



ZORGNET-ICURO

COMMISSIE VOOR ETHIEK: VORMING & INTERVISIE

Zorgnet-Icuro is een netwerk dat zorgorganisaties groepeerd en vertegenwoordigt uit de social profit in Vlaanderen, meer bepaald de algemene ziekenhuizen, residentiële en ambulante initiatieven uit de geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen uit de ouderenzorg. Ruim 775 erkende zorgorganisaties zijn lid van Zorgnet-Icuro. Samen stellen ze ca. 130.000 personeelsleden te werk. De Commissie voor ethiek: vorming & intervisie (voorheen Werkgroep 'Ethiek in de kliniek' (WEK) wil de ethische werking in het ziekenhuis dynamiseren en werken aan het breder bewust maken van de ethische aspecten in de gezondheidszorg. Op 19 oktober 2018 organiseerde de Commissie voor ethiek in de Provinciale Hogeschool Limburg (PXL) te Hasselt haar elfde symposium onder de titel 'Beroepsgeheim: onze zorg'.¹ De 250 aanwezigen kregen in de voormiddag drie lezingen waarbij telkens een belangrijke juridisch-ethisch aspect van beroepsgeheim werd belicht. In de namiddag werden naar goede gewoonte een aantal specifieke thema's uitgewerkt in vier workshops. Walter Krikilion was symposiumvoorzitter, Stefaan Van Roey tekende voor het verslag.²

BEROEPSGEHEIM: ONZE ZORG

1. Inleiding

Het traditionele beroepsgeheim – zoals vele thema's en kwesties in de zorg – is in volle evolutie. Goed informeren en helder communiceren zijn cruciaal voor de zorgrelatie. Dat geldt zowel voor de residentiële zorg als voor de diverse vormen van ambulante zorgverlening. Zoals zo vaak in de zorg, zit ook daarin een paradox of een creatieve spanning: tussen vertrouwelijkheid (traditioneel) en transparantie en overleg (actueel). Binnen die actuele uitdagingen en ontwikkelingen moet gewaarborgd blijven dat 'vertrouwelijkheid' naast 'veiligheid' een pijler is van de gezondheidszorg. De juridisch-ethische regeling van het beroepsgeheim beschermt immers traditioneel zowel de belangen van de individuele patiënt, als het maatschappelijk belang van een 'vertrouw-volle' gezondheidszorg. Recente sporen van die actuele evolutie vinden we onder meer terug in wetswijzingen aan het strafrechtelijk geregelde beroepsgeheim



en in het GDPR-dossier.³ Er zijn vrij recent ook tal van casussen in de pers verschenen. En in het werkveld zien we nieuwe vormen van informatiedeling, overleg en afsprakenkaders tot stand komen tussen zorg- en hulpverleners, maar ook vanuit de zorgsector met politie en justitie.

Het beroepsgeheim in de zorgsector heeft verschillende juridische, ethische en zelfs spirituele of levensbeschouwelijke facetten. Het is een bijzonder belangrijk spanningsveld tussen recht, ethiek en levensbeschouwing, en vraagt in de sector een voortdurende alertheid bij het omgaan met vertrouwelijke patiënten-informatie. De reeds genoemde, maar ook andere maatschappelijke evoluties (omtrent vertrouwelijkheid en privacy naast transparantie en overleg) dwingen ons daartoe. In de praktijk draagt de toepassing van het beroepsgeheim vaak bij tot ‘morele stress’ in de zorg(instelling); een thema dat behandeld wordt in de ‘Commissie voor ethiek: reflectie & visieontwikkeling’ (Advies 2018). De theoretische verheldering en het aanreiken van praktische handvatten die we met het symposium nastreven, willen onder meer bijdragen tot een vermindering van die morele stress en een verbetering van de zorg.

We doen dat naar gewoonte in twee bewegingen. In het *voormiddagdeelte* bieden we drie lezingen aan rond de thematiek. De eerste lezing van Tom Balthazar schetst vanuit juridisch perspectief de globale krachtlijnen en recente wetswijzigingen. Daarnaast focussen we op gedeeld of toevertrouwd beroepsgeheim in de context van elektronisch gedeelde informatie. Bijzondere aandacht gaat ook naar de positie van de patiënt binnen het beroepsgeheim. In de tweede lezing van Axel Liégeois zal een ethische duiding aan de hand van de casus van het voorwaardelijk gedeelde beroepsgeheim bij het uitwisselen van informatie in een team of netwerk, aandacht geven aan de verhouding tussen recht en ethiek bij het uitwisselen van informatie in de zorg en de toestemming van de patiënt. De derde lezing van Frank Judo belicht het beroepsgeheim in de levensbeschouwelijke context, gaande van het traditionele biechtgeheim tot het beroepsgeheim van alle geestelijk verzorgers uit diverse levensbeschouwingen. In een panelgesprek gaan de sprekers met elkaar in debat over een aantal concrete vragen en casussen. De voormiddag sluit af met de mogelijkheid tot interactie van het publiek met de sprekers.

In de *namiddag* focussen we in verschillende workshops op een aantal deelthema's. De deelnemers kunnen er twee volgen: Integere omgang met vertrouwelijke gegevens in de context van technologische evoluties; Delen van informatie met justitie; Delen van informatie met familie; Beroepsgeheim van geestelijk verzorgers in de zorgsector.



2. Thema's en sprekers

Tom Balthazar – Het beroepsgeheim: een monument in permanente renovatie. De krachtlijnen van het beroepsgeheim in relatie tot privacybescherming in de eenentwintigste eeuw^A – Balthazar schetst eerst de globale krachtlijnen van het beroepsgeheim en geeft een overzicht van de recentste wijzingen. Kern van het beroepsgeheim (volgens artikel 458 Strafwetboek) is de zwijgplicht over alles wat men verneemt bij de uitoefening van het beroep. Niet enkel over gezondheidsgegevens, maar over alles wat vernomen wordt binnen de vertrouwensrelatie, dat wil zeggen 'wat natuurlijk geheim is' of confidencieel werd meegedeeld. Die zwijgplicht blijft bestaan na het einde van de professionele relatie (en ook na de dood). Zij is universeel: ook ten opzichte van collega's en andere beroepsbeoefenaars; met uitzonderingen voor gezamenlijke zorg bij 'gedeeld' of 'toevertrouwd' beroepsgeheim.

Talrijke uitzonderingen voorzien evenwel mogelijkheden of verplichtingen om te spreken. Sommige uitzonderingen vindt men in de wet; andere zijn afgeleid uit rechtspraak, rechtsleer of deontologische codes.

Uitzonderingen in het Strafwetboek zijn gradueel uitgebreid. In het basisartikel 458 SW is dit enkel 'getuigenis in rechte'. Art. 458bis SW dat ingevoerd werd in 2001 (na de Dutroux-affaire) voor minderjarige slachtoffers, werd uitgebreid in 2011 (na het Van Gheluwe-schandaal) tot de ruime kring van volwassen kwetsbare personen en potentiële slachtoffers, en verder in 2012 met de slachtoffers van partnergeweld en ten slotte in 2018 met volwassen slachtoffers van genitale verminking. Artikel 458ter werd in 2017 ingevoerd en regelt het casusoverleg. Art. 458quater voorziet sinds 2017 een bijna absoluut beroepsgeheim van de advocaat.

Recente renovaties in het basisartikel 458 SW zullen ons niet doen vergeten dat het beroepsgeheim strafrechtelijk beteugeld wordt. Er is een verhoging van de strafmaat: van gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en geldboete van 100 tot 500 euro ($\times 8$), naar een gevangenisstraf van één jaar tot drie jaar en een geldboete van 100 tot 1000 euro ($\times 8$).

Recente inhoudelijke renovaties in het basisartikel 458 SW zijn de verduidelijking van de relatie met uitzonderingen. Waar voorheen verbod gold om bekend te maken 'buiten het geval de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken' geldt sinds 2017: verbod om bekend te maken 'buiten het geval dat de wet, het decreet of de ordonnantie hen verplicht of toelaat die geheimen bekend te maken'.

Iets meer duidelijkheid is er nu ook over de getuigenis in rechte. Getuigenis in rechte is een oude uitzondering op het beroepsgeheim. Bij oproeping als getuige in



rechte (en dus niet voor politieel verhoor) heeft de geheimplichtige ‘verschoningsrecht’, dat wil zeggen hij mag (straffeloos) antwoorden op vragen, maar heeft ook de mogelijkheid om te weigeren om te antwoorden op vragen. De vraag is dan: hoe moeten we beslissen om al dan niet te antwoorden? Een richtlijn vinden we in artikel 28 van de nieuwe Artsencode: ‘De arts die in rechte getuigt, kan enkel in het belang van zijn patiënt een zwijgplicht inroepen’.

Een recente aanvulling in art. 458bis SW biedt de mogelijkheid tot melding aan het parket indien geheimplichtige op de hoogte is van ernstige misdrijven, gepleegd op kwetsbare personen, bij ernstig en dreigend gevaar voor fysieke en psychische integriteit van gekende persoon, of bij ‘gewichtig en reëel gevaar’ dat anderen het slachtoffer (zullen) worden en waarbij de geheimhouder niet zelf of met hulp van derden de integriteit kan beschermen.

Een andere recente aanvulling in art. 458bis SW maakt het mogelijk om melding te doen voor een ‘persoon die kwetsbaar is ten gevolge van gebruiken van geweld, gepleegd omwille van culturele drijfveren, gewoontes, tradities, religie of de zogenaamde eer’. Dit is bedoeld voor volwassen slachtoffers van genitale verminking.

De toepassing van 458bis werd verder verduidelijkt in meldcodes die in maart 2018 werden voorgesteld en die een initiatief zijn de van Orde der Artsen, IGVM⁵ en staatssecretaris Demir. Het gaat met name over een meldcode partnergeweld en een meldcode vrouwelijke genitale verminking. Er is voorzien in een schema over actiemogelijkheden, belang van extra-gerechterlijke (sociale of therapeutische) interventies en de noodzaak van akkoord van het slachtoffer bij partnergeweld.

Ten slotte is er ook de toevoeging van art 458ter SW: het casusoverleg. Dit biedt een wettelijke basis voor initiatieven zoals protocol van moed, CO3-project, ketenaanpak van intra-familiaal overleg en Lokale Integrale Veiligheidscel (LVIC). Onder die benamingen is er mogelijkheid tot overleg ter bescherming van fysieke of psychische integriteit als preventie van terroristische misdrijven. Bij dit overleg kunnen geheimplichtigen van verschillende disciplines en niet geheimplichtigen overleg plegen. Dit overleg is vertrouwelijk, maar kan leiden tot vervolging. Wel geldt dit enkel voor misdrijven waarvoor het overleg georganiseerd werd. Deelname aan het overleg is vrijwillig. De onthulling van vertrouwelijke gegevens is een mogelijkheid en geen verplichting (behalve bij mogelijk schuldig hulpverzuim). De voorwaarden zijn een wettelijke of decretaal regeling en toestemming van de procureur des Konings. In de toestemming van het parket staat de noodzakelijke omschrijving van de deelnemers (dit mag in categorieën), de finaliteit en de modaliteiten van het overleg. De toestemming gebeurt hoofdzakelijk via een (algemeen) protocol, zelden *ad hoc*.



Er was ook aandacht voor de toepassing van de leer van het gedeeld of toevertrouwd beroepsgeheim van elektronisch gedeelde informatie, binnen en buiten zorginstellingen (EPD's, HUB's en de relatie met GDPR). De privacybescherming (GDPR) kan best benaderd worden als geïntegreerd geheel met 'oude' strafrechtelijke normen inzake beroepsgeheim en samen met 'nieuwe' normen inzake privacybescherming en vooral GDPR. GDPR heeft een zeer breed toepassingsgebied: alle vormen van professionele verwerking zijn gevat. Bij de oplossing van discussies over het bewaren, overdragen en delen van gegevens houdt men dus best niet enkel rekening met de normering inzake het beroepsgeheim, maar ook met relevante algemene beginselen. GDPR staat voor: Rechtmatigheid (*lawfulness*), Doelbinding (*purpose limitation*), Minimale gegevensverwerking (*data minimisation*). Ook art. 9 Kaderwet 30 juli 2018 is belangrijk. De verwerkingsverantwoordelijke van gezondheidsgegevens moet:

'lijsten bijhouden van wie toegang heeft tot gegevens en ervoor zorgen dat personen "door wettelijke of statutaire bepaling of evenwaardige contractuele bepaling vertrouwelijk karakter" van gezondheidsgegevens moeten respecteren.'

Het beroepsgeheim geldt ook onder collega's. Maar soms mag men delen indien de gesprekspartner ook door het beroepsgeheim gebonden is, dat wil zeggen: men handelt met dezelfde finaliteit, de informatieoverdracht is noodzakelijk en de patiënt is (minstens impliciet) akkoord. Deze leer is ontwikkeld en verfijnd voor het vrijwillig toevertrouwen of delen van informatie maar in grote EPD-systemen of HUB's wordt informatie niet gegeven of gevraagd, maar genomen.

Het 'need to know' of de pertinentie is niet meer te beheersen noch te controleren door de oorspronkelijke bron, maar wel door wie de informatie opvraagt. Het systeem moet vormen, toelichten en voldoende regelmatig controleren dat wie informatie opvraagt een therapeutische relatie heeft en informatie nodig heeft.

Thans berust controle in HUB's en *e-health* vooral op de toestemming van de patiënt en zichtbaarheid van *logins* voor patiënt. De vraag is of het wel redelijk is om zoveel gewicht bij patiënt te leggen.

In het bijzonder stond Balthazar ook stil bij de rol van de patiënt bij de bepaling van wat aan derden kan worden meegedeeld: houdt het maatschappelijk belang van het beroepsgeheim nog steeds in dat de patiënt er helemaal niet over kan beschikken of is er ook een 'informatie-autonomie'? Hierover zegt de klassieke leer: Het beroepsgeheim beschermt niet enkel de privacy van de patiënt, maar ook het algemeen maatschappelijk belang. Daarom is het 'van openbare orde'. (Zie met name Het Hof van Cassatie 30 oktober 1978: 'het beroepsgeheim raakt de openbare orde en de zieke



kan daarover dus niet beschikken'; of art. 64 van de oude code geneeskundige plichtenleer: 'de verklaring van een zieke waarbij hij de arts van zijn zwijgplicht ontheft, volstaat niet om de arts van zijn verplichting te ontslaan'.)

Reeds lang was er kritiek op deze visie. Volgens een 'functionele benadering' beschermt het beroepsgeheim de privacy van de patiënt. De patiënt kan volgens die kritiek minstens beslissen over de omvang van het geheim. Nieuwe normen wijzen bovendien op de groeiende informatiele autonomie: Het belang van toestemming in GDPR; het belang van de toestemming in de *e-health*-wet, de aanpassing van Code van geneeskundige plichtenleer en de groeiende mogelijkheden van patiënt om informatie (elektronisch) op te vragen (en er nadien over te beschikken). De idee van onbeschikbaarheid in hoofde van de patiënt lijkt niet meer houdbaar, maar de bescherming is wel nog steeds nodig en gepast. De toestemming mag niet lichtzinnig gegeven worden, maar moet voorafgaand vrij, specifiek, uitdrukkelijk en geïnformeerd zijn. Gevaren op misbruik van informatie-overdracht blijven bestaan, maar wordt dit onmogelijk gemaakt door de patiënt af te remmen, te verwachten dat artsen dit afraden, of door onverantwoorde vragen te verbieden?

Axel Liégeois – Het voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim⁶ – Zorgverleners werken niet alleen samen in een team, maar ook steeds meer in netwerken. Die realiteit roept de ethische vraag op of zorgverleners het vertrouwde gedeeld beroepsgeheim in een team kunnen verruimen tot een netwerk dat verder reikt dan de eigen organisatie. Brengt dat de vertrouwelijkheid van de informatie niet in het gedrang? Axel Liégeois nam een aanloop vanuit zijn visie op de relatie tussen ethiek en recht, waarbij hij ethiek een functie geeft ten opzichte van het recht die opbouwend, kritisch en aanvullend is. Vanuit een relationeel-ethische visie – mensen zijn niet alleen autonoom maar ook verbonden in relatie – stelde hij een voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim in een team of netwerk voor. De waarden die hierbij het geding onderbouwen zijn enerzijds het geheim houden van informatie door vertrouwen, autonomie, privacy en anderzijds het uitwisselen van informatie door zorgverlening, beschermwaardigheid, rechtvaardigheid en solidariteit.

De context en tevens de probleemstelling is die van een team of netwerk. Een team zijn zorgverleners uit één zorgeenheid. Een netwerk bestaat uit individuele zorgverleners, uit verschillende teams, zorgeenheden of voorzieningen. De informatiedeling uitbreiden van team naar netwerk houdt weliswaar een risico in. Een netwerk is onvoldoende afgebakend en herkenbaar, er bestaat een risico voor de schending van het vertrouwen, autonomie of privacy. Maar Liégeois ziet wel argumenten om



dat toch te doen. Anders ontstaat er verwarring in het onderscheid tussen gezamenlijk beroepsgeheim in een team en het gedeeld beroepsgeheim in een netwerk bij het hanteren van verschillende voorwaarden. We kunnen ook een positieve ontwikkeling vaststellen van niet-systematische samenwerking, over samenwerking in team naar samenwerking in een netwerk. Dit vereist wel een grotere zorgvuldigheid in het netwerk dan in een team, met een coördinator die verantwoordelijk is voor het opvolgen van de voorwaarden.

Liégeois schetste vijf voorwaarden voor een voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim in netwerk en in team.⁷

- Een duidelijk afgebakend en herkenbaar team of netwerk. Een netwerk is functioneel en de partners zijn verschillend per cliënt. Transparantie moet er voor zorgen dat het netwerk afgebakend is en herkenbaar naar binnen en buiten. Dit heeft als consequentie om functies of namen schriftelijk vast te leggen in een individueel zorgplan, in een elektronisch patiëntendossier met toegang voor betrokkenen, waarbij dit voortdurend aangepast wordt.
- Een gezamenlijke zorgopdracht die ook omschreven staat in het individueel zorgplan. Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners die in noodzakelijke vertrouwensrelatie staan met de patiënt. De consequentie hierbij is dat er geen gedeeld beroepsgeheim is met andere zorgverleners of beroepsbeoefenaren buiten de desbetreffende zorgopdracht. De advocaat bijvoorbeeld, de politieagent, de supervisor zijn dus derden.
- De plicht tot beroepsgeheim. De zorgverleners in het team of netwerk zijn gebonden door juridisch beroepsgeheim. Zo niet, wordt hen gewezen op hun of discretieplicht en hebben ze ook deontologische of minstens de ethische plicht tot geheimhouding. Dit wordt eventueel schriftelijk vastgelegd in het individueel zorgplan voor de cliënt, de overeenkomst met de zorgverlener, of in de zorgvisie van het team of het netwerk.
- Het overleg met en de toestemming van de patiënt. Het is een dialoog met informatie en motivering van het gedeelde beroepsgeheim, waarbij voorafgaande toestemming gevraagd wordt aan patiënt die kan beschouwd worden als een voorafgaande toestemming voor de latere uitwisselingen van informatie. De cliënt kan weigeren en bijvoorbeeld een uitzondering vragen voor bepaalde informatie of voor bepaalde personen.
- De toepassing van de relevantiefilter. Enkel relevante informatie wordt gedeeld en de andere informatie wordt vertrouwelijk gehouden. Relevante informatie is nodig voor de zorgopdracht en om verantwoordelijkheid te kunnen opnemen. Er is een



onderscheid tussen ‘Nice to know’ en ‘need to know’. Goede zorg vereist meestal meer dan de noodzakelijke informatie. De informatie is bevorderlijk voor verantwoordelijkheid voor goede zorg.

Er zijn drie uitzonderingen op de voorwaarden, opdat zorgverleners toch informatie kunnen uitwisselen zonder overleg of toestemming:

- Bij onmogelijkheid tot dialoog of om toestemming te bekomen van patiënt. (Bijvoorbeeld bij beslissingsonbekwaamheid of onbereidheid.)
- Bij ernstige en dreigende schade aan fysieke of psychische integriteit of gezondheid van de zorgvrager of een ander. Tenminste: indien de informatiedeling dit kan vermijden, en er geen alternatieven zijn.
- Proportionaliteit. Er moet een redelijke verhouding zijn tussen de te vermijden schade en het geschonden vertrouwen. Dit houdt in dat ze niet meer en niet ruimer informeren dan noodzakelijk.

*Frank Judo – Levensbeschouwelijk beroepsgeheim – (n)iets bijzonders?*⁸ – Over het beroepsgeheim in de levensbeschouwelijke context, soms ten onrechte gelijkgesteld met het aloude concept ‘biechtgeheim’, doen nogal wat wilde verhalen de ronde. Recente casussen vestigden hierop nog eens de aandacht, met name op het spanningsveld tussen biechtgeheim (zwijgen) en schuldig verzuim (helpen). Een goede reden dus om, op het kruispunt van het juridisch verantwoord en het praktisch werkbaar, op zoek te gaan naar de eigenheid van deze vorm van beperking van communicatievrijheid.⁹

Het minste dat we kunnen vaststellen is dat het biechtgeheim met een erfenis zit opgezaald. Oude cassatierechtspraak (19^{de} eeuw) erkent (minstens) het biechtgeheim als vorm van beroepsgeheim. Het canonieke biechtgeheim werd erkend in de civiele sfeer en toonaangevend voor het beroepsgeheim in de levensbeschouwelijke context. De tijden veranderen en een aantal vragen dringt zich op. Impliceert de erkenning (van een eredienst) ook de beperking van het beroepsgeheim? Wat met religies en levensbeschouwingen die het fenomeen biecht niet kennen, vallen zij onder beroepsgeheim? Kan de interne, kerkrechtelijke regel overgenomen worden in (statelijk) strafrecht of moet de toepasbaarheid van het beroepsgeheim overeenkomstig art. 458 SW blijken uit de regels van het strafrechtelijke beroepsgeheim zelf?

Verschillende benaderingen zijn denkbaar. Die van verdere beperking: er is geen wettelijk monopolie op levensbeschouwelijke zorg, en slechts één religie een uitzondering toestaan zou strijdig zijn met de vrijheid en gelijkheid van religies. Ruimere



benadering: biecht is symbool voor elke vorm van levensbeschouwelijke bijstand, ongeacht de functie die iemand uitoefent.

De wetgever komt slechts ten dele te hulp. De wetgeving geeft immers geen uitdrukkelijk antwoord, want artikel 458 SW is een open norm met betrekking tot de toepassing van het beroepsgeheim, zodat men in elk concreet geval zich moet afvragen ‘wie valt hier onder beroepsgeheim?’.

Zo maakt artikel 57 van de wet van 21 juni 2002 art. 458 SW van toepassing op feiten die afgevaardigden van de Centrale Vrijzinnige Raad uit hoofde van hun ambt vernemen, bijvoorbeeld de morele consulent.¹⁰ Als de doelstelling van de wetgever inderdaad maximale gelijke behandeling is, dan heeft 458 SW een ruim toepassingsgebied. Zo gesteld valt levensbeschouwelijke zorg onder het beroepsgeheim en biechtgeheim is slechts daarvan een stukje. De discussie over het levensbeschouwelijk beroepsgeheim voeren vanuit dat biechtgeheim bemoeilijkt de discussie.

Wat nu met sectorale hulp (bijvoorbeeld levensbeschouwelijke inrichtingen; gezondheids- en welzijnsinstellingen)? We vinden parallelle bepalingen in (sommige) sectorale regelgeving, en daarmee lijkt een vergelijkbare interpretatie verkiesbaar.

Wie is gebonden aan beroepsgeheim? Enkel beroepsmatige krachten? Of ook een beroepskracht die occasioneel diensten verleent? Alleen vrijwilligers die structureel zijn ingeschakeld, of elke vrijwilliger? Wat met niet-erkende erediensten? Wat met sekten?

Overigens, wat is dan een geheim? Waar ligt de grens tussen dienstverlening en administratie? Betreft het enkel de sacramentele context? Het is aangewezen om biechtgeheim voor te behouden als het werkelijk de biecht betreft. Waar eindigt vertrouwelijkheid en begint het geheim? Bij twijfel dient men het geheim te bewaren en de uitzonderingen beperkend te interpreteren.

De vraag komt ook op of er ruimte is voor gedeeld beroepsgeheim? Allicht wel, binnen de context van de levensbeschouwelijke dienstverlening. Of dit ook het geval is met andere zorgverleners hangt ondermeer af van dezelfde hulpverleningscontext, van dezelfde doelstelling en van de ruime gezondheidsdefinitie of de integratie in een holistisch zorgmodel. In de praktijk zal het ook een rol spelen of er sprake is van eenrichtingsverkeer.

Wat betreft de absoluutheid van het beroepsgeheim dienen de klassieke uitzonderingen op het beroepsgeheim beperkend gelezen te worden. Er kan ook gewezen worden op art. 458bis SW,¹¹ met uitdrukkelijke verwijzing naar de problematiek van schuldig verzuim zoals gesteld in artikel 422bis SW. Dit dwingt tot de afweging tussen een individu (patiënt) versus een structureel belang (bijvoorbeeld van de instelling of de gezondheidszorg).



Enkele slotbedenkingen. Het moge duidelijk zijn dat de identificatie van levensbeschouwelijk beroepsgeheim en biechtgeheim problematisch is en contraproductief. Beperkende interpretatie klinkt aantrekkelijk, maar is juridisch inconsistent. Grote discussiepunten blijven het gedeeld geheim en de uitzonderingsgronden. De plaats van de levensbeschouwelijke zorg en zijn beroepsgeheim wordt immers in aanzienlijke mate mee bepaald door de visie op zorg en de visie op levensbeschouwing.

3. Panelgesprek

De drie sprekers gingen met elkaar en met het publiek in gesprek. Het gesprek ontspoon zich onder leiding van moderator Brenda Froyen¹² rond een casus van een fictief multidisciplinair teamoverleg in een regionaal algemeen ziekenhuis op de afdeling heelkunde. Het overleg gaat vooral over de pas opgenomen patiënt J., een man van negentien jaar, die sinds vorig overleg via de spoed is binnengebracht, met zware schaafwonden. Er bestaat een vermoeden dat patiënt bij een ongeval of vechtpartij betrokken is geweest. Deelnemers aan het overleg zijn onder andere een oudere arts, jongere arts, hoofdverpleegkundige, psycholoog, pastor en een student verpleegkunde. Tijdens het overleg komen impliciet en ook expliciet diverse en soms tegengestelde standpunten over beroepsgeheim naar boven. De 250 aanwezigen van het panelgesprek konden voor of tegen verschillende stellingnamen stemmen. Daarna werden de stellingen van commentaar voorzien door de sprekers.

Wat de pastor (aalmoezenier) betreft, vond het gros van de aanwezigen dat hij niet aanwezig moet zijn bij een teamoverleg. De commentatoren vinden dat dit eventueel wel kan als levensbeschouwelijke dimensies aan bod komen en het past binnen de zorg. Hier wordt best rekening gehouden met de cultuur van de organisatie. Belangrijk is ook dat de vraag voor deelname komt van de patiënt en de professional. Dat de pastor aalmoezenier is en dus priester met absoluut biechtgeheim, maakt van hem een toehoorder in het overleg. Een gewoon gesprek van een pastor met de patiënt valt niet onder het biechtgeheim.

De studente verpleegkunde neemt stil deel aan het overleg. De vraag stelt zich of zij het elektronisch patiëntendossier kan raadplegen voor haar stage ter plaatse en voor haar stagewerk. Dit dient begeleid te gebeuren, geleidelijk aan en in functie van de mogelijkheid om haar stage behoorlijk te kunnen doen.

De patiënt die weliswaar niet aanwezig is, heeft de jonge behandelende arts van het beroepsgeheim ontslagen, echter onder een duidelijk gespecificeerde voorwaarde dat de informatie gedeeld mag worden met andere zorgverleners 'behalve met die



oude arts'. In principe kan dit en dient dit ook technisch bekeken te worden. Maar hierbij moet de nodige zorgvuldigheid aan de dag gelegd worden, men moet de context kennen en de redenen, wat een dialoog veronderstelt en uiteindelijk moet de zorg ook nog mogelijk blijven.

De jonge arts overweegt voor haarzelf het volgende: 'Ook al heeft patiënt mij van het beroepsgeheim ontlast, ik moet toch nog inschatten of het delen van bepaalde confidentiële relevante gegevens hier in het belang van de patiënt is.'

De psycholoog ten slotte heeft een louter externe opdracht als coördinator of case-manager, zonder dezelfde zorgfinaliteit als de andere deelnemers aan het overleg rond de patiënt. Hij werkt dus in feite niet mee aan de zorg, en hoewel hierbij geen direct therapeutisch contact vereist is, hoort hij vanuit die optiek niet thuis op het overleg.

Deze casusbehandeling en de vragen achteraf leerden dat discrete omgang op een overlegde manier in de praktijk nodig is met heel wat nuance.

4. Workshops

In de namiddag werden vier thematische en uitdiepende workshops aangeboden.

*Bart Goossens en Peter Berghmans – Integere omgang met vertrouwelijke gegevens in de context van technologische ontwikkelingen (IT, media en elektronisch patiëntendossier)¹³ – Het zorgland-
schap, de zorginhoud en de digitale informatiemaatschappij zijn volop in ontwikke-
ling en zullen zonder twijfel verder blijven evolueren. Denken we enkel al maar aan
het (elektronisch) patiëntendossier (EPD), het gebruik van e-mail en andere moderne
communicatiemiddelen en de gegevensbescherming. De vraag is in 't algemeen of de
technologie klaar is om ethische reflexen en menselijke waarden te gebruiken als een
onderdeel van een (geautomatiseerd) beslissingsproces. Is anderzijds de zorg klaar
om nieuwe technologische mogelijkheden te implementeren in bestaande zorgmodellen?
Die ogenschijnlijke paradox en dus wisselwerking worden gevoed onder meer door
een gebrek aan kennis en vaardigheden met betrekking tot de technologische moge-
lijkheden bij de zorgverleners. Naast gebrek aan kennis zijn er ook vooroordelen en
angst, niet in het minst bij de grote groep oudere werknemers. Dit wordt soms nog
versterkt door vaak onduidelijke juridische kaders en technologieën die privacy
onvoldoende beschermen, twee ontwikkelingen die ook nog eens heel wat media-
aandacht krijgen. De vaak hoge kosten zijn ook niet steeds geruststellend.*

Dit vraagt in eerste instantie, naast een analyse van de mogelijkheden, ook een ana-
lyse van de risico's: integriteit van gegevens, bewaren van data, beveiliging, lees- en



schrijfrechten, afschermen van ‘nice’ en ‘need to know’ en het bepalen van digitaal netwerk rond patiënt ... Door het spanningsveld van deze ontwikkelingen en het beroepsgeheim beter te begrijpen ontdek je kansen tot oplossing.

Aan de hand van enkele concrete voorbeelden uit de praktijk die ook aangebracht werden door de deelnemers werden de deelnemers via een set kritische vraagstellingen bewust gemaakt van de complexe realiteit: Wat zijn de gevolgen voor het (gedeeld) beroepsgeheim? Wat is het effect op de zorgrelatie? Hoe zit het met de proportionaliteit van gegevensdeling? Wat met privacy, rekening houdend met juridische kaders?

‘Beroepsgeheim proof EPD’ veronderstelt bijvoorbeeld handig te zijn in het gebruik, zo weinig mogelijk patiëntengegevens buiten de EPD gebruiken, het zorgnetwerk rondom de patiënt zo duidelijk mogelijk in beeld brengen, de communicatie zoveel mogelijk via het EPD laten verlopen, de gebruiker moet weten welke informatie automatisch gedeeld wordt en dat het *user*beheer goed in te richten moet zijn, dat wil zeggen voldoende gedetailleerd maar ook niet te complex.

Men reikte ook een kader aan om actuele of toekomstige technologische ontwikkelingen af te toetsen: SOLOVE. Als men nieuwe technologie beoordeelt, stel dan kritische vragen in verband met de data-collectie, data gebruik, data verspreiding en data inmenging. Een handige aangereikte tool kan helpen om risico’s te bepalen op juridisch, zorg-gerelateerd, ethisch en technisch vlak. Anderzijds zullen we ook leren om voldoende pragmatiek aan de dag te leggen om dingen te (durven) testen en te implementeren.

Digitalisering kan positief zijn mits er vooraf een aantal kritische vragen gesteld wordt. Men dient zich bewust te zijn van het spanningsveld, en een aantal tips kunnen helpen bij het omgaan met het spanningsveld beroepsgeheim in context van EPD; denk aan goede communicatie met informatici om een duidelijk beeld te krijgen van beheer van EPD; nood aan opleiding en reflectie; delicate balans tussen opportuniteiten van de technologische ontwikkeling en het privé-zijn van de zorgrelatie; Het menselijke aspect blijft zowel een kans als een valkuil in de technologische evolutie in de zorg.

*Freya Vander Laenen – Beroepsgeheim op de rand: delen van informatie met justitie?*¹⁴ – Twee types van situaties doen zich voor waarbij zorgverleners twijfelen of ze hun beroepsgeheim mogen of moeten doorbreken. Ten eerste vragen zorgverleners zich soms af of ze informatie zullen delen met justitie. Dat kan bijvoorbeeld gaan om partnergeweld of oudermishandeling. Veel gestelde vragen daarbij zijn: hoe ga ik om met dat soort situaties naar de cliënt of patiënt; en is er een verschil of een cliënt of patiënt



dader is of slachtoffer? Ten tweede werken zorgverleners soms met cliënten en patiënten die al in contact zijn gekomen met politie of justitie. Bij heel wat zorgverleners leven daarover vragen: moet ik informatie van mijn cliënt of patiënt delen met de rechter of met de justitieassistent? Welke informatie kan en moet ik delen? En hoe reageer ik het best op vragen van bijvoorbeeld de politie?

De maatschappelijke context is hierbij belangrijk. Langs de ene kant is er sprake van inspraak en participatie, met toenemende ervaringsdeskundigheid (ook van de familie). Er wordt een brede invulling gegeven aan herstel en kwaliteit van leven. Zorg op maat en vraaggerichte zorg verlopen meer en meer met participatie en in een overlegmodel. Kortom de autonomie en geïnformeerde toestemming staan centraal. Aan de andere kant is er 'bemoeizorg' (andere benamingen: proactieve zorg, assertieve zorg, aanklampende zorg, parentale zorg of parentalisme) en er is vaak verontrusting en maatschappelijke noodzaak, waardoor er grenzen aan autonomie en toestemming worden gesteld. Denken we bijvoorbeeld aan kindermishandeling, intra-familiaal geweld of jammer genoeg ook aan de heel bezorgde vraag 'wat met beroepsgeheim in tijden van terrorisme?'

Hier bevindt het beroepsgeheim zich op de rand. Beroepsgeheim is de regel, maar vanaf hier zijn er belangrijke uitzonderingen mogelijk, waarbij men meestal spreekrecht krijgt en uitzonderlijk spreekplicht heeft. Zorgverleners worden soms geconfronteerd met situaties waarin ze twifelen over het doorbreken van het beroepsgeheim. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt of patiënt slachtoffer of dader is van partnergeweld, oudermishandeling of kindermishandeling. Dit roept vragen op: kan, mag of zal ik informatie delen met justitie? Hoe ga ik om met dit soort situaties naar de cliënt of partner? Is er een verschil of een cliënt of patiënt dader is of slachtoffer?

Het recht voorziet hier een aantal uitwegen. Een zorgverlener kan zich voor zijn spreekrecht beroepen op noodtoestand mits er sprake is van drie cumulatieve voorwaarden. Ten eerste, is er de aanwezigheid van daadwerkelijk (actueel, zeker, en ernstig) gevaar voor de fysieke, psychische, seksuele integriteit van anderen? Ten tweede, de afweging van het belang van de bescherming van de integriteit ten opzichte van het beroepsgeheim. Ten derde, de integriteit kan niet op een andere manier gevrijwaard worden dan door het doorbreken van het beroepsgeheim, door bijvoorbeeld hulp in te roepen van andere zorgverstrekkers.

Er is het spreekrecht zoals geregeld in art. 458bis SW, en er is overeenkomstig art. 458ter SW ook geen overtreding van het beroepsgeheim in de gestelde voorwaarde. Wat houdt dit 'casusoverleg' in? Wél het uitwisselen van informatie in duidelijk

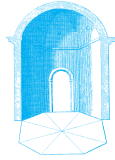


afgebakende overlegmomenten. Maar niet de vraag om informatie vanuit de politie of het parket. Niet de samenwerking buiten het overleg, en ook niet het maken van een gezamenlijk dossier. Het gaat ook niet enkel over informatie delen met de procureur maar met alle deelnemers rond de tafel. Dit op basis van goede afspraken, op papier (zie de omzendbrief 04/2018 – casusoverleg 15/03/2018), waarin gesteld werd wie kan deelnemen, wat de modaliteiten van de organisatie van het overleg zijn (wie kan initiatief nemen, frequentie, hoe beslissen over gevolg overleg, ...) en het schriftelijk akkoord van de betrokken partners. In principe is het zo dat wat gedeeld wordt tijdens een overleg, niet buiten het overleg mag gedeeld worden. Het is wel mogelijk om afspraken te maken over terugkoppeling naar de eigen organisatie, in consensus.

Tijdens de workshop werd aan de hand van een aantal concrete casussen hierop ingegaan, en werd gezocht naar handvatten om verder mee aan de slag te gaan in de praktijk. Enkele tips bij het afsluiten:

- Ontwikkel een visie en een gedragen beleid. Enerzijds via intern overleg van het team of de organisatie over de eigen rol- en taakafbakening, over eigen doelstellingen en eigen finaliteit. Maak ook afspraken over informatie-uitwisseling en de grenzen van het beroepsgeheim. Anderzijds via overleg met andere teams of voorzieningen en de sector.
- Op cliëntniveau: Wees in dialoog – van bij start van de hulpverlening – en wees transparant over de (zorg)rol, doelstellingen, informatie-uitwisseling, en de grenzen van het beroepsgeheim. In principe geldt de geïnformeerde toestemming van de cliënt: hij kan geïnformeerd toestemmen of weigeren.
- Bij twijfel over het doorbreken van het beroepsgeheim kan een stappenplan helpen. Besef dat de dialoog met cliënt in de eerste plaats soms ‘ongemakkelijk’ zal zijn. Het is aangewezen om te overleggen met andere collega’s, in team. Vraag anoniem advies, bijvoorbeeld bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. Schrijf ten slotte een draaiboek uit, eventueel met een aantal scenario’s.¹⁵

Axel Liégeois – Informatie delen met familie – Zorgverleners zijn verplicht vertrouwelijke informatie uit de professionele relatie geheim te houden tegenover derden, en daar horen in principe en van oudsher de familie en het sociaal netwerk bij. Ze worden vanuit dat perspectief beschouwd als derden. Maar zorgverleners vinden het ook van essentieel belang met de familie te kunnen samenwerken en informatie te delen. De ethische vraag is dus hoe zorgverleners informatie met de familie kunnen delen zonder het beroepsgeheim te schenden. Het is daarmee dus ook weer een voorbeeld van het spanningsveld van geheimhouding versus uitwisselen van informatie.



Vanuit een relationeel-ethische visie (autonomie in relatie) kan in deze over een zorg-trialogische situatie gesproken worden. Er zijn drie partners: de zorgvrager met eigen verantwoordelijkheid; de familie met haar sociale verantwoordelijkheid bestaat uit ervaringsdeskundigen ten opzichte van het leven van de zorgvrager; en uiteraard de zorgverlener met zijn professionele verantwoordelijkheid. Het is een recente praktijk, zorg in dialoog met gedeelde informatie: met gedeeld beroepsgeheim onder zorgverleners en informatieuitwisseling met familie. De ethische optie is een andere manier van denken dan vanuit het beroepsgeheim. Deze optie vertrekt vanuit een relationele mensvisie, waarbij de zorgvrager zoveel mogelijk centraal staat, met zijn eigen verantwoordelijkheid, maar ook niet meer dan de patiënt kan dragen. De familie is de informele zorgverlener. Zij is ook ervaringsdeskundige, en weet veel over de patiënt en speelt een belangrijke rol in de somatische context.

Vijf handvatten of houdingen worden hiertoe voorgesteld.

Gulden weg – De zorgverleners motiveren de zorgvrager om informatie te verstrekken aan de familie. De beslissing ligt bij hemzelf: wie, wat, wanneer? Deze weg ligt dan buiten het beroepsgeheim, omdat de zorgvrager zelf de informatie doorgeeft. Het is de weg die wij altijd eerst zouden moeten proberen. Het is belangrijk om de patiënt hierin te begeleiden. Deze methode is het beste, mits toestemming van de patiënt. Wat als de zorgvrager niet kan of niet wil instemmen? De dialoog van de zorgverlener met de zorgvrager is van groot belang.

Zorgverleners geven niet-persoonsgebonden informatie aan de familie – Dat wil zeggen informatie die kan doorgegeven worden in verband met zorgvoorzieningen, zorgbeleid, regels en procedures, of over ziektebeelden en behandelingen. Dit noemt men psycho-educatie. Het beroepsgeheim wordt hier behouden wat betreft persoonsgebonden en vertrouwelijke informatie.

Zorgverlener geven relevante informatie aan familie in dialoog en met toestemming van de zorgvrager – We gaan met de zorgvrager spreken over welke informatie wij doorgeven aan de familie. Indien de zorgvrager bezwaren heeft, houden wij hiermee rekening en gaan we informatieoverdracht aanpassen, de cliënt kan hiervoor immers een goede reden hebben. Hij kan er trouwens ook voor kiezen om met de ene persoon wel en met de andere niet te delen. Wij motiveren de cliënt om zijn toestemming te geven. Die toestemming kent twee vormen: actuele of voorafgaande toestemming. Actueel als de patiënt nu iets vraagt en op korte termijn in dialoog gaat. Voorafgaande toestemming geldt voor een zekere periode of voor zorg in de toekomst bijvoorbeeld in de periode voor opname informatie geven. Indien de patiënt toestemming heeft



gegeven is het belangrijk om de *relevantie* te bewaken. Dit betreft de toepassing van een relevantiefilter: maak onderscheid tussen ‘relevante’ en ‘plezante’ informatie. Relevantie is informatie die de zorgopname rond de zorgvrager bevordert. Het beroepsgeheim mag daarbij wel niet lichtelijk opzij geschoven worden. Het beroepsgeheim blijft gelden, ook als de patiënt u hiervan ontslaat. De patiënt maakt uit wat vertrouwelijk en geheim is. De zorgverlener moet bij het verstrekken van de informatie steeds filteren op relevantie.

Informatie aan gemandateerd familielid – Dit is dan de vertrouwenspersoon die bijvoorbeeld overeenkomstig de wet patiëntenrechten de wilsbekwame zorgvrager bijstaat in zijn recht op informatie en inzage in het patiëntendossier. De vertegenwoordiger treedt ook in de plaats van de wilsonbekwame zorgvrager volgens een rangorde in de wet patiëntenrechten. Tenslotte is er de actuele of voorafgaande toestemming bij een wilsbekwame zorgvrager voor een latere toestand van onbekwaamheid. Bij voorkeur wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd om informatie aan familie te geven.

Informatieverlening bij een minderjarige zorgvrager – De ouders zijn verantwoordelijk voor de opvoeding en hebben recht op informatie. Bij verzet van de minderjarige dient men de autonomie te respecteren, maar kan men het verzet bevragen en de informatieverstrekking motiveren. De minderjarige heeft beslissingsrecht al naargelang zijn leeftijd en maturiteit. Die leeftijd is niet bij wet vastgelegd. Beoordeeld moet worden of de jongere in staat is tot een vrije en overwogen keuze. Deze beslissingsbekwaamheid is idealiter te bepalen in een dialoog van het team, de ouders en de minderjarige.

Per uitzondering verbreken de zorgverleners het beroepsgeheim onder de volgende voorwaarden: Dat een dialoog en toestemming onmogelijk zijn. Het is belangrijk om dan het verbreken van de vertrouwelijkheid te motiveren; Ook bij ernstige en dreigende schade aan fysieke of psychische integriteit van anderen. De proportionaliteit moet gerespecteerd worden. Dat wil zeggen men moet een redelijke verhouding behouden tussen de te vermijden schade en de mate van schending van vertrouwen. Deel niet meer informatie dan nodig in de gegeven context.

In de workshop kwam duidelijk naar voor: dat er een delicate balans is tussen geheimhouding en informatieverstrekking; dat dialoog of dialoog de basis vormen om delicate punten uit de te verstrekken informatie uit te klaren; dat het respect voor de autonomie van de zorgvrager primeert dat wanneer de zorgvrager u ‘ontslaat’ van het beroepsgeheim dit geen ‘carte blanche’ betekent en dat proportionaliteit een belangrijk begrip is in deze kwestie.



*Filip Vermeire – Beroepsgeheim voor levensbeschouwelijke medewerkers – een verhaal apart?*¹⁶ – Net als alle andere zorgverleners zijn levensbeschouwelijke medewerkers gebonden aan het beroepsgeheim. Ondanks verregaande samenwerking met andere disciplines behouden ze echter ook hun eigenheid. Die wordt vaak aangeduid met het begrip ‘vrijplaats’. Vroeger werd die vrijplaats benadrukt, terwijl nu vaak meer nadruk ligt op integratie. Want in tegenstelling tot de andere zorgverleners die gebonden zijn aan het beroepsgeheim, behoren levensbeschouwelijke medewerkers niet tot de kern van het zorgteam. Dit heeft gevolgen voor hun beroepsgeheim en voor hun samenwerking met de andere disciplines, maar ook voor de patiënt of bewoner en voor eventuele registraties.

Het blijft een moeilijke zaak: andere zorgverleners zien de pastor niet vaak als deel van het team. Anderzijds moet men er voor waken om de vrijplaats niet volledig weg te zetten. Bovendien is de pastor gezonden door zijn bisdom. Men werkt zoals iedereen vanuit het ziekenhuis, maar men is tevens aangesteld door zijn bisschop (vaak in overleg). Deze dubbele binding kan voor verwarring zorgen, maar veroorzaakt ook een aparte dynamiek. Het werk is niet duidelijk ‘functioneel’, het is niet bedoeld als therapeutische relatie en er zijn geen doelen verplicht. De levensbeschouwelijke medewerker kan een kamer binnenstappen zonder therapeutisch doel. Net omdat men niets wil bereiken heeft men een eigen plaats. Dit wordt soms als meerwaarde beschouwd, de psychiater ziet er bijvoorbeeld een meerwaarde in dat dat patiënt kan klagen zonder therapie-ontrouw te zijn. Samenwerking met andere zorgverleners is soms goed, maar schept ook vragen als waar sta ik, wat kan ik delen? Ook speelt het gevoel van niet kunnen bewijzen dat de taak zinvol is. Er is een evolutie naar integratie van de pastor, maar dit geldt niet voor de vrijzinnig consultant(e) die vaak de vrijplaats bewaakt. Er zijn verschillende stromingen in Vlaanderen en tussen de landen.

Tijdens deze workshop werd ruimte gemaakt voor de specifieke invalshoeken en spanningsvelden van levensbeschouwelijke medewerkers met betrekking tot het beroepsgeheim. Het kan immers gaan over biechtgeheim (van priesters dat wil zeggen sacramenteel), beroepsgeheim, en discretieplicht. Het werd een workshop die praktijkgericht voortbouwde op het verhaal van Frank Judo.

Aan de hand van casussen werden gesprekken in kleinere groepen gevoerd. De gesprekken gingen over zaken waar men tegenaan loopt, over wat men zou doen in bepaalde situaties en hoe men zou registreren.

Er klonk een pleidooi voor een sterke visie vanuit de instelling op levensbeschouwelijke zorg en de plaats van levensbeschouwelijke medewerkers. Ofwel ga je voor



de vrijplaats, ofwel ga je voor integratie. De directie speelt hierin een heel belangrijke rol. Ook de dialoog met de beroepsvereniging is nodig, zodat de pastor zelf zijn eigen rol en plaats goed kent.

Soms is het voor patiënten ook niet duidelijk welke positie een levensbeschouwelijk medewerker heeft. Veel patiënten denken toch dat de levensbeschouwelijk medewerker losstaat van het ziekenhuis, terwijl de pastor deel uitmaakt van instelling en deel uitmaakt van de integrale zorg van het ziekenhuis. Het is opmerkelijk om daarbij vast te stellen dat de registratie van levensbeschouwelijke informatie nog nooit onderzocht werd.

5. Uitluitend besluit

Tijdens het symposium kregen de deelnemers doorlopend de mogelijkheid om vragen en suggesties te formuleren. De volgende kwesties kwamen daarin naar voor: vragen over gedeeld beroepsgeheim in een netwerk; vragen over het beroepsgeheim van levensbeschouwelijke medewerkers; vragen over het beroepsgeheim in zeer specifieke klinische situaties, bijvoorbeeld bij een zwangere HIV-patiënte, een zwangere tiener of een anorexiapatiënte.

Deze en andere vragen tonen dat het symposium aan een nood beantwoordde. Het thema zal ook verder onze aandacht opeisen.¹⁷

De Commissie voor ethiek: vorming & intervisie zal waar mogelijk een rol spelen bij het sensibiliseren van zorginstellingen op elk niveau met betrekking tot vragen en mogelijke antwoorden over het thema 'Beroepsgeheim: onze zorg'. Ook de hierboven aangereikte kwesties nodigen hiertoe uit. We willen nu al wijzen op onze volgende activiteiten de derde 'Ronde Tafel over praktische ethiek in de zorg' op donderdag 25 april 2019 van 13.00 tot 16.30 uur in Zorgnet-Icuro, Guimardstraat 1, 1040 Brussel, lokaal G 11. En het 12^{de} ethiek-symposium van de Commissie ethiek: vorming & intervisie van Zorgnet-Icuro op 11 oktober 2019.¹⁸

Noten

1. Aan dit symposium werkten mee de leden van de Commissie voor ethiek: vorming & intervisie: Walter Krikilion (OPZ Geel; voorzitter van Commissie voor ethiek: vorming & intervisie en symposiumvoorzitter), Leentje De Wachter (Expertisecentrum Dementie), Fabienne Mertens (Jessa Ziekenhuis Hasselt), Karla Briers (ZOL Genk), Maria Van Steenkiste (AZ Herentals), Caroline Antkowiak (Medisch Centrum Sint-Jozef Bilzen), Chantal Tombal (Zorgnet-Icuro), An Ravelingien (AZ Delta Roeselare), Linda Menten (OPZC Rekem), Yvonne Denier (Zorgnet-Icuro/KU Leuven), Ine Riphagen (AZ Tienen), Françoise Van Hoorbeke (AZ St. Rembert),



Simone Godecharle (vzw Emmaüs) en Stefaan Van Roey (Zorgnet-Icuro; secretaris van Commissie voor ethiek: vorming & interventie).

2. Walter KRIKILION, stafmedewerker patiëntenzorg met aandachtsgebieden zingeving, levensbeschouwing, ethiek, cliëntenparticipatie en kenniscentrum OPZ Geel, doctor in theologie en psychotherapeut, voorzitter Commissie voor ethiek: vorming & interventie van Zorgnet-Icuro. Hij is auteur van *Geestelijke gezondheidszorg in het licht van zingeving en spiritualiteit* (Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2012); Stefaan VAN ROEY is stafmedewerker juridische & ethische thema's van Zorgnet-Icuro en secretaris-contactpersoon van de Commissie voor ethiek: vorming & interventie. Hij studeerde rechten, filosofie, medisch recht en toegepaste ethiek aan de UA en de KU Leuven. E-mail: stefaan.vanroey@zorgneticuro.be; Guimardstraat 1, 1040 Brussel; <http://www.zorgneticuro.be>.

3. De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) heet in het Engels: General Data Protection Regulation (GDPR)

4. Tom BALTHAZAR is hoofddocent gezondheidsrecht UGent en juridisch adviseur bij Zorgnet-Icuro.

5. Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen.

6. Axel LIÉGEOIS is gewoon hoogleraar zorgethiek en praktische theologie aan de Faculteit Theologie en Religiewetenschappen, KU Leuven en stafmedewerker voor ethiek van de Broeders van Liefde.

7. Axel LIÉGEOIS, 'Informatie uitwisselen bij het samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg', *Psychiatrie en Verpleging* 88 (2012), nr. 3, pp. 100-113.

8. Frank JUDO is advocaat aan de Brusselse balie (kantoor Liedekerke). Hij is ook co-hoofdredacteur van het tijdschrift *Recht, Religie en Samenleving*.

9. Zie hierover ook Tim Opgenhaffen, 'Het levensbeschouwelijke beroepsgeheim en zijn grenzen', *Recht, Religie en Samenleving* (2016), nr. 1, pp. 97-122.

10. Wet van 21 juni 2002 betreffende de Centrale Raad der niet-confessionele levensbeschouwelijke gemeenschappen van België, de afgevaardigden en de instellingen belast met het beheer van de materiële en financiële belangen van de erkende niet-confessionele levensbeschouwelijke gemeenschappen BS 22/10/2002.

11. Art. 458bis. Eenieder, die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen en hierdoor kennis heeft van een misdrijf zoals omschreven in de artikelen 371/1 tot 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§1 en 2, 392 tot 394, 396 tot 405ter, 409, 423, 425, 426 en 433quinquies, gepleegd op een minderjarige of op een persoon die kwetsbaar is ten gevolge van zijn leeftijd, zwangerschap, partnergeweld, gebruiken van geweld, gepleegd omwille van culturele drijfveren, gewoontes, tradities, religie of de zogenaamde 'eer', een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid kan, onverminderd de verplichtingen hem opgelegd door artikel 422bis, het misdrijf ter kennis brengen van de Procureur des Konings, hetzij wanneer er een ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen, hetzij wanneer er aanwijzingen zijn van een gewichtig en reëel gevaar dat andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer worden van de in voormelde artikelen bedoelde misdrijven en hij deze integriteit niet zelf of met hulp van anderen kan beschermen.

12. Brenda FROYEN is mama, echtgenote, schrijfster, actrice en docente aan de Artesis Plantijn Hogeschool in de lerarenopleiding. Na een psychose en een depressie waarover ze schreef in *Kortsluiting in mijn hoofd* (2014), trok ze de wereld in met haar boodschap. In scholen, ziekenhuizen, bibliotheken geeft ze lezingen en workshops om het taboe rond geestelijke gezondheidszorg te doorbreken. Ze ijvert voor een meer humane psychiatrie, maar wil vooral een verhaal van hoop brengen.

13. Bart GOOSSENS is adjunct-directeur zorg van de zorggroep Multiversum (fusie PC Broeders Alexianen Boechout en PC Amedeus Mortsel) waar hij onder andere verantwoordelijk is voor de projectleiding implementatie nieuw



EPD. Voordien was hij directeur patiëntenzorg PC Broeders Alexianen Boechout (2013-2016), stafmedewerker zorg op Provinciaal van de Broeders van Liefde (inhoudelijke implementatie en doorontwikkeling EPD en verantwoordelijk voor patiëntveiligheid met ook hier aandacht voor technologische ondersteuning, meld- en leerstelsel 2008-2013), stafmedewerker patiëntenzorg/kwaliteit binnen PC Broeders Alexianen in Boechout (onder andere implementatie pakket medicatiebeheer, ontwikkeling eerste digitale EPD voor ziekenhuis en psychiatrische thuiszorg; 2001-2008); Peter BERGHMANS is zaakvoerder van het Data Protection Institute, dat naam en faam kreeg als opleidingsinstituut voor Data Protection Officers. Sinds 2012 biedt dat instituut opleidingen aan in het Nederlands en het Frans. Een community van meer dan 1500 alumni wordt vier keer per jaar uitgenodigd op een Privacy café. Peter is zaakvoerder bij White Wire, een service-company met 10 à 20 medewerkers dat DPO's ondersteunt bij hun dagelijkse taken. White Wire is gegroeid vanuit een passie voor coaching en advies.

14. Freya VANDER LAENEN is maatschappelijk werker, licentiaat in de criminologische wetenschappen, geëgreerde in de politieke en sociale wetenschappen en doctor in de criminologische wetenschappen. Ze is hoofd-docent criminologie in de Vakgroep Strafrecht en Criminologie van de Universiteit Gent. De voorbereiding gebeurde met de medewerking van Gorik Kaesemans en Ann Moens, beiden stafmedewerker GGZ bij Zorgnet-Icuro.

15. Ten slotte kan ook verwezen worden naar aantal inspiratiebronnen, zoals te vinden op in het 'dossier familiaal geweld' en de richtlijnen in het overzicht rond kindermishandeling op www.domusmedica.be, en in 'Aanpak van vermoeden van kindermishandeling', *Gevalideerd Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine* 10 (2013).

16. Filip VERMEIRE studeerde theologie en werkt sinds 2004 als ziekenhuispastor in UZ Leuven. Daar staat hij samen met zijn collega's in voor de levensbeschouwelijke zorgverlening en het pastoraal. Momenteel werkt hij voornamelijk op de diensten hematologie, neus-keel-oor en traumatologie. Naast zijn werk met patiënten is hij bijzonder geïnteresseerd in vraagstukken in verband met de privacy en registratie bij levensbeschouwelijke zorgverlening. Hij is gehuwd en vader van drie jonge kinderen; Kathleen VERHELST heeft deze workshop mee voorbereid, zij studeerde klassieke filologie, sociaal werk en *Gestalttherapie*. Ze werkt als vrijzinnig moreel consulent in het AZ Jan Portaels. Daarnaast heeft ze een praktijk voor psychotherapie en is ze als supervisor actief in de palliatieve zorg en het hoger onderwijs. Wegens ziekte kon zij niet aanwezig zijn.

17. We willen niet nalaten om te wijzen op een nuttige en handige publicatie over dit thema: Anne-Sophie VERSWEYFELT, Johan PUT, Tim OPGENHAFFEN, *Wegwijzers Beroepsgeheim*, Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven.

18. We kunnen u ook reeds de datum aankondigen van het volgend symposium, dat zal doorgaan op 11 oktober 2019. Voor meer info hierover, over de 'ronde tafel' op 25 april 2019 en over de Commissie voor ethiek: vorming & intervisie kan men zich wenden tot Stefaan Van Roey. Stefaan.vanroey@zorgneticuro.be.