instituut voor Sociaal Recht van de Katholieke Universiteit Leuven (Psychologencommissie, z.j.).

De onderliggende rechtsleer

De onderzoekers van het Instituut voor Sociaal Recht hebben inderdaad een interessante en gezaghebbende theorie over het beroepsgeheim en de hulpverlening ontwikkeld (Versweyvelt, Put, & Opgenhaffen, 2018; Versweyvelt, Put, Opgenhaffen, & Van der Straete, 2018). Deze theorie is een zeer waardevolle rechtsleer, maar is geen wet. Het zou daarom zeer wenselijk zijn dat de wetgever op basis van deze rechtsleer in verband met het gedeelde beroepsgeheim nieuwe regelgeving opstelt.

Er is een grote gelijkenis tussen de voorwaarden van de deontologische code en de visie van de Leuvense juristen. Zij maken echter onderscheid tussen een gedeeld en een gezamenlijk beroepsgeheim, wat niet terug te vinden is in de deontologische code. Het gezamenlijke beroepsgeheim plaatsen ze in een teamverband van hulpverleners binnen de grenzen van één organisatie, terwijl ze het gedeelde beroepsgeheim situeren in een zorgnetwerk over de grenzen van organisaties en teams heen. De voorwaarden zijn in grote mate gelijk, maar op enkele punten toch verschillend. De voorwaarden houden verband met drie criteria: een betreffende het personeel, een inhoudelijk en een cliëntgericht criterium (Versweyvelt, Put, & Opgenhaffen, 2018).

Het criterium betreffende het personeel bij het gedeelde beroepsgeheim bevat twee voorwaarden: 1. de personen die informatie uitwisselen, zijn gebonden aan het beroepsgeheim, en 2. ze delen de informatie binnen dezelfde hulpverleningscontext. Dat stemt overeen met de vierde en vijfde voorwaarde van de deontologische code voor psychologen. Voor het gezamenlijke beroepsgeheim dat van toepassing is in een team, komt er natuurlijk een voorwaarde bij, namelijk dat de personen die informatie uitwisselen, binnen hetzelfde team werken. We merken op dat ‘dezelfde hulpverleningscontext’ uit de rechtsleer in de code gepreciseerd wordt tot ‘dezelfde opdracht’. Het is immers mogelijk dat hulpverleners werken in dezelfde context, maar niet met dezelfde opdracht.

Het inhoudelijke criterium bevat één voorwaarde die voor het gedeelde en het gezamenlijke beroepsgeheim wat verschillend geformuleerd is. Die voorwaarde (3) stelt dat bij het gedeelde beroepsgeheim in een netwerk enkel de noodzakelijke gegevens kunnen worden gedeeld, terwijl bij het gezamenlijke beroepsgeheim in een team ook de relevante gegevens gedeeld kunnen worden. Dat is een nuanceverschil, waarbij ‘relevant’ soepeler is dan ‘noodzakelijk’. Deze voorwaarde komt overeen met de zesde voorwaarde van de deontologische code voor psychologen, die dit nog verder beperkt tot ‘strikt noodzakelijke’ informatie.

Ten slotte bevat het cliëntgerichte criterium twee voorwaarden die identiek zijn voor het gedeelde en het gezamenlijke beroepsgeheim: 4. de informatie wordt uitgewisseld in het belang van de cliënt, en 5. de cliënt wordt geïnformeerd en stemt minstens impliciet in. Ook deze voorwaarden zijn terug te vinden in de eerste drie voorwaarden van de deontologische code voor psychologen, waarbij informatie en toestemming opgesplitst worden. De code laat echter de keuze voor impliciete of expliciete toestemming over aan de psycholoog.

Merkwaardig in deze rechtstheorie is dat de toestemming niet expliciet, maar enkel “minstens impliciet” hoeft te zijn. De expliciete toestemming van de cliënt is wel vereist wanneer niet alle voorwaarden voor het gedeelde of gezamenlijke beroepsgeheim kunnen worden vervuld. Dat is het geval wanneer niet alle betrokkenen gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Volgens deze rechtsleer kan het ‘beroepsgeheim’ dan toch gedeeld worden met mensen die niet gebonden zijn aan het beroepsgeheim onder twee extra voorwaarden: de expliciete toestemming van de cliënt én het oordeel van de hulpverlener dat de informatie die wordt uitgewisseld in het belang van de cliënt is of in het belang van de hulpverlening aan de cliënt. Die laatste voorwaarde was eigenlijk al genoemd, maar wordt hier uitdrukkelijk herhaald. Essentieel is dat de expliciete toestemming van de cliënt hier heel strikt wordt opgevat: voorafgaand, vrij, specifiek, uitdrukkelijk, geïnformeerd en volgehouden. Onder deze strikte voorwaarden kan volgens deze rechtsleer het beroepsgeheim ook gedeeld worden met mensen die niet aan het beroepsgeheim gebonden zijn, wat enigszins paradoxaal klinkt.

De voorwaarden voor het gezamenlijke en gedeelde beroepsgeheim en de extra mogelijkheid na de expliciete toestemming van de cliënt mogen wat ingewikkeld overkomen, belangrijk is dat we kunnen concluderen dat de voorwaarden van de deontologische code voor psychologen in grote mate overeenkomen met deze gezaghebbende rechtsleer. Zoals gezegd, is het te betreuren dat deze rechtsleer enkel de goed gefundeerde visie van juristen is en dat het hier niet om wetgeving gaat. Niettemin speelt deze rechtsleer een belangrijke rol wanneer rechters een oordeel moeten vellen over een concrete situatie van gedeeld beroepsgeheim.

Een zorgethische benadering

Onze vraag is echter hoe de richtlijnen van de deontologische code voor psychologen, die vooral op de wetgeving gebaseerd zijn, zich tot de ethiek verhouden. Er bestaat natuurlijk geen eenduidige ethische theorie zoals er wel wetgeving in een bepaald land kan zijn. Ethici kunnen verschillende standpunten innemen. Wij gaan in deze bijdrage uit van een zorgethische benadering van het gedeelde beroepsgeheim (Liégeois, 2019).

We hebben die zorgethische visie uitgewerkt in dialoog met vele anderen, in het bijzonder binnen de Begeleidingscommissie Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg (2009) en de Visiegroep Welzijn en Buitengewoon Onderwijs (2020) van de Organisatie Broeders van Liefde. We baseren deze visie op algemene zorgethische inzichten en op specifieke literatuur over het gedeelde beroepsgeheim in de geestelijke gezondheidszorg (Cordess, 2001; Fisher, 2013). Verder laten we ons inspireren door de ‘goede praktijken’ van het gedeelde beroepsgeheim in een team en in een netwerk. Ten slotte houden we ook rekening met de principes van het wettelijke beroepsgeheim en de rechten van de patiënt (Nys, 2014).

Eerst preciseren we een aantal begrippen.

Omdat hulpverleners wettelijk gezien gebonden kunnen zijn aan het beroepsgeheim of aan de discretieplicht¹, verkiezen we vanuit ethisch standpunt te spreken van ‘geheimhoudingsplicht’, ongeacht de beroepsgroep. We onderscheiden dus het wettelijke beroepsgeheim en de ethische geheimhoudingsplicht. In navolging van de wettelijke regeling in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (Europees Parlement en de Raad, 2016), geven we de voorkeur aan de term ‘persoonsgegevens’ boven het brede begrip ‘informatie’. Persoonsgegevens zijn alle gegevens die betrekking hebben op een geïdentificeerde of identificeerbare levende natuurlijke persoon. Verder kiezen we ervoor om dezelfde voorwaarden te stellen aan de gedeelde geheimhouding in een team of een netwerk. Op deze manier bevorderen we vanuit een ethische invalshoek de verdere ontwikkeling van de samenwerking in een team naar een netwerk. De naleving van de voorwaarden zal ongetwijfeld moeilijker zijn in een netwerk dan in een team. Daarom is het een bijzondere

verantwoordelijkheid van de coördinator van het team of netwerk om na te gaan of aan de voorwaarden voldaan wordt.

In deze visie formuleren we zes voorwaarden voor de gedeelde geheimhouding die een antwoord geven op de wie-, wat- en hoe-vragen. We werken in wat volgt deze voorwaarden uit en leggen telkens het verband met de deontologische richtlijnen voor de psycholoog.

Ethische voorwaarden voor de gedeelde geheimhouding

Wie?

I. Duidelijke afbakening

Bij de vraag met wie de geheimhouding gedeeld kan worden, is een eerste voorwaarde de duidelijke afbakening van het team of netwerk van hulpverleners die persoonsgegevens uitwisselen. Deze voorwaarde wordt niet apart genoemd in de deontologische code voor psychologen. De psychologencommissie stelt wel bij de eerste voorwaarde dat de cliënt vooraf ingelicht wordt. Die informatie gaat onder andere over de personen met wie de psycholoog informatie uitwisselt.

Deze afbakening is essentieel om transparantie te creëren voor de cliënt. Als deze informatie niet vooraf bekend is bij de cliënt en vertrouwelijke persoonsgegevens komen terecht bij iemand die de cliënt niet bij zijn behandeling wenst te betrekken, dan wordt het vertrouwen geschonden. De afbakening is vrij duidelijk als we te maken hebben met een team dat bestaat uit een vaste groep van hulpverleners die deel uitmaken van één dienst of zorgeenheid binnen één organisatie. Voor een netwerk is dat ingewikkelder, omdat het netwerk per cliënt kan verschillen en kan bestaan uit individuele hulpverleners of hulpverleners uit verschillende diensten, zorgeenheden of teams over de grenzen van organisaties heen. Bovendien kunnen ook naastbetrokkenen behoren tot het zorgnetwerk van een cliënt. Enkel en alleen als het voor alle betrokkenen duidelijk is wie tot het team of netwerk van de cliënt behoort en wie niet, kan de geheimhouding op een transparante manier worden gedeeld.

Dat vereist dat de hulpverleners schriftelijk vastleggen welke functies of personen tot het team of netwerk behoren. Dat wordt genoteerd in het individuele zorgplan van de cliënt, bij voorkeur in het elektronische patiëntendossier. Dat biedt immers heel wat voordelen. De cliënt kan toegang krijgen tot dat deel van het dossier en dus op elk moment nagaan met wie persoonsgegevens worden gedeeld. Ook de hulpverleners kunnen, in dialoog en

met toestemming van de cliënt, op elk moment wijzigingen aanbrengen in de samenstelling van het team of netwerk. Op deze manier wordt de grootst mogelijke transparantie gecreëerd.

2. Gezamenlijke zorgopdracht

De tweede voorwaarde houdt in dat de hulpverleners en de naastbetrokkenen een gezamenlijke zorgopdracht voor de cliënt hebben. In de deontologische code voor psychologen komt dat zowel voor in de derde voorwaarde – de uitwisseling dient het belang van de cliënt – als in de vijfde voorwaarde – de uitwisseling gebeurt tussen personen die handelen in het kader van dezelfde opdracht. Hier zijn deze twee voorwaarden samengebracht in de ene voorwaarde dat de hulpverleners een gezamenlijke zorgopdracht hebben, in de veronderstelling dat die zorg in het belang van de cliënt is.

Deze gezamenlijke zorgopdracht houdt twee elementen in. Ten eerste hebben de hulpverleners een noodzakelijke vertrouwensrelatie met de cliënt, want de geheimhouding is verankerd in de bescherming van die noodzakelijke vertrouwensrelatie. Ten tweede werken de hulpverleners daadwerkelijk samen aan een gezamenlijke zorgopdracht voor die cliënt, zo niet is er geen reden om persoonsgegevens met elkaar uit te wisselen. Ook naastbetrokkenen kunnen feitelijk een belangrijke zorgopdracht vervullen die ze samen in een netwerk met de hulpverleners uitvoeren. Voor de transparantie wordt deze gezamenlijke zorgopdracht in het individuele zorgplan beschreven, bij voorkeur in het elektronische patiëntendossier. Hulpverleners en naastbetrokkenen die geen noodzakelijke vertrouwensrelatie en gezamenlijke zorgopdracht hebben, kunnen niet in het zorgnetwerk worden opgenomen. Ze worden als derden beschouwd tegenover wie het wettelijke beroepsgeheim geldt.

3. Geheimhoudingsplicht

De plicht tot geheimhouding van de hulpverleners is de derde voorwaarde. Deze voorwaarde is vanzelfsprekend terug te vinden in de deontologische code voor psychologen als de vierde voorwaarde: de persoon met wie de psycholoog informatie uitwisselt, is ook aan het beroepsgeheim gebonden.

De geheimhoudingsplicht garandeert dat de persoonsgegevens niet buiten het team of netwerk bekendgemaakt worden. Bepaalde hulpverleners zijn echter niet gebonden aan het wettelijke beroepsgeheim of aan de discretieplicht. Dit geldt ook voor de naastbetrokkenen. Dan wordt het belangrijk hen te wijzen op hun deontologische en ethische geheimhoudingsplicht. Ook deze plicht kan vermeld worden in het individuele zorgplan van de cliënt.

Om zo zorgvuldig mogelijk persoonsgegevens met naastbetrokkenen uit te wisselen, kan aan de cliënt gevraagd worden om iemand aan te duiden en een duidelijk mandaat te geven. Deze mogelijkheid wordt geboden in de Wet patiëntenrechten (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002, art. 7, 9 en 14; Nys, 2014). Een wilsbekwame cliënt kan een vertrouwenspersoon aanstellen om hem bij te staan bij het uitoefenen van het recht op informatie. Een cliënt kan eveneens een vertegenwoordiger aanstellen die alle rechten uitoefent, dus ook het recht op informatie, op het ogenblik dat hij niet wilsbekwaam is. Deze naastbetrokkene – vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger – kan opgenomen worden in het zorgnetwerk. Strikt genomen kan het wettelijke beroepsgeheim niet met hen gedeeld worden, omdat ze geen beroepsgeheim hebben. Maar op basis van hun wettelijke mandaat kunnen persoonsgegevens met hen uitgewisseld worden en kan de geheimhoudingsplicht gedeeld worden zonder dat het wettelijke beroepsgeheim wordt geschonden.

Hoe?

4. Dialoog

De vraag naar de manier waarop persoonsgegevens uit te wisselen, leidt tot een vierde voorwaarde, met name het voeren van de dialoog. Dit komt uitdrukkelijk aan bod in de deontologische code voor psychologen in de eerste voorwaarde: de psycholoog licht de cliënt vooraf in.

Zo vroeg mogelijk, bij de aanvang van de zorgopdracht, wordt de cliënt duidelijk ingelicht over wat de gedeelde geheimhoudingsplicht inhoudt, wat het doel en de gevolgen ervan zijn, en met wie de geheimhouding wordt gedeeld. In dialoog met de cliënt wordt de noodzaak van de gedeelde geheimhouding uitgelegd en gemotiveerd. In het individuele zorgplan, in het elektronische patiëntendossier, wordt vastgelegd wat de gedeelde geheimhouding inhoudt en met wie informatie wordt gedeeld.

5. Toestemming

Niet alleen het proces van dialoog met informatie en motivering is belangrijk, maar ook het resultaat ervan in de vorm van geïnformeerde toestemming. Dit is de vijfde voorwaarde, die overeenkomt met de tweede voorwaarde van de deontologische code voor psychologen die stelt dat de cliënt akkoord gaat met het uitwisselen van informatie. Die voorwaarde veronderstelt echter dat de cliënt voldoende wilsbekwaam is om toestemming te

geven. Als dat niet het geval is, wordt de toestemming van de vertegenwoordiger gevraagd. Toestemming vragen betekent ook dat de cliënt toestemming kan weigeren.

Bij een minderjarige cliënt wordt volgens de Wet patiëntenrechten de toestemming aan de ouders of voogd gevraagd en wordt de minderjarige bij de beslissing betrokken, rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. Maar als de jongere in staat is tot “een redelijke beoordeling van zijn belangen”, dan kan hij zelfstandig toestemming geven (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002, art. 12). Die ‘redelijke beoordeling’ verwijst naar de wils- of beslissingsbekwaamheid van de jongere. De wet reikt evenwel geen criteria aan voor de inschatting hiervan. Vanuit een zorgethisch standpunt is het wenselijk eerst zoveel mogelijk met de ouders en minderjarige in dialoog te gaan en te zoeken naar consensus. Pas als dit niet lukt, kan de beslissing bij de ouders of bij de minderjarige gelegd worden op basis van een inschatting van de beslissingsbekwaamheid. Die inschatting gebeurt het best op basis van bestaande criteria en in interdisciplinair overleg, en zoveel mogelijk ook in dialoog met de ouders en de minderjarige (Liégeois, 2019).

Vanuit ethisch oogpunt is het van essentieel belang dat op zorgvuldige wijze een proces van geïnformeerde toestemming wordt doorlopen. Toestemming is geen eenmalige gebeurtenis, maar een proces dat uit verschillende stappen bestaat. Dit proces begint gewoonlijk met de intake of opname van de cliënt. Daarna wordt meestal een overeenkomst opgesteld. Daarbij wordt de nodige tijd genomen om de gedeelde geheimhouding uit te leggen en te motiveren. Dit proces mondt uit in de vraag aan de cliënt of de vertegenwoordiger om de overeenkomst te ondertekenen. Vanuit juridisch oogpunt is dit vereist: de toestemming moet voorafgaand, geïnformeerd, vrijwillig en schriftelijk worden gegeven.

Omdat de cliënt achteraf niet altijd precies weet wat de overeenkomst inhoudt en omdat de zorgperiode lang kan zijn, wordt de geheimhoudingsplicht regelmatig opnieuw besproken. De uitleg en de vraag om bevestiging van de toestemming kunnen het best gebeuren wanneer er een belangrijke verandering in de zorg plaatsvindt. Daarmee bedoelen we een of meer van de volgende situaties: een ingrijpende wijziging in de plaats of de vorm van zorg, een ingrijpende wijziging in de samenstelling van het team of netwerk van hulpverleners, of een belangrijke ontwikkeling in het zorgproces. Ook in deze gevallen kan de cliënt of vertegenwoordiger opnieuw schriftelijk toestemming geven, of wordt de mondelinge toestemming vastgelegd in het individuele zorgplan.

Ook wanneer persoonsgegevens gedeeld worden die als bijzonder gevoelig worden ingeschat, wordt het best opnieuw de uitdrukkelijke toestemming van de cliënt gevraagd. De kans is immers groot dat de cliënt bij het geven van voorafgaande toestemming niet heeft gedacht

aan specifieke, gevoelige gegevens. Ook hier kan de cliënt opnieuw schriftelijk toestemming geven, of wordt de mondelinge toestemming in het individuele zorgplan genoteerd.

Als tijdens de dialoog over de gedeelde geheimhouding de cliënt in verzet komt en toestemming weigert, dan is er een probleem. De dialoog kan dan het best hervat worden met de cliënt, bij voorkeur samen met de naastbetrokkenen. De onderliggende redenen van de weigering kunnen onderzocht worden. Tegelijkertijd kan uitgelegd worden waarom de gedeelde geheimhouding noodzakelijk is. Het is vaak mogelijk om op basis van deze dialoog tot een compromis te komen. Zo kan besloten worden bepaalde gegevens niet uit te wisselen, omdat ze gevoelig liggen bij de cliënt en bij nader inzien niet echt relevant zijn voor de zorg. Ook zouden specifieke personen uitgesloten kunnen worden van de gedeelde geheimhouding. Maar als het gaat om een hulpverlener die een kernfunctie heeft in het team of het netwerk, is uitsluiting niet mogelijk. In ieder geval moet er ruimte voor een dialoog gecreëerd worden om een antwoord te vinden dat voor alle betrokken partijen aanvaardbaar is.

Wat?

6. Relevantiefilter

De laatste vraag – wat te delen – leidt tot de voorwaarde dat de relevantiefilter wordt toegepast. In de deontologische code voor psychologen komt dit naar voren in de zesde voorwaarde, die de uitwisseling beperkt tot wat strikt noodzakelijk is.

De gedeelde geheimhouding betekent inderdaad niet dat zomaar alle persoonsgegevens in het team of netwerk gedeeld kunnen worden. De zorgvuldigheid vereist dat de gegevens worden gefilterd op hun relevantie voor wie ze ontvangt. In een ethisch perspectief betekent ‘relevant’ dat de persoonsgegevens de verantwoordelijkheid van de ander bevorderen. Uit het feit dat iemand enkel de verantwoordelijkheid op zich kan nemen als hij beschikt over voldoende gegevens, volgt dat enkel die gegevens uitgewisseld worden die de verantwoordelijkheid van de ander tegenover de cliënt bevorderen.

Dikwijls wordt in dit verband het onderscheid gemaakt tussen *nice to know* en *need to know*. Veel informatie is ‘leuk’ om met anderen te delen, maar enkel wat ‘noodzakelijk’ is, wordt gedeeld. We vinden echter dat ‘noodzakelijk’ te minimalistisch is als het gaat om het bieden van goede zorg in het kader van een gezamenlijke zorgopdracht. Goede zorg overstijgt het minimale. Daarom gaat onze voorkeur uit naar ‘relevante’ gegevens en vatten we dit ruimer op dan het noodzakelijke, namelijk als datgene wat verantwoordelijkheid bevordert.

Relevante gegevens plaatsen we dan tegenover ‘plezante’ gegevens. Plezante weetjes die de verantwoordelijkheid niet bevorderen, zijn niet relevant. Dit vereist discretie, het vermogen om te onderscheiden wat relevant is om te delen en wat vertrouwelijk moet blijven.

Besluit

Tot besluit maken we een korte vergelijking van de deontologische code voor psychologen met de rechtsleer en de zorgethiek. Als uitgangspunt nemen we de code die zes voorwaarden aan het gedeelde beroepsgeheim stelt: de psycholoog licht de cliënt vooraf in; de cliënt gaat akkoord; de uitwisseling dient het belang van de cliënt; de persoon die de informatie ontvangt, is ook aan het beroepsgeheim gebonden; die persoon handelt in het kader van dezelfde opdracht; en de psycholoog beperkt zich tot wat strikt noodzakelijk is.

Deze zes voorwaarden stemmen in grote mate overeen met de rechtsleer en bijgevolg kunnen we stellen dat de code in die rechtsleer gefundeerd is. Toch zijn er naast terminologische verschillen ook enkele inhoudelijke verschilpunten: de rechtsleer maakt onderscheid tussen een gedeeld en gezamenlijk beroepsgeheim en de code niet; de rechtsleer beperkt de informatie tot wat noodzakelijk is en de code tot wat strikt noodzakelijk is; de rechtsleer spreekt van eenzelfde hulpverleningscontext en de code van eenzelfde opdracht.

De deontologische code en de zorgethische benadering stemmen ook in grote mate overeen. Toch zijn er enkele verschilpunten en aanvullingen vanuit de zorgethiek ten opzichte van de code. Een essentiële voorwaarde die de zorgethiek verder uitwerkt dan de code, betreft de duidelijke afbakening van het team of netwerk, inclusief de vermelding van de betrokken personen in het individuele zorgplan in het elektronische patiëntendossier. Vervolgens verbreedt de zorgethiek het gedeelde beroepsgeheim tot de gedeelde geheimhouding en neemt zowel zorgverleners met een discretieplicht als naastbetrokkenen met een uitdrukkelijk mandaat van de cliënt op in het zorgnetwerk. Verder specificeert de zorgethiek dezelfde opdracht van de hulpverleners tot een opdracht die gezamenlijk wordt uitgevoerd en die een noodzakelijke vertrouwensrelatie inhoudt. Ten slotte verruimt de zorgethiek de strikt noodzakelijke informatie tot de relevante gegevens die de verantwoordelijkheid voor de goede zorg bevorderen.

Noot

1. Discretieplicht is de verplichting om bij het uitoefenen van een ambt of functie geen gegevens vrij te geven aan anderen dan wie gerechtigd is er kennis van te nemen (Versweyvelt, Put, & Opgenhaffen, 2018).

Literatuur

- Begeleidingscommissie Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg. (2009). *Ethisch advies: informatie uitwisselen bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg*. Gent: Organisatie Broeders van Liefde. Geraadpleegd via <https://fracarita.org/artikel/ethisch-advies-informatie-uitwisselen-bij-het-samenwerken-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- Cordess, C. (Ed.). (2001). *Confidentiality in mental health*. London, UK: Jessica Kingsley.
- De Witte, K., & Liégeois, A. (2021). Casusbespreking: elektronisch patiëntendossier. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 51, 4-12.
- Europees Parlement en de Raad. (27 april 2016). *Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG*. Geraadpleegd via <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
- Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. (2014). Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog (02 april 2014). *Belgisch Staatsblad*, 16 mei 2014. Geraadpleegd via <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2014/04/02/2014011259/staatsblad>
- Fisher, M. (2013). *The ethics of conditional confidentiality: A practice model for mental health professionals*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Liégeois, A. (2019). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Leuven: LannooCampus.
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. (2002). Wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002). *Belgisch Staatsblad*, 26 september 2002. Geraadpleegd via https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet
- Nys, H. (2014). *Recht en bio-ethiek*. Leuven: LannooCampus.
- Psychologencommissie. (z.j.). *Het gedeeld beroepsgeheim van psychologen*. Geraadpleegd via <https://www.compsy.be/nl/gedeeld-bg>
- Versweyvelt, A., Put, J., & Opgenhaffen, T. (2018). *Wegwijzers beroepsgeheim*. Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd via <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/wegwijzers-volledig>
- Versweyvelt, A., Put, J., Opgenhaffen, T., & Van der Straete, I. (2018). *Beroepsgeheim en hulpverlening*. Brugge: die Keure.
- Visiegroep Welzijn en Buitengewoon Onderwijs. (2020). *Zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens*. Gent: Organisatie Broeders van Liefde. Geraadpleegd via <https://broedersvanliefde.be/artikel/ethisch-advies-zorgvuldig-omgaan-met-persoonsgegevens-december-2020>

Personalia

Axel Liégeois is gewoon hoogleraar zorgethiek aan de faculteit Theologie en Religiewetenschappen van de KU Leuven en ethisch adviseur bij de Organisatie Broeders van Liefde te Gent. Naast zijn opdracht in onderzoek en onderwijs coördineert hij commissies voor ethiek, geeft hij ethische vorming en advies in de geestelijke gezondheidszorg.

E-mail: axel.liegeois@kuleuven.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Do what you love, love what you do

Els Heene

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(2), 112-114]

Ik doe iets met mensen en mensen doen iets met mij. En ik schrijf er graag over. Anja De Bok ook. Mij werd gevraagd om haar boek te lezen en daarover te reflecteren. Vervolgens viel *De therapeutische relatie in de ggz: tien intieme verhalen uit de spreekkamer van de eerstelijnspsycholoog* (De Bok, 2020) in mijn brievenbus. Geconditioneerd als ik ben, liep het speeksel mij onmiddellijk in de mond, getriggerd door de woorden 'therapeutische relatie', 'intiem' en 'eerste lijn'. Nieuwsgierig liet ik me, met de mond vol, meenemen naar haar praktijkruimte. Het voelt er warm en prikkelend. Warm als in een bad vol acceptatie, en prikkelend tijdens de korte koude douches, als er empathisch geconfronteerd wordt. Haar gedrevenheid springt van de bladzijden, net als haar directe stijl bij het zoeken naar verbondenheid en frictie. En ondertussen deelt ze haar visie op ons vakgebied, de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in al haar rijkdom, maar ook met de opgelegde restricties.

Non-specifieke variabelen en zelfredzaamheid

Verhalen over therapie kunnen soms misleidend zijn, vooral als ze suggereren dat alle onderdelen in een bepaalde volgorde in elkaar passen en dat op die manier 'alles' opgelost wordt. Dat is hier niet het geval. Therapie is als een soort puzzel die je samen moet zien op te lossen, met als startpunt de specifieke therapeutische deskundigheid van de behandelaar en de unieke ervaringsdeskundigheid van de cliënt. Haar klinische verhalen laten bovendien zien hoe belangrijk een wetenschappelijke basis voor ons werk is.

Geen enkele therapie kan slagen als de cliënt zich niet blootgeeft. En dat lukt alleen als de therapeut zelf authentiek en open is, werkt aan wederkerigheid en aansluit bij de werkelijkheid van de cliënt. En dat doet Anja. Zodra de relatie goed zit en de cliënt zich veilig voelt, ontstaat de vrijheid om individuele doelen te kiezen en daarnaartoe te werken. Er is geborgenheid, maar ook de nodige wrijving. Cliënten komen met hun hulpvraag vanuit een innerlijke strijd, als een discrete uitnodiging naar onderliggende onvervulde behoeften. En dan begint de dans, de unieke dynamiek van toenaderings-, afweer- en vermijdingsgedrag. Cliënten worden door haar beschermd, ook tegen zichzelf.

Deze klinische verhalen laten zien hoe kortdurende behandelingen ook zeer verdiepend kunnen zijn, gedragen door een sterke therapeutische verbondenheid. Vanuit het principe van zelfredzaamheid willen we allemaal cliënten in hun kracht terugzetten, tot ze het punt bereikt hebben waarop ze zelf kunnen doen wat ze dan willen doen. Soms is daarvoor een langdurig traject nodig, soms ook niet. Kortdurende behandelingen lijken voor sommige behandelaren een negatieve bijklank te hebben. Maar wie zijn wij om te denken dat een cliënt niet zonder ons kan? En als we kijken naar de druk van de wachtlijsten en de zorgen om het psychische welzijn die onze samenleving, zowel in België als Nederland, kent, is het dan niet toe te juichen wanneer meer mensen sneller geholpen kunnen worden?

Wrijving in en zorg voor ons vakgebied

Natuurlijk is er veel te zeggen over het belang van kwalitatieve zorg die beïnvloed wordt door het marktdenken, een strakker wordend keurslijf van regelgeving, beperkende behandelcriteria en toenemende bemoeienissen van overheid en zorgverzekeraars. Meer zelfs, ook bij ons is die wrijving nodig. We moeten scherp blijven, oog hebben voor de mensen die tussen wal en schip vallen. Iemand die zich psychisch kwetsbaar voelt, wil maar één ding: weer mens worden. Mens word je door een samenleving die ook met jou begaan is. Voorbij alle behandelrichtlijnen, methodes en modellen hebben we behoefte aan een plaats om goed samen te leven. Mensen maken een systeem. Misschien is het dus niet zo raar om ziek te worden in een samenleving die onze diepste natuur zo vaak negeert.

Maar we hebben die zorg en alertheid ook nodig ten opzichte van onszelf, voor onze professionele identiteit en ons werkplezier. Het belang van het aangaan van een transparante, betekenisvolle behandelrelatie door de therapeut met de cliënt wordt door bijna niemand betwijfeld. Maar hoe ziet dat eruit in onze beroepsgroep? Durven we nog kwetsbaarheid te tonen en ons met elkaar te verbinden? Als wij, als professionals in de ggz, misschien meer bereidheid zouden tonen om onderlinge overeenkomsten te erkennen in plaats van vooral de verschillen te benadrukken, dan zouden de sterke kanten van ons vak waarschijnlijk meer gewaardeerd worden. Er zou misschien minder verwarring zijn over wat ons vakgebied te bieden heeft, niet alleen als behandelvorm, maar ook als een manier van kijken, als mens- en wereldbeeld. Maar wat ik daarvan zie in de (sociale) media, stemt me soms triest. De onverdraagzaamheid of kritiek op elkaar frustrereert me vaak. Je zal maar bij een hulpverlener terecht komen wiens mensbeeld op dat moment zo negatief is, denk ik dan. Ik hoop dan maar dat hij of zij wel geëngageerd en gepassioneerd is in zijn of haar vak. Maar waar zijn de compassie en nieuwsgierigheid naar elkaar die we toch voor onze cliënten moeten opbrengen? Misschien moeten we wat vaker leren luisteren naar elkaar,

zonder oordeel. Of onze eigen hulpvraag zichtbaar maken, voor onszelf en in relatie tot de ander. En misschien gebeurt dat al, achter de schermen en niet in het openbaar.

#bestjoboftheworld

Terwijl ik bezig was met het boek van Anja De Bok, droomde ik over haar; Freud zou trots op me zijn. Via mijn onbewuste besprak ik samen met haar casussen. Ik stelde vragen over de manier waarop ze tot de beschrijvingen vanuit haar cliënten was gekomen. Ik wilde weten of schrijven ook voor haar een manier was om dichterbij zichzelf te komen. Haar taalgebruik voelt voor mij zeer herkenbaar, soms gebruikt ze zelfs identieke metaforen en beschrijvingen. Ze gaf me een leertherapeutische boost toen ze het had over twijfelen, professioneel en persoonlijk, iets waar ik zelf nog altijd zeer goed in ben.

Hoe langer ik dit werk doe, hoe fijner het trouwens is om 'het' niet te weten. Maar wat ik wel weet, is dat we een houding kunnen kiezen en bewuster bepalen waarop we onze aandacht willen richten, waarover we nieuwsgierig willen blijven. Therapie gaat over het stimuleren van hoop en inzicht. Tussen de onmogelijkheid nu en de mogelijkheid later ligt het unieke behandelplan, met vallen en opstaan. Dat is volgens mij de enige mogelijke basis om goede zorg te verlenen. Niets is wat het lijkt en ik weet 'het' gelukkig niet. Maar wat ik wel weet, is dat ik, samen met Anja, vind dat we de mooiste job van de wereld hebben. En dat verbondenheid in ons werk en sociale cohesie in onze samenleving op sommige momenten het enige is wat telt, en dat het fantastisch is om dan de energie te voelen stromen...

Literatuur

De Bok, A. (2020). *De therapeutische relatie in de ggz: tien intieme verhalen uit de spreekkamer van de eerstelijnspsycholoog*. Tiel: Lannoo.

Personalia

Els Heene, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is als hoofdbehandelaar werkzaam bij Mentaal Beter Zeeland. Zij rondde in 2003 een doctoraat af over depressie en partnerrelaties. Ze werkt sinds 1996 eveneens aan de Universiteit Gent, als docent en als coördinator van de permanente vorming cognitieve gedragstherapie en de permanente vorming eerstelijnspsychologische zorg.

E-mail: Els.Heene@UGent.be