

## II. Respect

De meeste gedragsregels in de beroepscode zijn gegroepeerd onder de basishouding respect. De regels dienen ter bescherming van de volgende rechten van patiënten of cliënten<sup>1</sup>: recht op vrije deelname en inzagerecht, recht op geheimhouding, zelfbeschikkingsrecht.

Complementair aan deze rechten heeft de therapeut of hulpverlener<sup>2</sup> de volgende plichten: informatieplicht, zwijgplicht, plicht tot eerbied voor morele waarden.

Vooraleer de gedragsregels uit te werken, belichten we de morele basishouding en de onderliggende waarden die de gedragsregels schragen. Waarden geven aan wat van belang is voor mensen, regels schrijven voor wat je in concrete situaties moet doen en laten om een specifieke waarde te realiseren (Graste, 2000a). Wie vat heeft op het algemene waardeschema, zal de regels minder nodig hebben, en wie de zin van de regels begrijpt, zal ook kunnen oordelen wanneer er uitzonderingen gemaakt moeten worden (Nussbaum, 1998).

Respect is een levenshouding van bewuste en zorgvuldige aandacht voor wie en wat zich aandient. In een professionele context betekent het dat de hulpverlener anderen niet te vlug beoordeelt en klasseert, omdat waardeoordelen in de weg staan van communicatie en verdieping. Door iemand met respect te benaderen, ontstaat de ruimte waarin die persoon zich in zijn eigen waarheid en originaliteit kan tonen. Het Latijnse ‘respicere’ of ‘omzien naar en opnieuw bekijken’ drukt de beroepsethische houding treffend uit (Bauduin, 2000). Respect tonen is zich openstellen voor de persoon, ongeacht de penibele situatie waarin iemand kan verkeren, ongeacht zijn<sup>3</sup> verdiensten, status

1. De termen ‘patiënt’ en ‘cliënt’ worden verder als onderling verwisselbaar gebruikt.
2. De termen ‘therapeut’ en ‘hulpverlener’ zijn geen synoniemen, maar het onderscheid doet er in deze context niet toe.
3. ‘Zijn’ kan overal vervangen worden door ‘haar’ en waar ‘hij’ staat, kan evenzeer ‘zij’ gelezen worden.

of macht, ongeacht zijn eventueel af te keuren gedrag. Respect opent de ogen voor waarden die op het eerste gezicht voor een oppervlakkige waarnemer niet zichtbaar zijn. Niet dat men het slechte of het lelijke niet ziet, integendeel: men wordt er gevoeliger voor (Desmet, 1998). Het geoefende oog van de hulpverlener kijkt echter dieper en wordt bewogen door de vindingrijkheid waarmee mensen trachten te overleven of zich trachten aan te passen aan moeilijke omstandigheden. Bij cliënten die geen zelfrespect meer kennen, of die zich agressief en angstaanjagend gedragen, vergt het een grotere inspanning om hun ‘verborgen’ waarde te zien. Uit onderzoek (Broers & de Lange, 1996) naar het omgaan met agressie van patiënten blijkt dat respect tonen – de persoon van de patiënt blijft gerespecteerd en alleen het gedrag wordt afgekeurd – een van de essentiële elementen is van een goede interventie. De hulpverlener creëert interpersoonlijke veiligheid door de cliënt onbevooroordeeld tegemoet te treden, hem te ontvangen zoals hij komt en hem op die wijze te bevestigen in zijn bestaan. In de psychotherapie spreekt men ook van ‘welwillende neutraliteit’; het is een houding waarbij de persoonlijke gevoelsmatige voorkeuren van de therapeut niet aan de orde zijn. Het respect voor de cliënt niet verbinden aan voorwaarden, verdragen dat de cliënt anders is dan men graag zou hebben, iets in vertrouwen blijven bewaren terwijl men in andere omstandigheden wel zou spreken; dat is net wat de hulpverleningsrelatie anders maakt dan de meeste leefrelaties. Juist daardoor krijgt de cliënt de ruimte om aan de therapeut mee te delen wat hijzelf ook beschamend vindt en bij zichzelf te zoeken naar de diepere redenen van het gedrag dat hijzelf doorgaans evenzeer problematisch vindt (Leijssen, 2004a).

Respect veronderstelt empathie voor de leefwereld, het perspectief, de gevoeligheden en de prioriteiten van de cliënt. Deze grondhouding ligt aan de basis van het morele handelen: men gedraagt zich moreel omdat men zich inbeeldt wat andere levende wezens ervaren (Nussbaum, 2001). Empathie die uitmondt in mededogen vormt de belangrijkste bron van ethisch handelen. *Mededogen* of compassie verschilt van medelijden of neerbuigendheid, waarbij men zichzelf zoveel beter voelt dan de minder geslaagde andere (Stufkens, 1997). Mededogen brengt mee dat er geen koele afstandelijkheid is, maar betrokkenheid, omdat men zich verplaatst in de situatie van de ander; vervolgens bedenkt men hoe men zelf benaderd zou willen worden in dergelijke omstandigheden; en ten slotte handelt men ook in overeenstemming met hoe men zelf liefst behandeld zou willen worden.

In de westerse traditie van de beroepsethiek is – als erfgoed van de verlichtingsfilosofie en de ideologie van het liberalisme – respect vaak vereenzelvigd met het honoreren van *autonomie en vrijheid*. ‘Auto-nomie’ betekent letterlijk ‘jezelf de wet stellen’ en vrijheid is dan het uitoefenen van autonomie. Deze visie gaat terug op Kant, die argumenteert dat iedere persoon het recht heeft zijn eigen levenslot te bepalen. Met zijn pleidooi dat de mens zelf moet kunnen uitmaken wat goed en slecht is en dat anderen niet mogen bepalen wat

mensen doen en laten, reageerde Kant op de godsdienstoorlogen. Voor Kant gold het als een imperatief dat de mens nooit herleid kan worden tot een middel, maar dat de menselijke waardigheid op zichzelf een doel is. Dat uitgangspunt wordt ondersteund door de liberale vrijheidsopvatting van Mill, die beklemtoont dat het individu aangemoedigd moet worden om autonoom keuzes te maken en slechts in zijn vrijheid beperkt mag worden als de vrijheid van andere individuen in het gedrang komt.

Critici argumenteren daarentegen dat de nadruk op autonomie en het belang van de individuele vrijheid vooral opgaan voor een intellectueel en mondig publiek (Van Asperen, 1993). Een samenleving van mensen met fundamenteel andere levensoriëntaties kan dan slechts functioneren wanneer er een sterke scheiding is tussen privé en publiek: een privé-terrein waarop iedereen naar eigen inzichten kan leven, op voorwaarde dat men anderen ook die ruimte gunt, en een publiek terrein waarop geregeld is wat nodig is voor het samenleven met anderen. Dat stelt echter hoge eisen aan de vindingsrijkheid van het individu, want er is geen consensus over wat duurzaam van waarde is. Het creëert ook het misverstand dat de mogelijkheden onbegrensd zijn, dat alles kan, afhankelijk van iemands individuele keuze.

Autonomie wordt in de liberale opvatting beschouwd als individuele keuzevrijheid en de principe-ethiek of regelethiek definieert respect voor autonomie voornamelijk in termen van 'niet-inmenging' of het mogen inrichten van het eigen leven zonder bemoeiing van anderen (Widdershoven, 2000). Dat is een vorm van '*negatieve vrijheid*', waarbij vrijheid vooral opgevat wordt als: zo weinig mogelijk belemmerd worden in het maken van eigen keuzes (Berlin, 1996). De communicatieve ethiek verschuift de aandacht naar '*positieve vrijheid*', waarbij het de vraag is hoe iemand zijn leven wil vormgeven, met als centrale bekommernis de kwaliteit van die keuze. Het hier gehanteerde criterium overstijgt dat van de niet-inmenging: het is van belang dat de keuze past in het levensplan van de persoon, ze moet een waarde belichamen die er voor de persoon werkelijk toe doet. Respect is dan de persoon ondersteunen in de keuzes waar hij achter staat. Als iemand bijvoorbeeld in het belang van zijn gezondheid wil stoppen met roken, dan geeft zorgen voor gezondheid uitdrukking aan een fundamentele waarde. Respect voor autonomie betekent hier de persoon steunen in zijn strijd tegen de verslaving en dan kan men zelfs ingrijpen om de persoon te beschermen tegen de verleidingen die hem afbrengen van zijn keuze om voor zijn gezondheid te zorgen. De hulpverlener is respectvol door aandacht te hebben voor wat werkelijk belangrijk is voor de cliënt in zijn context, door mee te zoeken wat de cliënt nodig heeft voor de vormgeving van zijn levensplan waarin hij uitdrukt met welke waarden hij zich kan identificeren en waarvoor hij zich wil inzetten.

Een benadering van autonomie als negatieve vrijheid suggereert verder dat autonomie strijdig is met *afhankelijkheid*. Hoe meer men afhankelijk is van anderen, hoe minder autonoom men zou zijn. Dat heeft het normatieve ka-

rakter dat de mens pas geslaagd is in zoverre hij onafhankelijk is. Het taboe op afhankelijkheid heeft er in de westerse samenleving toe geleid dat men niet meer wil erkennen dat mensen altijd aangewezen zijn op hulp van hun omgeving. Men spreekt versluisend over ‘klanten’ of ‘consumenten’ om niet een gevoel van afhankelijkheid op te roepen, en men ontkent de fundamentele verwevenheid van autonomie en afhankelijkheid. De zorgethiek beklemtoont daarentegen de wederzijdse relatie van autonomie en afhankelijkheid als kenmerkend voor menselijk samenleven (Tronto, 1993; Verkerk, 1997). Het gaat altijd om relationele autonomie, waarbij mensen slechts in onderlinge verbondenheid zichzelf worden en iets tot stand brengen. Afhankelijkheid hoeft geen afbreuk te doen aan de autonomie van de persoon, ze is er juist een voorwaarde voor.

Mensen worden niet autonoom geboren; kinderen veroveren tijdens het proces van volwassenwording het ene terrein na het andere. De gebieden waarop men autonoom kan zijn, zijn divers; zo kan men in staat zijn tot autonomie op één gebied, terwijl men dat op een ander gebied niet is. Van hoeveel autonomie er sprake is, is een kwestie van gradatie, die geval per geval geschat moet worden (Van Asperen, 1993). De mogelijkheid tot autonomie is onder meer gekoppeld aan het *vermogen tot redeneren en zelfreflectie*. Een twaalfjarige kan bijvoorbeeld heel goed in staat zijn te beslissen van welke hobbyclub hij lid wil worden, maar nog niet voldoende ontwikkeld zijn om een beroepskeuze te maken. Een normale goed functionerende persoon kan onder invloed van alcohol of bij een zware depressie daden stellen waarvoor hij ‘redelijkerwijs’ niet zou kiezen. Bij verminderde autonomie is het soms noodzakelijk dat anderen keuzes maken of beslissingen nemen op die terreinen waarvoor het vermogen om te oordelen van de persoon zelf ontoereikend is. Bij personen met een beperkte autonomie toont men respect door de gebieden waarop ze wel autonome keuzes kunnen maken, zoveel mogelijk uit te breiden. Zo kan bijvoorbeeld een mentaal gehandicapte persoon misschien onbekwaam zijn om zijn geld te beheren, maar het is onnodig dat anderen ook beslissen over de inrichting van zijn kamer.

Als mensen zich ontwikkelen, evolueert niet alleen het vermogen tot autonomie, er komt geleidelijk een toenemend gevoel van een innerlijk verborgen zelf. Een zelf worden betekent een eigen ruimte beleven waarin anderen toegelaten kunnen worden. Het bewustzijn van een eigen zelf dat verborgen is voor de buitenwereld, is een teken van volwassenwording. Respect voor een persoon heeft te maken met respect voor die verborgen kern. Respect voor autonomie is verbonden met respect voor iemands innerlijke ruimte. De toelating om iemands innerlijke leven te delen geeft niet het recht om dat openbaar te maken. Rondbazuinen van vertrouwelijke informatie is een schending van autonomie en het betekent bovendien dat de aard van de relatie waarin die informatie verkregen werd, niet op haar juiste waarde geschat wordt (Van Asperen, 1993).

Een stijgend autonomiebesef gaat samen met een grotere drang naar privacy. In het debat omtrent privacy zijn er twee kampen: verdedigers en sceptici (Schoeman, 1984). Verdedigers beweren dat privacy een voorwaarde is voor menselijke waardigheid en autonomie. Privacy geeft immers de mogelijkheid een eigen levenswandel te kiezen. Sceptici argumenteren dat privacy het individu kwetsbaar maakt en kan aanzetten tot asociaal of antisociaal gedrag. In feite is privacy een relatief begrip waarvan de reikwijdte afhangt van culturele gevoeligheden en heersende waardepatronen. Privacy is echter niet louter een defensief individueel recht. Privacy heeft ook een sociale dimensie in zoverre het een voorwaarde is voor het uitbouwen van vertrouwensrelaties tussen individuen. Goede hulpverlening kan niet zonder vertrouwensrelatie; de cliënt moet in zijn verhoogde kwetsbaarheid kunnen rekenen op de nodige privacy. Maar naargelang de socioculturele context waarin men werkt, kunnen er meerdere personen deel uitmaken van de vertrouwensrelatie.

Respect voor autonomie heeft geleid tot de ontvoogding van de cliënt en ervoor gezorgd dat de hulpverlening uit de sfeer van het voormalige paternalisme is gehaald, waarin de deskundige vaak zonder inspraak van de patiënt besliste 'om bestwil' van de patiënt. Wanneer echter respect te zeer vereenzelvigd wordt met het zoveel mogelijk honoreren van iemands keuzevrijheid en privacy, wordt de meest wezenlijke betekenis uit het oog verloren. De gangbare invulling van autonomie, met een sterke nadruk op zelfbeschikking en geen ongewenste invullingen van anderen, kan doorschieten naar 'zorgverlamming', met als gevolg: verwaarlozing of isolement van de mensen die in de meest kwetsbare positie verkeren (Van Veldhuizen, 1998). Een overspannen autonomieconcept houdt bovendien te weinig rekening met de tragische kanten van het bestaan en de menselijke eindigheid. Mensen worden in hun leven geconfronteerd met tegenstrijdige eisen en verplichtingen. Deze tegenstrijdigheden laten zien dat morele problemen niet altijd op te lossen zijn door rationele overwegingen (Nussbaum, 1998). Door het serieus nemen van de ambiguïteit van het bestaan en de bijbehorende emoties te erkennen, kan men manieren vinden om spanningen en verschillen ruimte te geven. Respect voor autonomie hoeft niet in conflict te zijn met belangen van anderen: vrijheid bestaat in een grotere samenhang, waarbij oplettendheid en aandacht voor de complexiteit van het geheel juist het welzijn van de cliënt meer ten goede komen dan een kortzichtige visie op vrijheid en zelfbeschikking. Alternatieve benaderingen, waarin het belang van onderlinge betrokkenheid en verbondenheid eveneens belicht wordt, zijn een noodzakelijke aanvulling op het autonomieprincipe (Widdershoven, 2000). Wanneer solidariteit en groepsgeest de dominante waarden zijn, resulteert dat in andere beslissingen dan wanneer autonomie toonaangevend is.

## Informatieplicht van de hulpverlener – recht op vrije deelname en inzagerecht van de cliënt

De mogelijkheid tot autonomie wordt mee bepaald door de hoeveelheid *informatie* waarover iemand beschikt en hangt niet alleen af van de capaciteiten van de persoon. Wanneer de cliënt bijvoorbeeld zoekt naar een geschikte therapeutische benadering, dan is hij afhankelijk van de informatie die hij heeft over diverse alternatieven. De hulpverlener is respectvol door de cliënt goed te informeren over verschillende mogelijkheden en wel op een zodanige wijze dat de vrijheid van de cliënt om een verantwoorde keuze te maken, erdoor bevorderd wordt. Door te informeren tracht men af te stappen van het paternalisme, een relatievorm waarbij de partij die beschikt over de deskundigheidsmacht, beslissingen neemt voor de andere partij, zonder die andere partij daarin te betrekken (Pols, 2000). In het paternalisme wordt de deskundige verondersteld het ‘beste te weten’ wat goed is voor de cliënt. Door het delen van relevante informatie wordt de cliënt in staat gesteld om zelf mee te beslissen over het hulpverleningsproces. Respect voor autonomie, uitgedrukt in de informatieplicht, haalt de hulpverlening uit de sfeer van machtsmisbruik en manipulatie en versterkt de cliënt in zijn zelfwaarde.

De informatieplicht van de hulpverlener stelt zich bij het *begin* van de professionele relatie: de cliënt moet toestemming geven – die gebaseerd is op degelijke informatie – om de professionele relatie te laten aanvangen. Op die wijze wordt het *recht op vrije deelname* van de cliënt gegarandeerd. In de vakliteratuur hanteert men de term ‘informed consent’ of ‘geïnformeerde toestemming’.

Vervolgens is de informatieplicht aan de orde *tijdens en na* de professionele relatie, in die zin dat de cliënt inzage moet kunnen krijgen in verslagen en dossiers die over de professionele contacten gemaakt en bijgehouden worden. Op die wijze kan de cliënt *inzagerecht* uitoefenen en in het verlengde daarvan tevens correctierecht, blokkeringsrecht en vernietigingsrecht.

### Recht op vrije deelname

Geïnformeerde toestemming impliceert drie belangrijke elementen: weten, kunnen en willen. ‘Weten’ betekent dat diegene die toestemming geeft, een duidelijk beeld heeft van datgene waarmee hij akkoord gaat. ‘Kunnen’ heeft te maken met de vraag of een persoon rationeel en competent genoeg is om belangrijke beslissingen over zijn leven te nemen. ‘Willen’ benadrukt dat de persoon op vrijwillige basis zijn toestemming moet kunnen geven (Jacob-Timm & Hartshorne, 1998).

Een eerste elementaire voorwaarde om de cliënt de kans te geven om het recht op vrije deelname uit te oefenen is dat de hulpverlener een begrijpelijke en waarheidsgetrouwe beschrijving van zijn tussenkomsten en van het hulp-

verleningsproces in zijn geheel geeft. Vervolgens is het aan de cliënt om te beslissen of hij kiest voor deze professionele relatie; hij mag de werkrelatie ook weigeren en hij behoudt het recht om tijdens de samenwerking op elk moment de werkrelatie te beëindigen. Indien de professionele relatie echter tot standkomt op vraag van een externe opdrachtgever die daartoe een wettelijke bevoegdheid heeft, is de toestemming van de cliënt niet vereist. Als er een externe opdrachtgever is, moet de hulpverlener zorgvuldig nagaan of zowel de opdrachtgever als de cliënt over dezelfde informatie beschikt betreffende het doel en de opzet van de professionele relatie en de voorgenomen werkwijze. Andere uitzonderingen op het recht op vrije deelname dienen zich aan wanneer de cliënt niet in staat is om een weloverwogen beslissing te nemen. Dat kan gelden voor jonge kinderen, sommige categorieën patiënten van wie het vermogen om te oordelen gestoord is, ernstig mentaal gehandicapten, gedetineerden. De beslissingsbevoegdheid wordt dan overgedragen aan ‘direct betrokkenen’ of de wettelijke vertegenwoordigers, zijnde de ouders, partner, voogd of rechter. Deze uitzonderingen zullen we verder nog nuanceren.

✓ *Wat behoort tot de noodzakelijke informatie?*

De cliënt moet helder geïnformeerd zijn over de specifieke deskundigheid en ervaring van de hulpverlener; de doelen van de professionele relatie; de methoden van onderzoek en behandeling; hierbij horende risico's en baten of te verwachten resultaten en beperkingen en eventuele neveneffecten; andere dan de voorgestelde methoden of alternatieve procedures; algemene voorwaarden die verbonden zijn aan de professionele relatie, zoals honoraria, vertrouwelijkheid, gegevens die verzameld worden en de wijze van bewaring van gegevens, personen die betrokken zijn bij de werkrelatie zoals teamleden, supervisors, opdrachtgevers, doorverwijzers; de algemene gang van zaken om afspraken te regelen; welke rechten de cliënt heeft en hoe hij die kan laten gelden (Wippoo, 1997; Pope & Vasquez, 1998; Beahrs & Gutheil, 2001). Sommigen vinden dat het expliciteren van de persoonlijke waarden van de hulpverlener ook bij de noodzakelijke informatie hoort die bij aanvang van een professionele relatie duidelijk moet zijn. Transparant zijn over waarden is een complexe aangelegenheid, die we verder zullen uitwerken in het kader van het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Informed consent bij waardege-laden thema's impliceert wel dat de therapeut voldoende opties aanreikt, zoals: afbakening van de thema's waaraan men in deze relatie kan werken, onbevoegdheid erkennen, goede doorverwijzingen die de autonomie van de cliënt optimaal respecteren bij het omgaan met gevoelige morele kwesties.

✓ *Hoe moet de informatie gegeven worden?*

Duidelijke en gewone mensentaal – geen vakjargon! – is een eerste vereiste om aan de cliënt uit te leggen wat hij kan verwachten. Het is niet voldoende

om de informatie in een folder te vermelden. Men zou kunnen denken dat een uitgebreide informatiefolder garandeert dat de cliënt goed ingelicht is. Brochures, informatiefolders, modelcontracten geven de illusie van een klantgerichte aanpak, maar in de praktijk zijn ze te moeilijk voor de meerderheid van de cliënten, omdat blijkt dat dergelijke informatie vooral afgestemd is op hogere opleidingsniveaus. Zelfs eenvoudig leesbare folders zijn discriminerend voor minder geschoolde cliënten, die juist meer uitleg nodig hebben, terwijl ze er minder naar vragen. Informatie op papier is wel ondersteunend voor de cliënt die zich vooraf al wenst te informeren en het achteraf nog eens rustig wil kunnen nalezen, maar het mag de hulpverlener er niet van weerhouden om in het gesprek de belangrijkste dingen op een rij te zetten en zorgvuldig na te gaan of de cliënt de uitleg goed begrepen heeft en ermee akkoord gaat.

De evolutie in Amerika – en na enige tijd volgt Nederland meestal de Angelsaksische trends – is dat men de informatie op papier zet en als een soort contract met de clausule ‘gelezen en goedgekeurd’ laat ondertekenen door de cliënt. In België is dat niet gebruikelijk, maar wie twijfels heeft (bijvoorbeeld in een juridische context) of in orde wil zijn met de Amerikaanse regelgeving (omdat men eventueel wenst te publiceren in internationale tijdschriften), kan beter rekening houden met striktere vereisten rond informed consent en zich verzekeren van een schriftelijke toestemming van cliënten.

Soms willen therapeuten of hulpverleners informatie geven aan het publiek en aan potentiële klanten of verwijzers door hun dienstverlening bekend te maken door middel van brieven, folders of aankondigingen. Om te voldoen aan de informatieplicht bij publieke bekendmaking van diensten is een objectieve voorstelling van doelstellingen en werkwijze vereist. Het moet beperkt blijven tot relevante informatie; reclame is in deze sector niet toegelaten en manifeste misleiding om klanten te lokken is onaanvaardbaar. Folders die geen namen en geen duidelijke omschrijving van de opleidingen en ervaring van de therapeuten vermelden, wekken de indruk dat er iets te verbergen is. Potentiële klanten moeten dan zelf uitzoeken of het wel om een betrouwbare en competente hulpverlener gaat! Dat vraagt te veel lef en mondigheid van de kwetsbare cliënt, zeker als regelmatig blijkt dat zelfs de media op het verkeerde been gezet worden en eender wie ten onrechte opvoeren als ‘psychotherapeut’, terwijl de persoon in kwestie niet de nodige opleiding genoten heeft en geen enkele erkenning geniet van gevestigde beroepsverenigingen.

✓ *Is informed consent haalbaar bij psychotherapie en psychosociale begeleiding?*

Wat op papier misschien redelijk klinkt, is in de praktijk niet zo eenvoudig. Voorstanders van informed consent argumenteren dat de autonomie van de cliënt hierdoor maximaal gewaarborgd wordt, dat het een middel is om een



beter engagement van de cliënt te krijgen en dat het vruchtbare therapeutische activiteiten bevordert (Wippoo, 1997; Pope & Vasquez, 1998; Beahrs & Gutheil, 2001). Het principe van geïnformeerde toestemming gaat echter uit van de veronderstelling dat het proces een logisch lineaire ontwikkeling zou kennen, waarbij via een bepaald protocol verschillende stappen te voorzien zijn. In de realiteit wil het wel eens anders uitdraaien en kan het proces onverwachte wendingen nemen. Mensen zijn nu eenmaal niet zo voorspelbaar als de wetenschap zou willen dat ze zijn. Bovendien heeft de verhouding therapeut-client van bij het begin een complexe, dynamische betekenis. Dit interactionele gegeven heeft directe implicaties. Een verlegen, afhankelijke cliënt zal bij ieder voorstel aansluiten, waardoor formeel gezien voldaan wordt aan de toestemmingsvereiste. Een angstige cliënt kan vragen blijven stellen naar meer informatie over procedures en technieken en daarmee – op een onbewust niveau – vermijden over zichzelf te praten. Een therapeut die dan bezig blijft met informatie geven, doet zijn werk in feite niet goed. Uitvoering van op informatie gebaseerde toestemming stuit bij aanvang van psychotherapie op allerlei moeilijkheden, vandaar dat er naast de voorstanders ook tegenstanders zijn die argumenteren dat informed consent problematisch is. Zij wijzen erop dat de huidige stand van zaken in het psychotherapieonderzoek niet toelaat om behandelresultaten vooraf duidelijk toe te lichten. Soms kan inzicht in de methode, de methode zelf onwerkzaam maken. Paradoxe technieken zijn hiervan het meest uitgesproken voorbeeld, maar ook ‘veel weten’ is voor cliënten dikwijls een hindernis om iets echt te doorleven. Niet voor niets zijn hulpverleners zelf vaak lastige cliënten die verzanden in rationalisaties of het proces te veel willen controleren.

Soms kan de informatie zelf te confronterend zijn, wanneer de timing niet juist is en er nog geen voldoende stevige werkrelatie is om een confrontatie te dragen. Bij een cliënt die bijvoorbeeld zeer angstig is in het contact met de hulpverlener en elke vraag naar verdieping ontwijkt, kan de hulpverlener vermoeden dat de cliënt misbruikt is. Maar het voorleggen van die hypothese kan in een eerste contact als te indringend ervaren worden door de cliënt zodat hij geen verdere contacten met de hulpverlener meer wenst. Soms vinden cliënten het krijgen van informatie over hun problematiek zelfs vernederend, omdat het hun de illusie ontnemt dat ze speciaal en uniek zijn in hun stoornis.

Het is ook niet denkbeeldig dat de tijd van een eerste contact bij een wat te gewetensvolle hulpverlener helemaal opgesoupeerd wordt door het geven van veel informatie. De cliënt wordt daardoor belast met allerlei dingen die zijn zorg nog niet zijn, die hij meestal ook amper hoort of direct vergeet omdat hij te gespannen is. Erger is dat er dan te weinig ruimte overblijft voor de cliënt om aan zijn trekken te komen met wat hem werkelijk bekommert.

In de praktijk lost men deze problemen op door te stellen dat de cliënt bij aanvang niet per se van alle factoren van de behandeling op de hoogte moet zijn om een autonome beslissing te kunnen nemen. Cliënten moeten ‘vol-

doende' informatie krijgen, geen 'volledige' informatie. Men dient er dan bij te zeggen dat men niet over alles kan informeren; dat er factoren zijn die men bij het begin nog niet weet, of dat het niet wenselijk zou zijn om alles vooraf uit te leggen omdat het de behandeling negatief zou kunnen beïnvloeden; dat men gaandeweg de belangrijke dingen zal verduidelijken wanneer ze aan de orde zijn. Zo is het bijvoorbeeld bizar om bij aanvang van de professionele relatie systematisch tegen cliënten te zeggen dat er geen seksueel contact kan plaatsvinden tussen hulpverlener en cliënt. De meeste cliënten zijn met heel andere dingen bezig wanneer ze naar de hulpverlener komen. Dergelijke informatie komt op een beter tijdstip wanneer er eventueel seksuele gevoelens in de professionele relatie beginnen mee te spelen.

Blijft dat er discussie kan zijn wat 'voldoende' informatie bij aanvang is; dat men nadien toch kan oordelen dat sommige dingen te laat verduidelijkt zijn en dat de cliënt andere keuzes gemaakt zou hebben indien hij bepaalde zaken bij aanvang geweten zou hebben. Zo kan een cliënt met bijvoorbeeld seksuele problemen zich echt bedrogen voelen wanneer hij na enkele maanden therapie ontdekt dat zijn therapeut een priester is. Of een cliënt die bijvoorbeeld een individuele therapie gestart is, kan na een tijd partnersgesprekken wensen bij de therapeut, die echter geen competentie blijkt te hebben op dat vlak. De cliënt betreurt dat hij deze informatie niet bij aanvang gekregen heeft, want dan zou hij de voorkeur gegeven hebben aan een andere therapeut.

#### ✓ *Hebben minderjarige cliënten toestemmingsrecht?*

Er kan een conflict rijzen tussen de wettelijke interpretatie en de ethische bekommernis. In de praktijk zal men het toestemmingsrecht van de ouders afwegen tegen de vrijheid van een minderjarige om eigen keuzes te maken. Tot de leeftijd van 12 jaar worden de rechten van kinderen uitgeoefend door de wettelijke vertegenwoordigers. Indien hulpverleners ervan uitgaan dat de belangen van het kind daardoor ernstig geschaad worden, moeten ze goed kunnen motiveren waarom ze afwijken van het toestemmingsrecht van de ouders. Vanaf de leeftijd van 12 jaar worden jongeren zoveel mogelijk betrokken bij de uitoefening van hun rechten. Het betekent dat hulpverleners naast de wettelijke toestemming van de ouders, eveneens de toestemming van de jongere noodzakelijk achten. Vanaf de leeftijd van 16 jaar heeft de jongere het recht op een eigen filosofische overtuiging, een eigen seksueel leven en medisch beroepsgeheim. Het betekent dat het toestemmingsrecht bij tussenkomst van hulpverleners niet meer toekomt aan de wettelijke vertegenwoordigers, tenzij de jongere zelf daarom verzoekt.

Blijft dat het een moeilijk afwegingsproces kan zijn voor de hulpverlener tussen wat wettelijk toelaatbaar is en wat therapeutisch het meest aangewezen is. Zo kan het bij jongeren boven 16 jaar, van wie de problematiek vaak nog sterk verweven is met de familiale context, vaak nodig zijn om hun ou-

ders te betrekken in de behandeling, ook als de jongere dat niet verkiest. En hoewel kinderen volgens de wet hun toestemming niet dienen te geven, is het ethischer om de waardigheid en de zelfstandigheid van minderjarigen zoveel mogelijk te honoreren en hen wel degelijk te betrekken bij beslissingen omtrent interventies. Ontwikkelingspsychologisch onderzoek suggereert dat kinderen vaak competentier zijn om beslissingen te nemen dan aangenomen wordt in wettelijke bepalingen. Kleuters beschikken over een klein taalbereik en een beperkt redeneervermogen, maar ze kunnen in staat zijn om keuzes te maken als de alternatieven in duidelijke hier-en-nu termen geformuleerd worden. Een lagereschoolkind is volgens onderzoeksresultaten in staat verantwoorde keuzes te maken omtrent behandelingen. Tussen 11 en 14 jaar liggen de zogenaamde transitionele jaren waarin grote individuele verschillen voorkomen in cognitieve ontwikkeling en in de capaciteit om echt vrijwillige keuzes te maken. Vanaf 14 jaar hebben kinderen een redeneervermogen dat gelijk op dat van volwassenen (Jacob-Timm & Hartshorne, 1998).

Als een kind betrokken wordt bij beslissingen omtrent interventies, kan dat leiden tot een grotere motivatie en een verhoogd gevoel van verantwoordelijkheid om voor zichzelf te zorgen. Betere medewerking bij behandeling vergroot de kans op succes en verkleint de kans op voortijdige beëindiging. Aan de andere kant moet de hulpverlener er ook over waken het kind niet te overvallen met keuzes die het zelf niet kan of wil maken. Of men een kind betreft bij het nemen van beslissingen, is dus afhankelijk van wettelijke en ethische argumenten, maar ook van de competentie van het kind zelf. Toestemming van het kind kan echter geen vervanging zijn van het toestemmingsrecht van de ouders.

Een psycholoog is met de schooldirectie overeengekomen om in het vierde leerjaar (ongeveer tienjarigen) een trainingsprogramma te geven waarin kinderen beter leren omgaan met agressie. De psycholoog heeft vooraf in de klas uitleg gegeven over de training en de kinderen duidelijk gemaakt dat ze niet verplicht zijn mee te doen. Ook hebben de kinderen een brochure mee naar huis gekregen waarin staat dat de ouders die bezwaren hebben, dat kenbaar mogen maken. Na de training dient een vader klacht in tegen de psycholoog. De psycholoog verdedigt zich door te stellen dat hij ervan uitging dat ouders die niet gereageerd hadden, hun toestemming gegeven hadden.

Deze ‘procedure van passieve toestemming’ is in de praktijk niet zo uitzonderlijk. Toch mag men er niet op rekenen dat als kinderen schriftelijke uitleg voor de ouders meekrijgen, deze ook door de ouders gelezen wordt. Vaak gaan ouders ervan uit dat het om ‘junk mail’ gaat en besteden ze er geen aandacht aan. Ook is het mogelijk dat minder geletterde ouders de beschrijving verkeerd begrijpen. Als ze de uitleg al aankrijgen en begrijpen, is het

nog mogelijk dat ouders niet willen dat hun kinderen deelnemen, maar niet weten wat ze kunnen doen om dat te voorkomen (Gutkin & Hughes, 1995). Gewetensvolle therapeuten kiezen dus beter voor een formule waarin de ouders een toestemmingsformulier kunnen ondertekenen dat ze voorafgaandelijk bezorgen aan de betrokkenen. Op die wijze wordt het recht op geïnformeerde toestemming dat ouders van jongeren beneden 16 jaar toekomt, gerespecteerd.

✓ *Wat te doen bij volwassenen met onvoldoende keuzebekwaamheid?*

Vooraf in de gezondheidszorg kunnen er personen zijn van wie de keuzebekwaamheid aangetast is: mensen met een ernstige verstandelijke handicap, geriatrische patiënten, psychisch gestoorde mensen (Liégois, 1997). Er wordt hier een tweevoudig criterium gehanteerd: het *begripsvermogen* – kan de cliënt de informatie begrijpen – en het *oordeelsvermogen* – kan de cliënt een niet-onredelijke keuze maken op basis van het afwegen van voor- en nadelen? Een patiënt die bijvoorbeeld een testonderzoek weigert omdat het regent, maakt een keuze die niet direct begrijpelijk of invoelbaar is. Wellicht heeft een dergelijke weigering eerder te maken met de psychische problematiek van de cliënt.

Het is belangrijk dat het oordeel over iemands keuze(on)bekwaamheid regelmatig opnieuw geëvalueerd en interdisciplinair getoetst wordt. Het is mogelijk dat een patiënt periodes van helderheid heeft waarin hij wel keuzes kan maken, maar ook periodes van verwardheid waarin hij dat niet kan. De cliënt kan ook soms keuzebekwaam zijn op één levensterrein, terwijl hij zich op andere terreinen onverantwoord kan gedragen. Indien de cliënt onvolkomen keuzebekwaam is, is het op informatie gebaseerde toestemming vragen vaak niet mogelijk. In die gevallen zullen de hulpverleners de nodige en gepaste informatie geven en cliënten motiveren tot samenwerking. Bij belangrijke beslissingen kan een beroep gedaan worden op de plaatsvervangende toestemming van de familie, een voogd of een wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt.

✓ *Mogen hulpverleners dwang uitoefenen?*

In principe mogen hulpverleners geen dwang uitoefenen. De enige uitzondering doet zich voor wanneer de cliënt door zijn gedrag zijn eigen fysieke of psychische onschendbaarheid of die van een ander bedreigt of schaadt. Bedreiging van of schade aan de onschendbaarheid moet in zijn maximale vorm begrepen worden, namelijk als een potentieel of actueel gevaar voor de fysieke of psychische gezondheid of voor het leven van de cliënt of een ander (Pols, 2000).

De beperking in het recht op vrije deelname slaat hier op twee verschillende dwangmaatregelen: de opname en de behandeling.

In België is de *gedwongen opname* of collocatie geregeld door de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.<sup>4</sup> Deze wet heeft de bedoeling een grotere bescherming aan geesteszieken te geven door de voorwaarden om tot een gedwongen opname te mogen overgaan, strenger te maken in vergelijking met vroeger. Gedwongen opname kan maar overwogen worden als ieder ander middel uitgeput is en als bovendien de gezondheid en de veiligheid van de patiënt of van iemand anders in gevaar zijn. Bij een verzoek tot gedwongen opname – dat van iedereen kan uitgaan – dient de vrederechter een bevel te geven waarbij een advocaat en een psychiater aangesteld worden. De vrederechter moet de persoon bezoeken en binnen de tien dagen een besluit nemen. Na de beslissing tot opname volgt een observatieperiode van maximaal veertig dagen. Hierna geven de betrokken hulpverleners een advies aan de vrederechter. De patiënt en zijn vertrouwenspersoon (een advocaat, psychiater of iemand naar eigen keuze) krijgen hierbij inspraak. Daarna wordt de beslissing voor verdere behandeling genomen. Een definitieve beslissing voor collocatie is geldig voor een periode van maximaal twee jaar. In dringende gevallen kan de procureur des Konings optreden en dan dient de vrederechter binnen de 24 uur de bovenvermelde procedure in werking te zetten; men spreekt dan van een ‘spoedprocedure’. In de praktijk gebeurt de ruime meerderheid van de gedwongen opnames via de spoedprocedure. Dwangopname is een gerechtelijke procedure die ingezet wordt bij ‘dreiging’ van gevaar.

*Internering* daarentegen vindt plaats wanneer het wanbedrijf of de misdaad ‘gepleegd’ werd en de persoon op het ogenblik van de feiten in staat van krankzinnigheid, zwakzinnigheid of erge toestand van geestesstoornis was. Het onderzoeksgerecht of het vonnisgerecht oordeelt dan dat de persoon sociaal gevaarlijk is voor zichzelf of anderen.

Men spreekt van een *gedwongen behandeling* (die vaak volgt op een gedwongen opname) wanneer deze ingezet wordt zonder toestemming van de patiënt. Juridisch is dat toegelaten op voorwaarde dat ‘het gevaarlijke karakter van de ziekte daardoor vermindert’. Wanneer bijvoorbeeld een anorexiapatiënt een levensbedreigend ondergewicht bereikt, mag men een gedwongen behandeling inzetten. Hierbij wordt vereist dat er een nauwkeurige registratie van de maatregelen gebeurt, zodat controle van gezondheidsinspectie mogelijk is.

De zogenaamde ‘dwangmiddelen’ (isolatiecel, gedwongen medicatie) zijn verdedigbaar als weg van het minste kwaad. Toch dient men hierbij permanent alert te zijn voor – eventueel verdoken – machtsmisbruik. Conflicten met de naaste omgeving van de patiënt mogen niet automatisch leiden tot een autonoom optreden van de hulpverlener. Zorgvuldig overleg en afweging van de mogelijkheden blijven prioritair.

4. Met dank aan Yves Cuvelier, die correcties en aanvullingen gaf bij de juridische aspecten.

In al die gevallen waar het recht op vrije deelname van de cliënt niet gerespecteerd kan worden, is het nauwkeurig registreren van de maatregelen en de motivering van het handelen van de hulpverlener nog belangrijker dan in normale omstandigheden. Niet alleen is dat vereist vanuit controle-instanties; de cliënt kan in een latere fase wel in staat zijn om zijn recht op informatie op te eisen. Het kan ook gebeuren dat de therapeut bewijzen nodig heeft wanneer hij zich dient te verantwoorden voor zijn handelwijze als iemand klacht indient.

### **Inzagerecht, correctierecht, blokkeringsrecht, vernietigingsrecht**

De informatieplicht die de hulpverlener heeft bij het begin van de professionele relatie, resulterend in de geïnformeerde toestemming van de cliënt, gaat verder tijdens en na de professionele tussenkomsten, resulterend in het inzage-recht van de cliënt. Het achterliggende idee van de informatieplicht is steeds dat de cliënt moet kunnen deelnemen als een zelfstandige en verantwoordelijke persoon, niet als lijdzaam meewerkend voorwerp of als slachtoffer. Daarom krijgt de cliënt inzage en medezeggenschap over de persoonlijke gegevens die over hem worden verzameld, bewaard en doorgegeven.

In principe moet de therapeut of hulpverlener voor elke cliënt een dossier aanleggen waarin hij rapporteert over de professionele contacten. Verslagen over de professionele activiteiten bevatten de gegevens waarmee de hulpverlener tegemoetkomt aan de vraagstelling en het opzet van het onderzoek of de begeleiding; ze fungeren tevens als een verantwoording van de professionele interventies. Een dossier – waarin meestal meerdere verslagen gebundeld zijn – maakt goede service aan cliënten mogelijk; het concretiseert het beroepsmatig handelen en het motiveert de tussenkomsten met het oog op het doel dat aan de basis ligt van de professionele relatie. Het dossier beschermt de beroepsbeoefenaar bij eventuele klachten en het geeft een verantwoording voor het beroepsmatig handelen ingeval hij zich moeten verdedigen.

Rapportages worden bij voorkeur schriftelijk uitgebracht – tenzij bij de aanvang van de opdracht afgesproken is dat de verslaggeving mondeling gebeurt – zodat er een tastbaar product van de professionele activiteiten voorhanden blijft.

#### ✓ *Welke richtlijnen geven wetten en gedragscodes?*

De richtlijnen die de Europese beroepscode geven betreffende het inzage-recht van de cliënt zijn merendeels een uitvoering van de *wet ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer*, kortweg wet op de privacy genoemd. Deze wet is van toepassing op persoonsgegevens; dat zijn alle gegevens waarmee iemand geïdentificeerd kan worden. De hoeksteen van de regle-

mentering is het ‘finaliteitsprincipe’ of het ‘geoorloofde doel’ (Stroeykens & Wyns, 1996). Dat houdt in dat iedereen persoonsgegevens mag verwerken, maar enkel voor vooraf duidelijk omschreven en wettige doeleinden. Daarvoor moeten drie voorwaarden vervuld zijn:

- de doelstelling van de verwerking moet duidelijk omschreven zijn;
- de doelstelling moet wettelijk zijn;
- de doelstelling moet kaderen binnen de activiteit van de houder van het bestand.

Voornamelijk onder buitenlandse druk kwam in België de eerste algemene wet op de privacy van 8 december 1992 tot stand. Op 11 december 1998 werd deze wet deels gewijzigd om tegemoet te komen aan de richtlijnen van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrij verkeer van die gegevens. De wet trad in verschillende fasen in werking via uitvoeringsbesluiten, gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*. Zo brengt bijvoorbeeld het uitvoeringsbesluit van 13 februari 2001 (*Belgisch Staatsblad*, 13 maart 2001) duidelijkheid over de toepassingen: er wordt gespecificeerd wat verzameld en verwerkt kan worden en onder welke voorwaarden, hoe het zit met de bekendmaking aan de betrokkenen en aan de overheid, wat iemands recht op inzage en verbetering van de gegevens inhoudt (zie: [www.privacy.fgo.be/](http://www.privacy.fgo.be/)).

Sinds 6 oktober 2002 heeft België ook de *wet op de patiëntenrechten*, die geldt voor alle ‘zorgverstrekkers’ (zie: [www.health.fgov.be/vesalius](http://www.health.fgov.be/vesalius)). Hierin worden de belangrijke rechten die voordien versnipperd waren over andere wetten, samengebracht. Vooral het recht op informatie over de gezondheids-toestand en de rechten in verband met het patiëntendossier zijn voor het inzage-recht van cliënten relevant.

Omdat Belgische gedragscodes vrij sober blijven in hun uitwerking van de informatieplicht, bieden ze in de praktijk soms weinig houvast. Daarom kan men zowel bij klachten als bij vragen naar advies voor kwaliteitsvolle beroepsuitoefening te rade gaan bij Nederlandse gedragscodes. Zo behandelt bijvoorbeeld de beroepscode van de Nederlandse psychologen (NIP, 1998; zie: [www.psynip.nl/ethiek/nbc.htm](http://www.psynip.nl/ethiek/nbc.htm)) de thematiek van het inzage-recht uitvoerig en expliciteert tevens correctierecht, blokkeringsrecht en vernietigingsrecht. De betreffende code bevat voor therapeuten en hulpverleners talrijke aanwijzingen voor optimaal handelen.

De Nederlandse gedragscode specificeert dat de cliënt vooraf inzage moet krijgen als er een *rapportage* van de bevindingen aan derden gegeven wordt. De cliënt kan desgewenst een afschrift van de rapportage krijgen. Het inzage-recht is alleen van toepassing op de gedeelten over de desbetreffende persoon. Op verzoek van de cliënt moeten er verbeteringen, aanvullingen, verwijderingen van gegevens aangebracht worden als de cliënt vindt dat ze onjuist, onvolledig of niet terzake zijn gezien de doelstelling. In principe mag

de cliënt een rapportage blokkeren, tenzij er een wettelijke regeling is die bevoegdheid verleent aan een externe opdrachtgever om de rapportage te eisen. Als het gaat om een opdrachtrelatie, is de beroepsbeoefenaar verplicht om de cliënt vooraf schriftelijk op de hoogte te stellen of hij al dan niet blokkeringsrecht heeft. Als de cliënt geen blokkeringsrecht heeft, moet hij evenzeer de gelegenheid hebben om zijn bezwaren gelijktijdig met het rapport schriftelijk naar de externe opdrachtgever te sturen.

De Nederlandse code formuleert gelijkaardige richtlijnen betreffende de rechten van de cliënt om zijn *dossier* te mogen inzien en er een afschrift van te vragen. Daarbij moeten eventuele gegevens over andere personen eerst uit het dossier verwijderd worden. De cliënt kan verbetering, aanvulling of verwijdering van gegevens uit zijn dossier vragen. Dat verzoek moet op papier staan. De cliënt kan schriftelijk verzoeken om vernietiging van zijn dossier, tenzij er een externe opdrachtgever is die bij wet bevoegd is om de nakoming van de opdracht te eisen en niet met de vernietiging instemt.

Rapportages en dossiers moeten beperkt zijn tot die gegevens die van belang zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling en het doel van de opdracht of de professionele relatie. De beroepsbeoefenaar gebruikt alleen begrijpelijke en ondubbelzinnige termen en maakt ook duidelijk wat de beperkingen zijn van de uitspraken. Dossiers moeten steeds in zoverre bijgewerkt zijn dat bij onvoorziene omstandigheden een deskundige vakgenoot de professionele relatie kan voortzetten.

In de Belgische patiëntenrechten wordt nog gespecificeerd dat het recht op inzage ten laatste vijftien dagen na ontvangst van het verzoek uitgeoefend moet kunnen worden. Persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar (zie verder wat hieronder te verstaan is) vallen niet onder het inzagerecht van de patiënt. De patiënt kan zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Indien die vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, heeft die evenwel ook inzagerecht in de persoonlijke notities.

#### ✓ *Hoe maak je goede notities van professionele activiteiten?*

Denk eraan dat de cliënt zelf jouw notities moet kunnen en mogen lezen. Als je ervan uitgaat dat de cliënt bij wijze van spreken over je schouder meeleest, zul je ook makkelijker de juiste toon vinden en minder verleid worden tot onverantwoorde uitspraken. Beperk je tot beschrijvende informatie: beschrijf concrete gebeurtenissen, uitspraken, houdingen en gedragingen van cliënten.

Beschrijvende informatie heeft het voordeel van een grotere objectiviteit. Indien je daar toch interpreterende informatie aan toe wenst te voegen, geef dan tevens het subjectieve en het hypothetische karakter van je interpretaties aan. Beschrijf wat voor soort interventies je gedaan hebt en hoe de cliënt daarop reageerde. Wees eerlijk maar nooit beledigend in je uitspraken over



de cliënt. Vermijd psychologisch jargon. Situeer de ontwikkelingen die plaatsvinden en formuleer aandachtspunten voor volgende contacten. Ga ten slotte altijd na of je beantwoordt aan de vooropgestelde vraagstelling en of je ook niet meer aandraagt dan je gevraagd is en je gegevens toelaten om je erover uit te spreken.

Problemen met verslagen kunnen in een vijftal *categorieën van foutenbronnen* onderverdeeld worden (Tallent, 1993). Een eerste categorie van fouten betreft inhoudsproblemen, zoals gegevens die aan bod zouden moeten komen maar die ontbreken, of ruwe data die niet verklaard worden. Een tweede categorie van onjuistheden zijn interpretatieproblemen; testuitslagen worden bijvoorbeeld eenzijdig vanuit een bepaalde bril bekeken of ze staan onvoldoende in verband met de conclusies. Een derde voedingsbodem van fouten vloeit voort uit de attitude van de hulpverlener; de hulpverlener gaat bijvoorbeeld verder in zijn advisering dan gevraagd is, of vanuit vooringenomenheid geeft hij te stellige of tendentieuze opmerkingen. Een vierde categorie betreft communicatieproblemen die de toegankelijkheid in het gedrang brengen, zoals het gebruik van voor leken onbegrijpelijke taal. Een laatste categorie fouten is toe te schrijven aan professionele problemen, bijvoorbeeld: de gebruikte onderzoeksmethoden of de wijze van benadering van een thematiek staan ter discussie. Deze laatste groep van fouten waarop men een beroepsbeoefenaar kan aanvallen, zijn niet alleen pijnlijk voor de betrokkene maar ook voor de beroepsgroep in het algemeen omdat daarmee de zwakke plekken van het vakdomein blootgelegd worden.

Het struikelen van hulpverleners wordt concreet gemaakt door een overzicht van ‘basale fouten’ die het Nederlandse tijdschrift *De Psycholoog* in het februarinummer van 1998 inventariseerde op basis van situaties waarin het College van Toezicht vermaningen uitsprak. Enkele voorbeelden kunnen de problemen illustreren.

Een onjuiste weergave van onderzoeksbevindingen: in een test behaalde de cliënt een gemiddelde score op de factor ‘somatisering’, terwijl er in de eindconclusie staat “in sterke mate somatiserend”.

Tegenstrijdige informatie: de psycholoog schrijft bij de observatiegegevens dat “de cliënt intelligent overkomt, zich weloverwogen uitdrukt en vlot contact maakt”, terwijl in zijn eindconclusie staat dat “de cliënt naar voren komt als een man die niet beschikt over adequate sociale vaardigheden”.

Voringenomenheid: in het kader van een geschil omtrent de toewijzing van de kinderen na een echtscheiding bevat het rapport van de hulpverlener een aantal negatieve opmerkingen over de moeder, terwijl hij alleen contact gehad heeft met de vader. Zo’n uitspraak is: “Soms geeft de moeder de kinderen niet mee met de vader; de politie komt eraan te pas; moeder gedraagt zich dan labiel en strijdvaardig.” De hulpverlener mag dat niet

schrijven wanneer dat niet op eigen observatie berust; een uitspraak als deze wordt bovendien beschouwd als partijdigheid.

Voor leken onbegrijpelijke taal: “een neurotische karakterontwikkeling waarbij verdrongen gevoelens vertaald worden in een hypochondrisch-somatoform klachtenpatroon”.

Irrelevante, tendentieuze of te stellige opmerkingen: “Opvallend in zijn uiterlijk is een felle blik achter zijn bril en een superieur lachje, waarbij de cliënt een onregelmatig groot gebit vertoont.”

✓ *Mag de hulpverlener persoonlijke notities of een paralleldossier hebben?*

Het bijhouden van een goed gedocumenteerd dossier hoeft niet te betekenen dat alles geschreven moet of kan worden in het dossier dat de cliënt mag lezen. De hulpverlener heeft het recht om een paralleldossier bij te houden waarin hij aantekeningen maakt over eigen gevoelens en aspecten die minder relevant zijn in de verslaggeving over de cliënt. Persoonlijke notities hebben niet de status van dossiergegevens; het zijn veeleer werkaantekeningen voor de therapeut om eigen gevoelens kwijt te kunnen, om uit te zoeken wat een cliënt oproept aan persoonlijke reacties die kunnen verwijzen naar blinde vlekken of probleemgebieden bij de hulpverlener. Men zou hier kunnen spreken van een ‘professioneel dagboek’ dat de therapeut bijhoudt om zijn eigen ontwikkeling in de interactie met cliënten te volgen, zonder zichzelf te censureren met het oog op wat cliënten kunnen lezen. De hulpverlener kan hierin bijvoorbeeld noteren dat bepaalde interacties hem irriteren of dat hij op sommige momenten moeite heeft om zich te concentreren. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat deze persoonlijke werkaantekeningen belangrijker worden dan het dossier over de cliënt. Het paralleldossier gaat vooral over de therapeut zelf en zegt weinig of niets over de cliënt. Het kan en mag de communicatie over de professionele interactie met de cliënt niet vervangen. Het is veeleer een werkinstrument dat dient om te reflecteren op het eigen proces en aan zelfexploratie te doen met de hulp van vakgenoten die de hulpverlener begeleiden tijdens intervisie of supervisie.

✓ *Hoe geef je in de praktijk inzage recht en correctierecht?*

Als een cliënt inzage vraagt, kan de hulpverlener daar meteen op ingaan. Maar hij mag zichzelf ook wat tijd gunnen (maximaal twee weken) als hij twijfels heeft over de motivatie van de cliënt, of nog bepaalde gegevens moet verwijderen uit het dossier omdat ze over anderen dan de cliënt gaan of schade kunnen berokkenen aan de cliënt. Wanneer bijvoorbeeld de ouders, die in principe inzage recht hebben in de gegevens over hun kinderen, in een echtscheidingsprocedure de ‘onbekwaamheid van de andere ouder’ willen bewijzen aan de hand van het dossier over hun kinderen, dan kan de hulp-

verlener zijn professionele verantwoordelijkheid nemen en het inzagerecht weigeren aan de ouders, of eerst gegevens verwijderen die uitspraken bevatten die de betrokken ouder niet mag inzien. De verslagen of dossiers zijn immers binnen een bepaalde context totstandgekomen en kunnen niet gebruikt worden in een andere context als daarmee andere belangen dan die van de cliënt gediend worden. Men kan hier argumenteren dat het principe van ‘finaliteit’ prioritair is op het inzagerecht (Boedts, 1998). Het impliceert dat de hulpverlener slechts het inzagerecht hoeft te verlenen indien het gebruik van de persoonsgegevens verenigbaar is met bepaalde doeleinden. Hiermee belanden we bij de verwevenheid van inzagerecht/informatieplicht en beroepsgeheim, waar we in het volgende hoofdstuk uitvoerig op ingaan.

Wanneer de therapeut oordeelt dat de cliënt een verslag of dossier kan inzien, is het raadzaam dat de cliënt *samen* met de hulpverlener de gegevens doorneemt. Dat laat ruimte voor toelichtingen waar nodig en het geeft de gelegenheid voor opvang als iets te confronterend zou zijn. In principe zou een verslag voor de cliënt geen verrassingen meer mogen bevatten, omdat wat erin staat, besproken zou moeten zijn tijdens de professionele contacten. Maar ook als iets al eerder besproken is, kan dat ‘zwart op wit’ op papier toch meer confronterend zijn dan wanneer het in een gesprek – eventueel meer omkleed of verhuld – aan bod gekomen is. Het is tevens een toets voor de hulpverlener om na te gaan of hij wel voldoende helder geweest is in het contact en zorgvuldig in zijn verslagen. Als het geschreven woord scherper is dan wat er gedeeld werd in het gesprek, dan kan dat ook een uitnodiging zijn om het ofwel scherper te verwoorden, ofwel meer genuanceerd te schrijven.

Het samen doornemen van een verslag kan een goed moment zijn voor de cliënt om gebruik te maken van zijn *correctierecht*. Hij kan aangeven waarmee hij niet akkoord gaat, wat eraan toegevoegd moet worden, of waar hij toch een andere kijk op de zaken heeft. Een dergelijke werkwijze zou een ‘nabespreking’ meteen een stuk minder vrijblijvend kunnen maken. De hulpverlener kan het verslag bijstellen aan de hand van opmerkingen van de cliënt, tenminste voorzover de hulpverlener de mening van de cliënt kan delen. Indien de hulpverlener het niet eens is met de visie van de cliënt, dan worden de opmerkingen of correcties van de cliënt in een schriftelijk attest toegevoegd aan het verslag, waarbij dan duidelijk geëxpliciteerd moet worden dat de cliënt gebruikmaakt van zijn correctierecht.

In situaties waarbij er geen geschreven document is – bijvoorbeeld omdat de therapeut werkt met *mondelijke rapportages* aan opdrachtgevers of nabesprekingen in team – wordt de cliënt vaak onvoldoende in staat gesteld om zijn recht op inzage en correctie uit te oefenen. Het behoort tot de ethiek van de hulpverlener om dan achteraf een waarheidsgetrouw verslag te maken dat de cliënt alsnog kan inkijken. De cliënt moet ook dan zijn eventuele bemerkingen of correcties kunnen overmaken aan de betrokken instanties.

✓ *Hoe lang moeten dossiers en verslagen bewaard blijven?*

De therapeut heeft de plicht de cliënt te informeren over de wijze waarop gegevens bewaard worden. Dat impliceert tevens dat daarbij de bewaartermijn vermeld wordt en dat er gewezen wordt op de consequenties die de bewaartermijn heeft op het klachtrecht. Verslagen mogen niet langer bewaard worden dan noodzakelijk is voor het doel waarvoor het verslag geschreven of het dossier aangelegd is.

Het principe van niet te lang persoonlijke gegevens te bewaren is vooral ingegeven vanuit het besef dat sommige conclusies hun geldigheid verliezen na een bepaalde termijn en de bekommernis om de risico's op misbruik te beperken.

Een patiënt wordt op basis van een vroeger psychologisch rapport beoordeeld voor een overplaatsing naar een andere afdeling. Maar die persoon kan ondertussen in die mate geëvolueerd zijn dat de gegevens uit het vroegere onderzoek achterhaald zijn en de overplaatsing niet meer terecht is.

*Bewaringsdoeleinden* zijn vooral dat cliënten voldoende tijd moeten hebben voor een eventuele nabespreking van resultaten of inzage van hun dossier. Een tweede motief voor bewaring is dat de hulpverlener zich moet kunnen verdedigen bij eventuele klachten die vaak pas ruime tijd na de afsluiting van het professionele contact komen. Een derde reden houdt verband met de continuïteit van professionele diensten wanneer men wenst voort te bouwen op eerdere professionele interventies. Tot slot worden documenten soms ook bewaard voor researchdoeleinden.

Bij documenten die een 'momentopname' in iemands leven zijn en die toch bewaard worden, is het aan te raden om als voorzorgsmaatregel expliciet een 'geldigheidsduur' te vermelden bij de gegevens.

In de praktijk is het echter niet eenvoudig om uit te maken hoe lang men verslagen en dossiers het best bewaart. Beroepscodes geven uiteenlopende richtlijnen. In het algemeen wordt een bewaartermijn van twee jaar *minimaal* gevonden indien men er rekening mee houdt dat de therapeut een gedocumenteerd verweer moet kunnen voeren bij klachten. In Nederland geldt in de gezondheidszorg een minimale bewaartermijn van tien jaar overeenkomstig de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In Amerika raadt men aan om maximaal zeven jaar een dossier te bewaren, tenzij de wetgeving andere verplichtingen oplegt. Het is hoe dan ook altijd noodzakelijk om een verzoek van een cliënt om een verslag of een dossier te vernietigen, op papier te zetten en te laten ondertekenen.

Dossiers of verslagen mogen echter *niet vernietigd* worden – ook niet als de cliënt aandringt of als de maximale tijd verstreken is – indien de hulpverlener

oordeelt dat de belangen van de cliënt ernstig geschaad worden bij afwezigheid van bepaalde gegevens. Dat kan het geval zijn als door de vernietiging van het dossier de situatie ontstaat dat de cliënt in de toekomst geconfronteerd wordt met een herhaling van een ingrijpend onderzoek. Ook mag een dossier niet vernietigd worden wanneer er daardoor unieke gegevens verloren gaan die belangrijk zijn voor de gezondheidstoestand van de cliënt en/of voor eventuele latere behandelingen. Verslagen waarin staat dat ouders op grond van persoonlijke opvattingen of in een situatie van verwaarlozing of desinteresse een behandeling weigeren die voor een kind van groot belang is, moeten eveneens bewaard blijven.

### Tot besluit

De evolutie binnen de gezondheidszorg wijst op een toenemende implementatie van het informed consent-principe en cliënten maken ook steeds meer gebruik van hun inzagerecht. Naar aanleiding van klachten en rechtszaken worden therapeuten gedwongen om hun autoritaire positie te verlaten. Maar niet alleen de wet gebiedt hulpverleners tot informeren. Er is ook een progressief voortschrijdende mentaliteitsverandering bij de mensen: men wil duidelijk geïnformeerd worden over meerdere opties zodat men van bij de aanvang zelf kan kiezen en zich betrokken kan voelen. Eens men gekozen heeft, levert men zich ook niet meer ‘te goeder trouw’ over aan de beroepsbeoefenaar; men wenst in alle fasen van het proces op de hoogte te blijven en zelf controle te hebben. Hulpverleners kunnen daar niets op tegen hebben, zolang het hen niet onderdompelt in nog meer administratieve verplichtingen of andere activiteiten die niet wezenlijk bijdragen tot de kwaliteit van de professionele bejegening.

We besluiten met enkele *vuistregels* voor hulpverleners om de informatieplicht in de praktijk hanteerbaar te houden. Probeer niet te slim, gewichtig of mysterieus te doen; zelfs als jij onzeker bent, moet je je er bewust van zijn dat je cliënten altijd in de meest kwetsbare positie zitten. Hoed je voor naïviteit, slordigheid, overhaastig handelen onder tijdsdruk; dat bezorgt je achteraf soms grote problemen die je had kunnen vermijden. Wees ook niet te inschikkelijk ten opzichte van de opdrachtgevers; houd zelf in de gaten of hun vragen een respectvolle bejegening van je cliënten mogelijk maken en onderhandel met de opdrachtgever tot je de vraagstelling voldoende vertaald hebt naar een haalbare werkrelatie waarin je heldere informatie kunt geven aan al de betrokkenen. Vergeet ook niet dat je zelf als hulpverlener naast je plichten ook rechten hebt! Zo moet je bijvoorbeeld durven te vragen aan een opdrachtgever om eerst meer duidelijkheid aan jou te geven vooraleer je een taak aanneemt. Zie ook de ‘banale’ dingen niet over het hoofd. Zo kun je bijvoorbeeld ook informatie geven over dingen die je zelf nodig hebt, zoals wanneer cliënten je wel en niet mogen opbellen, of ze mogen roken in jouw

ruimten. Als hulpverlener moet je soms met vallen en opstaan ontdekken wat, wanneer en hoe je over iets moet informeren. Fouten maken is menselijk; moffel ze niet weg eens ze gemaakt zijn, want dat leidt meestal van kwaad tot erger. Erken je fouten en je beperkingen en overleg met collega's en cliënten wat je kunt doen om eventuele schade zo goed mogelijk te herstellen.

## **Zwijgplicht van de hulpverlener – recht op geheimhouding van de cliënt**

De essentie van het beroepsgeheim bestaat erin dat een cliënt in alle vrijheid mededelingen moet kunnen doen aan een vertrouwenspersoon. Hulpverleners hebben voortdurend weet van privé-informatie vanuit hun professionele relatie. De cliënt moet erop kunnen rekenen dat de vertrouwelijke informatie die tijdens de beroepsuitoefening uitgewisseld wordt, 'achter gesloten deuren' blijft. De zwijgplicht van de hulpverlener garandeert dat de cliënt gerespecteerd wordt in zijn openheid en kwetsbaarheid. Het is belangrijk voor een samenleving dat er plaatsen zijn waar mensen altijd hulp kunnen zoeken en ervaringen kunnen delen waarover zij zich schamen of die de publiciteit niet verdragen. Doordat de beroepsbeoefenaar geheimen bewaart, ontstaat er een veilige ruimte waar mensen zelfs ervaringen die maatschappelijk onaanvaardbaar zijn, samen met anderen – die geen betrokken partij zijn – kunnen overdenken. Indien de cliënt niet de zekerheid krijgt dat de informatie geheim blijft, wordt de vertrouwensrelatie in diskrediet gebracht en zal een eventuele samenwerking sterk aan waarde inboeten. Beroepsgeheim maakt deel uit van de vertrouwelijkheid, maar valt er niet helemaal mee samen. Een hulpverlener zou zijn cliënt ook gewoon kunnen 'beloven' niets verder te vertellen. Een dergelijke belofte krijgt juist meer gewicht doordat een beroepsbeoefenaar ook 'gebonden' is aan het beroepsgeheim.

De waarde van het beroepsgeheim en het belang van privacy worden in de westerse samenleving in die mate onderkend dat dit door de wet beveiligd is. Dat betekent dat therapeuten en hulpverleners ook buiten hun beroepsorganisatie ter verantwoording geroepen kunnen worden en correctionele straffen kunnen oplopen wanneer ze onzorgvuldig omspringen met vertrouwelijke informatie. Het algemeen belang van het respecteren van het beroepsgeheim vloeit voort uit het maatschappelijke gegeven dat sommigen vanuit een gezagsverhouding of hun beroepscontext geheimen kunnen afdwingen of toegang kunnen hebben tot informatie die normaliter tot de privé-sfeer behoort. Kennis hebben van geheimen en privé-gegevens geeft macht, waarmee men chantage kan plegen indien er geen regulerende instantie bestaat. Daarom zorgt de maatschappij, vertegenwoordigd door het Openbaar Ministerie, dat

er geheimhoudingsplicht, zwijgplicht of beroepsgeheim is en dat de schending daarvan strafrechtelijk afdwingbaar is.

### Kennis van wetten en regels als eerste houvast

Diverse beroepscode sluiten met hun regels zeer nauw aan bij de wetgeving inzake het beroepsgeheim. De wet<sup>5</sup> zegt dat *zwijgplicht*, geheimhoudingsplicht of beroepsgeheim slaat op alles wat je door de cliënt is toevertrouwd tijdens je beroepsuitoefening. Ook informatie over derden die de cliënt je vertelt, of informatie die je per toeval of per vergissing bereikt, valt onder het beroepsgeheim.

Vervolgens zijn er uitzonderingen op de zwijgplicht omdat ‘wat geheim is’ geen absolute maar een functionele opvatting is, namelijk: het belang van de cliënt bepaalt wat geheim is. Daarom kun je in bepaalde situaties spreekplicht (ook aanmeldingsplicht of waarschuwingsplicht genoemd) hebben en in andere situaties mag je een beroep doen op het spreekrecht, maar dan kun je ook nog zwijgrecht (of verschoningsplicht) inroepen.

*Spreekplicht* heb je als je getuige bent van feiten die bedreigend zijn voor iemands leven of eigendom. Ook bij misdrijven op minderjarigen heb je aanmeldingsplicht.<sup>6</sup> Maar bij spreekplicht geldt een belangrijke specificatie die in de hulpverlening heel relevant is: je moet zelf de feiten vaststellen! Kennis hebben van strafbare feiten, misdrijven of mogelijke voornemens tot misdrijven is op zich niet voldoende om de geheimhouding te doorbreken.<sup>7</sup> Dat betekent dat indien je deze feiten enkel via anderen vernomen hebt, je strikt genomen geen spreekplicht hebt en je ook niet beschuldigd kunt worden van schuldig verzuim.<sup>8</sup> *Schuldig verzuim* houdt in dat je mensen in nood geen hulp geboden hebt terwijl je getuige was van de feiten, of dat je geen maatregelen genomen hebt bij dreiging van groot gevaar. Voor therapeuten impliceren de regels omtrent spreekplicht dat zij door de wet niet verplicht worden om te spreken over dingen die zij niet zelf vastgesteld hebben, maar dat ze wel moeten oordelen hoe zij vanuit hun positie de best mogelijke hulp kunnen bieden. De hulpverleningsverantwoordelijkheid heeft prioriteit. Als het betekent dat je betere hulp kunt bieden door geen aanmelding te doen bij dreiging van groot gevaar, is het ‘nood breekt wet’-principe van kracht, wat wil zeggen dat je kunt verantwoorden waarom je geen gevolg geeft aan de

5. Het beroepsgeheim wordt in België geregeld in artikel 458 van het Strafwetboek. In Nederland moet men rekening houden met de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

6. Sinds 2001 is dit in het Strafwetboek opgenomen onder artikel 458bis.

7. Artikel 30 Strafvorderingen dat de private aangifteplicht regelt, spreekt van ‘getuige’ geweest zijn van het misdrijf.

8. Artikel 422bis.

spreekplicht, maar op andere manieren – overeenkomstig je eigen competentie – het gevaar indijkt en zodoende tegemoetkomt aan de plicht om mensen in nood te helpen. Je mag echter wel spreken als je oordeelt dat je daarmee het belang van het slachtoffer beter kunt dienen. Daarmee komt het spreekrecht op de proppen.

*Spreekrecht* betekent dat je het beroepsgeheim mag, maar niet moet doorbreken. Spreekrecht heb je altijd wanneer de cliënt toestemming geeft, zoals bij gedeeld beroepsgeheim. Verder heb je spreekrecht wanneer je moet getuigen onder eed voor de rechtbank (wanneer het niet onder eed is, zoals bij een politieverhoor, blijft je zwijgplicht gelden). Je mag verder je zwijgplicht doorbreken als je maatregelen moet nemen bij gevaar, zoals bij misdrijven op minderjarigen. Ook bij feiten waar de cliënt slachtoffer van is, heb je spreekrecht, maar dan heb je, zoals bij gedeeld beroepsgeheim, de toestemming van de cliënt nodig. Ten slotte mag je ook nog gebruikmaken van het spreekrecht als dat nodig is voor je eigen verdediging. In alle situaties van spreekrecht kun je echter als beroepsbeoefenaar nog beslissen om te zwijgen of je zwijgrecht inroepen indien je oordeelt dat je geen goede reden hebt om te spreken of dat het belang van de cliënt er niet echt mee gediend is. In dat geval spreekt men ook van *verschoningsplicht*, waarmee de beroepsbeoefenaar aangemaand wordt om zich in eerste instantie te beroepen op zijn recht om te zwijgen in situaties waarin hij wel mag spreken. Een rechter kan dan aan de therapeut verschoningsrecht toekennen, wat wil zeggen dat hij mag blijven zwijgen in situaties waarin hij anders verplicht zou kunnen worden te spreken.

In alle situaties van spreekrecht geldt dat je enkel mededeelt wat nodig is en geen overbodigheden openbaart.

Onderstaand schema vat dat nog eens samen.

### Geheimhoudingsplicht/Zwijgplicht/Beroepsgeheim

- alles wat cliënten toevertrouwen tijdens de beroepsuitoefening
- ook info over derden, info per toeval of per gissing

Uitzonderingen:



#### Spreekplicht/Aanmeldingsplicht

- noodzakelijke maatregelen bij groot gevaar
- zelf getuige zijn van de feiten

#### ‘Schuldig verzuim’

iedereen heeft de plicht tot hulp bieden aan mensen in nood

#### Spreekrecht/Zwijgrecht

- misdrijven op minderjarigen
- getuigen onder eed (rechtbank)
- feiten waar de cliënt slachtoffer van is (na toestemming van de cliënt)
- gedeeld beroepsgeheim (na toestemming van de cliënt)
- eigen verdediging



Het beroepsgeheim blijft van kracht na het overlijden van de cliënt. Indien de nabestaanden privé-gegevens van de overledene willen kennen, moeten zij eerst kunnen aantonen dat zij daarbij een bijzonder belang hebben dat belangrijker is dan het respecteren van de geheimhouding. Ook mag er dan geen verzet van de cliënt geweest zijn tegen het bekendmaken van zijn privé-gegevens. Als die voorwaarden vervuld zijn, dan nog kan inzage in de privé-gegevens van de overledene alleen uitgeoefend worden via een beroepsbeoefenaar.

### **Beroepsgeheim in de praktijk**

Aangezien het beroepsgeheim een uiterst belangrijk principe is, beklemtonen beroepscode om in eerste instantie altijd prioriteit te geven aan de zwijgplicht. De beroepsbeoefenaar in de onderstaande casus (geïnspireerd op: *De Psycholoog*, 1994, pp. 22-23) heeft dit goed begrepen.

Een psycholoog wordt opgeroepen als getuige in een rechtszaak die door een vrouw is aangespannen tegen haar voormalige partner. De psycholoog is verbonden aan het bedrijf waar de man enige tijd gewerkt heeft. De advocaat van de vrouw wenst de getuigenis van de psycholoog te gebruiken om de vorderingen op de ex-man te onderbouwen. Geïnspireerd door de advocaat van de vrouw betwijfelt de rechter of de psycholoog in deze situatie zijn beroepsgeheim kan inroepen om niet te getuigen. De psycholoog houdt echter voet bij stuk dat hij alleen vanuit zijn beroep vertrouwelijke informatie heeft over de ex-man, zodat hij niet verplicht kan worden om te getuigen in deze rechtszaak (de psycholoog brengt de verschoningsplicht in de praktijk). De rechter gaat mee in deze argumentatie en verleent de psycholoog verschoningsrecht of het recht om te blijven zwijgen. De beslissing om een beroep te doen op het beroepsgeheim lag hier dus bij de psycholoog. In deze situatie was ook een ander scenario mogelijk geweest. Stel dat de psycholoog wel was ingegaan op de vordering om te getuigen, dan zou het eveneens denkbaar geweest zijn dat de man hem nadien zou aanklagen wegens schending van het beroepsgeheim.

Een hulpverlener kan verder zelf beslissen om zijn spreekrecht te gebruiken als dat de enige en de beste wijze is om anderen of zichzelf te beschermen. De wet biedt ruimte voor een creatieve vormgeving van het doorbreken van de zwijgplicht en de plicht tot hulp bieden aan mensen in nood. De juridische interpretatie van 'aansprakelijkheidstermen' laat toe dat hulpverlenende beroepen zelf verantwoordelijkheid nemen om in eer en geweten te handelen. Als de hulpverlener oordeelt dat er grenzen zijn aan de vertrouwelijkheid en het nodig vindt om andere personen op de hoogte te brengen, dan wordt de cliënt geïnformeerd over de grenzen van de vertrouwelijkheid. De

volgende casus (geïnspireerd op: Van Lawick, 2002, pp. 7-8) illustreert hoe de therapeut in overeenstemming met de wet en de regels van de beroeps-ethiek respectvol kan handelen.

Amir is een 11-jarige jongen uit een moslimgezin. Hij is al een tijdje in begeleiding omwille van gedragsproblemen op school. Zijn ouders dagen vaak niet op voor de ouderbegeleidingsgesprekken. De therapeut stelt op een gegeven moment vast dat Amir bont en blauw geslagen is door zijn vader. De therapeut denkt eraan de kindbescherming in te schakelen, maar uiteraard wil Amir zelf dat de therapeut in alle talen zwijgt over dit gebeuren. De therapeut wil de preciaire vertrouwensrelatie met de jongen niet beschadigen, maar beslist wel collega's te raadplegen. Die adviseren om de situatie te bespreken met iemand uit de moslimcultuur. Uit dat consult blijkt dat Amir geld gestolen had van de imam en dat de gemeenschap eiste van de vader dat hij zijn zoon zou straffen. Ook Amir zelf vond dat zijn ernstig vergrijp terecht bestraft was. Bleek verder dat zieke familieleden van Amir illegaal in het land waren en verzorgd en onderhouden werden door de ouders van Amir. Deze situatie drukte emotioneel en financieel zwaar op de familie. De ouders waren bang om hierover te spreken en dat was ook de reden waarom ze niet opdaagden voor de ouderbegeleidingsgesprekken. Amir kon door geldgebrek niet meedoen met de activiteiten van zijn vrienden. Nadat de globale situatie verduidelijkt was, kwam de 'kindermishandeling' in een ander daglicht te staan en kon er een betere werkaliantie met het gezin totstandkomen.

Net zoals bij het recht op vrije deelname en het inzagerecht hanteert men bij het recht op geheimhouding 'spilleeftijden' voor *jongeren*. Vanaf 16 jaar worden dezelfde rechten toegekend als aan volwassenen. Als men jonger is dan 16, wordt algemeen het 'recht op psychologische bijstand' erkend en respecteert men geheimhouding onder bepaalde voorwaarden. Het recht op informatie dat ouders hebben bij minderjarigen, is ondergeschikt aan de verplichting om de best mogelijke hulp te verlenen, wat in sommige omstandigheden juist kan betekenen dat ouders niet geïnformeerd worden. Dat heeft als gevolg dat beroepsbeoefenaars aan minderjarigen vaak dezelfde vertrouwelijkheid beloven als aan meerderjarigen. De onderstaande casus (geïnspireerd op: Koene, 1997) laat zien hoe het er in de praktijk aan toe kan gaan.

Op een middelbare school in Nederland zijn er 14-jarigen met plannen om zelfmoord te plegen op de verjaardag van de zelfmoord van hun vriend. Een leerkracht die hiervan een vermoeden heeft, brengt de schooldirectie op de hoogte, die vervolgens een counselor verzoekt om met de leerlingen te praten. De leerlingen willen een begeleiding aangaan op voorwaarde dat de counselor hun ouders niet op de hoogte brengt. De counselor doet die

toezegging voor geheimhouding, maar verbindt hieraan een ‘anti-suicidecontract’ waarin de leerlingen beloven geen schadelijke acties te ondernemen tijdens de begeleiding. De begeleiding is succesvol, de gevreesde datum verstrijkt en de zelfmoordplannen worden niet uitgevoerd. Na een tijd vernemen de ouders wat er zich afgespeeld heeft en zij dienen klacht in omdat zij als ouders van minderjarigen niet ingelicht waren. De counselor voert in zijn verdediging aan dat de cliënten niet leden aan een psychiatrische stoornis en over voldoende onderscheidingsvermogen beschikten. Hij was ervan overtuigd dat het behouden van de vertrouwensrelatie cruciaal was bij het voorkomen van de zelfmoorden. Zijn verslagen over de begeleiding kunnen ook voldoende aantonen dat hij zorgvuldig en professioneel gehandeld had. Hij wordt vrijgesproken. In een latere enquête onder beroepsbeoefenaars bleek dat 90% van de Nederlandse respondenten akkoord ging met deze handelwijze, maar van de Europese respondenten vond 50% dat men de ouders wel had moeten informeren.

Hiermee wordt ook duidelijk dat er in de praktijk vaak meningsverschillen zijn over ‘de juiste’ handelwijze en dat de regels onderhevig kunnen zijn aan verschillende interpretaties. Hulpverleners durven zich soms ook wel te ‘verschuilen’ achter de zwijgplicht wanneer ze bij het werken met jongeren de ouders erbuiten laten. Meerdere partijen betrekken bij een begeleiding maakt het niet alleen complexer, het verhoogt ook de werkdruk van de dikwijls toch al overvraagde hulpverlener.

### **Dilemma’s rond het wel of niet houden van het beroepsgeheim**

Ondanks wettelijke richtlijnen en ethische codes bieden eenduidige regels in complexe situaties vaak geen houvast. Bij botsende belangen kan de hulpverlener voor ernstige dilemma’s komen te staan. Het is eigen aan een dilemma dat er geen ‘juiste oplossing’ voorhanden is, maar dat men een keuze dient te maken tussen verschillende mogelijkheden, waarbij elke keuze onvermijdelijk nadelige gevolgen heeft. Dat het in de praktijk niet zo evident is, blijkt uit diverse onderzoeken naar ethische dilemma’s (Pope & Vetter, 1992; Lindsay & Colley, 1995; Colnerud, 1997; Leijssen & Deschrijver, 2001). Hierbij werd de volgende vraag voorgelegd: ‘Beschrijf een voorval waarmee jijzelf of een collega geconfronteerd werd, dat een ethisch probleem inhield.’ In alle onderzoeken blijkt het meest ervaren dilemma te zijn: het al dan niet bewaren van het beroepsgeheim.

Dat er bij dilemma’s geen strikte regels te geven zijn, weerspiegelt zich tevens in de rechtspraak. Rechtbanken zijn soms niet eenduidig in hun uitspraken. Dat wordt geïllustreerd met de *Tarasoff-casus* (Appelbaum, 1986; Fulero,

1988), een van de beroemdste voorbeelden uit de geschiedenis van de psychologie dat de complexiteit van de praktijk illustreert, evenals de uiteenlopende juridische interpretaties.

In augustus 1969 werkte een Indische jobstudent, Poddar genaamd, op de universiteitscampus van Berkeley in Californië. Hij deed een beroep op de counselor van de campus omdat hij in de problemen zat nadat hij afgewezen was door een studentin, die de familienaam Tarasoff droeg. Poddar had aan de counselor verteld dat hij uit wraak het meisje zou vermoorden als zij terug zou zijn van vakantie. De counselor consulteerde zijn collega's en zij kwamen tot de bevinding dat Poddar gevaarlijk was. De counselor contacteerde vervolgens de campuspolitie met de melding dat Poddar doodsb bedreigingen uitte en gevaarlijk was. De campuspolitie nam Poddar in hechtenis voor ondervraging, maar ze lieten hem weer vrij omdat ze vonden dat Poddar toerekeningsvatbaar was en hij beloofd had uit de buurt van het meisje te blijven. Na zijn contact met de politie daagde Poddar niet meer op bij de counselor. Twee maanden later schoot hij het meisje dood.

De ouders van het meisje dienden klacht in tegen de universitaire campus, omdat men had nagelaten het slachtoffer te verwittigen voor het dreigende gevaar. Aanvankelijk werd de zaak in 1974 geseponeerd door de rechtbank. Maar in beroep bij een hogere rechtbank kreeg de familie in 1976 gelijk en werd gesteld dat de counselor professioneel onverantwoordelijk gehandeld had omdat hij het slachtoffer niet gewaarschuwd had. De rechter oordeelde dat het onvoldoende was dat de counselor enkel de politie gewaarschuwd had. Bij het vonnis beriep men zich op de plicht om mogelijke slachtoffers te beschermen.

Deze casus heeft tot heftige *discussies onder collega's* geleid (Perlin, 1997). Betreffende de Tarasoff-casus zijn er collega's die vinden dat de counselor voorrang had moeten geven aan zijn beroepsgeheim en de politie niet op de hoogte brengen. Men redeneert aldus: de therapie zou dan niet afgebroken zijn, de cliënt zou zijn agressieve gevoelens in de vertrouwelijke gesprekken kunnen doorwerken en dan was het wellicht nooit tot een moord gekomen. Dreiging op gevaar neemt juist toe als gevolg van het doorbreken van het beroepsgeheim en het wegvallen van de vertrouwensrelatie. Anderen hanteren als vuistregel: beroepsgeheim eindigt waar het gevaar begint. Juridisch kan hun niets verweten worden omdat de geheimhoudingsplicht doorbroken mag worden als er gevaar is.

Algemeen wordt aangenomen dat het beroepsgeheim moet vervallen om *zware schade* te voorkomen. Rechtstreekse levensbedreiging wordt steeds beschouwd als mogelijke zware schade, waarbij men ontheven is van het beroepsgeheim. De geheimhoudingsplicht stuit op haar grenzen waar het leven van anderen op het spel staat. Het argument dat het nemen van voorzorgs-

maatregelen de vertrouwensrelatie ongunstig zou kunnen beïnvloeden, weegt dan niet op tegen de algemene plicht om het leven van onschuldige slachtoffers te beschermen; en er zijn soms situaties waarbij een ingrijpen langs juridische weg de enige en beste manier is om problematisch gedrag een halt toe te roepen.

Maar hulpverleners bevinden zich vaak in grenszones waar het niet duidelijk is wie zij moeten beschermen en op welke wijze zij dat het beste kunnen doen. Het is ook niet eenvoudig om een juiste schatting te maken van wat ‘zware schade’ zal zijn en hoe reëel het gevaar is. Immers, heel wat cliënten uiten agressieve gedachten en dreigen iets te zullen ondernemen, terwijl slechts een minderheid daadwerkelijk tot de actie overgaat, zoals de volgende casus illustreert.

Een therapeut begeleidt een vrouw van vijfenveertig jaar die als kind seksueel misbruikt en mishandeld werd door haar oom. Er is een officiële klacht geweest tegen de oom waaruit een rechtszaak is voortgekomen. Uiteindelijk – na een lange lijdensweg voor de cliënt – achtte men de feiten onvoldoende bewezen en werd de oom vrijgesproken. Ondertussen is de oom ernstig ziek en hulpbehoevend. De cliënt ziet nu de kans om alsnog ‘recht te laten geschieden’. Zij vertelt zeer gedetailleerd aan de therapeut dat zij haar oom zal bezoeken op een moment dat er niemand anders aanwezig is en dat zij hem zal folteren om zijn dood te versnellen.

De cliënt krijgt de gelegenheid om in haar gesprekken met de therapeut lucht te geven aan haar agressieve fantasieën, de therapeut toont daarbij begrip voor de nood van de cliënt, maar is tevens transparant omtrent de bijkomende problemen die er zouden rijzen bij een eventuele uitvoering van de plannen. De cliënt voelt zich blijkbaar voldoende gesteund en opgevangen in de therapie om het bij fantasieën te laten. De oom sterft uiteindelijk op een natuurlijke wijze aan zijn ziekte, tot opluchting van de cliënt en de therapeut. Zoals het dan meestal gaat: een goede afloop krijgt weinig ruchtbaarheid, terwijl een slechte afloop grote nieuwswaarde zou hebben.

Vanuit het juridische perspectief vervalt hier de plicht tot geheimhouding en moet de therapeut maatregelen treffen om het potentiële slachtoffer te beschermen. De meeste therapeuten verkiezen in de praktijk om zo lang mogelijk prioriteit te geven aan de vertrouwensrelatie met de cliënt vanuit het geloof dat de cliënt de plannen eerder niet zal uitvoeren wanneer er een stevige werkrelatie onderhouden wordt en er tijdens de gesprekken voldoende opvang en betekenisgeving is van de verbale uitingen van de agressie. Een leidraad bij dit beslissingsproces is het afwegen van het risico op gevaar tegenover de kracht van de werkalliantie, waarbij men de vuistregel hanteert dat het beroepsgeheim doorbroken wordt indien het dreigende gevaar zeer groot

is bij een cliënt met wie men een slechte werkalliantie heeft of met wie het contact verbroken is (Truscott, Evans & Mansell, 1995).

Het dilemma omtrent het al of niet bewaren van het beroepsgeheim bij potentieel gevaarlijke cliënten kan ook geherformuleerd worden als: ‘Hoe worden mogelijke slachtoffers het best beschermd zonder de werkalliantie met de cliënt te schaden?’ (Knapp & Vande Creeck, 2000). Bij dit *beslissingsproces* doorloopt men drie fasen. Eerst maakt men een inschatting van het gevaar: vroegere gewelddadigheden, beschikbaarheid van wapens, alcohol- of drugverslaving impliceren een verhoogd gevaar. Vervolgens stelt men een behandelingsplan op waarmee gevaar verminderd wordt: wapens inleveren, middelengebruik onder controle krijgen, contacten intensifiëren. Ten slotte zet men bepaalde stappen, liefst met toestemming van de cliënt, zoals anderen waarschuwen en extra bijstand inschakelen.

In de onderzoeken naar ethische dilemma’s komt naar voren dat de problemen zich in het kwadraat stellen wanneer hulpverleners geconfronteerd worden met (seksueel) misbruik bij *minderjarigen*. Een antwoord uit een enquête in Vlaanderen (Leijssen & Deschrijver, 2001) illustreert de pijnlijke ervaring van een therapeut:

“Seksueel misbruik van 7-jarig meisje door grootvader. Aangifte van het seksueel misbruik betekende het uiteenvallen van het gezinssysteem en loyaliteitsconflicten. De grootvader is geïnterneerd geweest voor een aantal maanden. Ondertussen is de dader weer thuis en is alles bij het oude. Het meisje zal zeker niet meer praten.”

Sommigen zijn van mening dat de aanmeldingsplicht prioritair is wanneer *kinderen* misbruikt worden of het slachtoffer zijn van geweld (in Amerika is dat ook bij wet verplicht). De inschakeling van justitie is in dergelijke situaties juridisch correct, maar het is zeer de vraag of daarmee het belang van het kind het meeste gediend is. Immers, de procedure die dan volgt, brengt soms nog grotere trauma’s mee voor het kind. Vaak loopt men daarbij de frustratie op dat men onvoldoende kan bewijzen dat er reële schade aangericht is, zodat de zaak geseponneerd wordt. Nadien is dan elke interventie onmogelijk geworden, omdat de vertrouwensrelatie ondermijnd is. Daarom verkiezen veel hulpverleners in dergelijke situaties om niet de juridische weg in te slaan, maar via andere wegen het kind te beschermen.

Bij confrontatie met kindermishandeling is de vraag: ‘Loopt dit kind gevaar?’ Indien dat zo is, zal men in zulke situaties niet de voorkeur van het kind volgen of zich op de vertrouwensrelatie en geheimhouding beroepen om niet te handelen. De therapeut moet in die situaties duidelijk maken aan het kind dat het gaat om ernstige toestanden die gestopt moeten worden; dat er oplossingen gezocht worden om het kind te helpen en dat er daarvoor ook met an-

dere mensen gesproken moet worden over wat er gebeurt. Meestal schakelt men andere hulpverleners in om de situatie multidisciplinair aan te pakken en te evalueren. Mogelijke vertrouwenspersonen uit de familie, de vriendenkring of de religieuze gemeenschap waartoe de familie behoort, kunnen eveneens als waardevolle bondgenoten voor het kind ingeschakeld worden. Soms wordt ervoor gezorgd dat het kind tijdelijk ergens anders onderdak krijgt tot de situatie tot rust komt en er betere oplossingen gevonden kunnen worden. Men zal altijd eerst trachten de ouders te motiveren om zich te laten begeleiden en pas als ze daartoe onmogelijk te bewegen zijn en het misbruik niet stopt, zal men dreigen met gerechtelijke stappen en die ook daadwerkelijk zetten als goede alternatieven niet haalbaar blijken te zijn.

Het is opvallend dat juristen in België ervoor pleiten dat hulpverleners zelf hun verantwoordelijkheid moeten nemen op het niveau van hun deskundigheid, in plaats van zich preventief in te dekken tegen aanklachten. Het is een toepassing van een constructieve en selectieve invulling van het beroepsgeheim: het beroepsgeheim beschermt de hulpverlener die geen aangifte doet, maar de hulpverlener kan/moet de geheimhouding doorbreken in zover dat nodig is om hulp te verlenen (Boedts, 1999). Men riskeert vervolging voor 'schuldig hulpverzuim' niet zozeer op basis van wel of niet melding, maar wel op basis van onvoldoende ondernomen te hebben om het gevaar te stoppen. De situatie is hier verschillend met de USA, waar men wettelijk verplicht is alle gevallen van vermoede kindermishandeling te melden (Jacob-Timm & Hartshorne, 1998). Men erkent daarbij wel het risico dat men hierdoor het contact met het kind of met het gezin verliest. Toch zou in de USA de rapportering slechts een minimale negatieve invloed hebben. Na de eerste woede tegenover de ingrijpende instantie blijken de meeste ouders ook opgelucht te zijn dat de problemen aangepakt worden en bereid te zijn aan een oplossing te werken. Hoe dat in de praktijk kan verlopen, illustreert de volgende casus.

Een meisje van 16 is met levensbedreigende anorexie opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Pas na lange tijd vertelt ze in vertrouwen aan de psycholoog dat haar vader aan heroïne verslaafd is. Hij wordt zeer agressief op momenten dat hij niet meer genoeg drugs heeft. Het meisje van 16 voelt zich erg schuldig dat ze hierover gesproken heeft, maar ze is ook begaan met haar zusje van 5 jaar dat nu alleen thuis is met vader. De psycholoog bespreekt 'het geheim' in het team. Het team beslist – ondanks het verzet van het meisje – om met medewerking van de huisarts en de politie actie te ondernemen. Het jongere zusje wordt tijdelijk opgevangen in een gastgezin waarvan ze bevriend is met een van de kinderen. De vader krijgt de 'keuze' zich te laten opnemen voor een ontwenningsskuur ofwel geconfronteerd te worden met andere gerechtelijke acties. Aanvankelijk gaat de man zwaar tekeer tegen iedereen, maar hij laat zich uiteindelijk opnemen in een ontwenningssklinik.

Een ander dilemma dient zich aan wanneer een *volwassen cliënt zelf slachtoffer* is. De hulpverlener heeft hier spreekrecht na toestemming van de cliënt. Maar vaak wil de cliënt niet dat de hulpverlener het misbruik rapporteert. Zo geeft bijvoorbeeld een bejaarde die mishandeld wordt, er de voorkeur aan dat de hulpverlener blijft zwijgen, uit angst voor mogelijke vergeldingsacties.

Geweld ten aanzien van *bejaarden* treedt meestal op in een familiesetting (Reynolds Welfel et al., 2000; Schwiebert et al., 2000). Er worden vier categorieën ‘ouderenmishandeling’ onderscheiden: fysieke mishandeling (slaan, haren trekken...), psychische mishandeling (vernederingen, beledigingen, dreigementen), financiële uitbuiting en verwaarlozing. De bejaarden wensen meestal geen tussenkomst van de hulpverlener; ze vrezen dat het dan van kwaad naar erger kan gaan, ze willen niet opgenomen worden in een instelling, ze blijven loyaal ten aanzien van de kinderen, ze willen de goede naam van de familie bewaren. De hulpverlener, die hier duidelijk met een dilemma zit, moet zich afvragen wat het meest in het belang van de cliënt is. Men kan de bejaarde duidelijk maken wat zijn rechten zijn en goede informatie geven over mogelijke alternatieven. Het is meestal wel aangewezen met de mishandelaar te praten, zonder daarbij een beschuldigende houding aan te nemen. Vaak is het voor de verzorger een zware last om de zorg voor een bejaarde te combineren met andere taken. Men kan de betrokkenen trachten te motiveren om een beroep te doen op instanties die de taak kunnen vergemakkelijken. Als het misbruik niet stopt en de bejaarde ernstig gevaar loopt, zal men wel verdere stappen ondernemen. De hulpverlener kan dan respect tonen door aan de cliënt goed uit te leggen waarom het nodig is dat er wel met anderen gesproken moet worden en door te verzekeren dat er zeer tactvol en met zorg voor alle betrokkenen gezocht zal worden naar een goede oplossing die rekening houdt met de bekommernissen van de cliënt.

Hulpverleners moeten ook waakzaam zijn dat ze zich geen zwijgplicht laten afdwingen door *dadere* die zelf strafbare handelingen melden. In noodtoestanden – als er geen andere wegen zijn om het gevaar af te wenden – is het nodig dat de therapeut de geheimhouding doorbreekt. Anderzijds moeten hulpverleners niet de plaats van de politie of het gerecht willen innemen. Kennis hebben van strafbare feiten is niet voldoende om het beroepsgeheim te doorbreken.

Een man van 35 bespreekt bij de therapeut zijn wroeging over het feit dat hij tijdens een buitenlandse zending samen met enkele kameraden jonge meisjes verkracht heeft. Tijdens een van de ‘spelletjes’, waarbij ze allemaal dronken waren, is het zo uit de hand gelopen dat er een kind gedood is. De cliënt erkent zijn fouten en betreurt heel erg wat er gebeurd is.

De therapeut zou zijn professionele rol te buiten gaan indien hij zich in deze situatie geroepen zou voelen om de strafbare feiten te melden (de therapeut



was bovendien zelf geen ‘getuige’ van de feiten). De therapeut heeft hier een andere verantwoordelijkheid en zijn zwijgplicht schept juist de ruimte waarin de jonge man kan reflecteren op zijn wangedrag. Maar als de therapeut zou merken dat de cliënt opnieuw in omstandigheden komt die uitnodigen tot misbruik van kinderen en de cliënt uit zichzelf niet de kracht mobiliseert om dergelijke verleidingen te weerstaan, dan moet de therapeut ingrijpen en zich niet het zwijgen laten opleggen wanneer de cliënt zich beroept op de vertrouwensrelatie en recht meent te hebben op geheimhouding.

Hulpverleners worden eveneens voor dilemma’s geplaatst als ze weten dat jongeren betrokken zijn bij *middelenmisbruik*. Opnieuw zou men als richtlijn kunnen hanteren dat de hulpverlener veel belang hecht aan de vertrouwensrelatie met de jongere en dat als eerste invalshoek voor de hulpverlening kiest. Maar indien het middelenmisbruik een gevaar vormt voor de minderjarige, dan moeten de ouders of de bredere context, zoals de school, geïnformeerd worden.

Een schoolcounselor, werkzaam in een Centrum voor Leerlingenbegeleiding, begeleidt jongeren van secundaire scholen. Een 15-jarige jongen vertelt aan de counselor dat zijn twee beste vrienden al jaren softdrugs gebruiken. Dat was nog geen probleem voor de jongen, maar nu zijn de vrienden begonnen met harddrugs en ze sporen hem aan mee te doen. Onder druk heeft hij enkele keren meegedaan, maar hij voelt er zich slecht bij. Het contact met zijn ouders is inmiddels verslechterd; zij zijn bezorgd omdat ze voelen dat er iets mis is, maar hij kan niets zeggen. Zijn twee vrienden staan hoog in aanzien bij de jongeren en zij overhalen meerdere jongeren om drugs te gebruiken. De jongen wil niet dat de counselor iets vertelt aan zijn ouders of aan de school. Hij wil zijn vrienden niet verliezen en hij vreest de gevolgen als anderen zouden weten dat hij ‘geklikt’ heeft.

*Schoolcounselors* moeten met drie partijen rekening houden: de school, de ouders en de leerlingen. De leerling staat daarbij centraal, en wat de leerling toevertrouwt aan de schoolcounselor, valt onder het beroepsgeheim. De schoolcounselor kan het probleem bespreken in zijn team, zij hebben gedeeld beroepsgeheim en daardoor is een multidisciplinaire aanpak mogelijk. De ouders hebben strikt genomen recht op informatie omdat hun zoon minderjarig is, maar men neemt aan dat een 15-jarige een beroep moet kunnen doen op het stilzwijgen van een vertrouwenspersoon als dat nodig is voor een adequate begeleiding. De counselor zou in een situatie als deze aan de leerling kunnen voorstellen om er samen met zijn ouders over te praten. De school als derde partij verdient aandacht omdat er hier sprake is van druggebruik op school. Als de school zelf geen vragende partij is naar interventies op school of een mogelijke preventiecampagne, is de onthulling van deze leerling voor de schoolcounselor geen voldoende aanleiding om zijn beroeps-

geheim te doorbreken. Maar als er geoordeeld wordt dat het voor de begeleiding van deze leerling noodzakelijk is dat de school op de hoogte is, verandert de situatie. De beslissing of het doorgeven van de informatie aan de school noodzakelijk is, ligt bij de counselor. De counselor moet daarbij ook rekening houden met de (toekomstige) beeldvorming. Immers, als bij de leerlingen het gerucht de ronde doet van: 'je moet daar niet mee gaan spreken, want die klikt alles direct aan je ouders of de directie', dan staat de positie van de counselor ook op de helling. Als de counselor oordeelt dat er grenzen zijn aan de vertrouwelijkheid die hij aan de leerling belooft, dan kan hij de school erbij betrekken op twee voorwaarden: het moet werkelijk noodzakelijk zijn en de geheimgerechtigde moet toestemming geven (De Munter & Carion, 2001). Als de ouders niet zouden meewerken om een gepaste behandeling af te spreken, dan is het de taak van de hulpverlener om behandelingsopties te verkennen zonder toestemming van de ouders.

In dit kader is het voor schoolcounselors ook belangrijk om niet verwikkeld te raken in het disciplinaire systeem van de school. Zij kunnen wel initiatiefnemer zijn van interventie- en preventieprogramma's die aangeboden worden op school, maar ze kunnen niet de dubbele rol opnemen van het begeleiden en sanctioneren van jongeren.

De hulpverlener die vermoedt dat cliënten *suïcidaal* zijn, mag zijn beroepsgeheim doorbreken. Of men de hulpverlener na een zelfdoding van een cliënt kan verwijten dat hij onvoldoende ondernomen heeft om de zelfdoding te voorkomen, blijft een twistpunt, zowel onder hulpverleners als breder maatschappelijk. Er zijn hierbij immers diverse waarden en principes in het spel die in het kader van het zelfbeschikkingsrecht verder uitgewerkt worden. De beroepsethiek geeft bij dreigende suïcide opnieuw als houvast dat men de vertrouwensrelatie respecteert en in risicosituaties de informatie naar buiten brengt die noodzakelijk is om het gevaar af te wenden. Er bestaan echter geen duidelijk afgelijnde criteria voor het nemen van dit soort beslissingen. Clinici in Vlaanderen onderstrepen bij suïcidale cliënten extra de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie, waarin empathie en betrokkenheid naast openheid en bedachtzaamheid prioritair zijn in de opstelling van de hulpverlener (Forceville, 1999; Hamelinck, 2000). Daarbij weerklinkt ook het advies aan de hulpverlener om zijn rol niet te overschatten en te veel verantwoordelijkheid te nemen. Nauwe consultatie met collega's is onontbeerlijk en het is een goede voorzorgsmaatregel om risicopatiënten door een medicus te laten evalueren en eventueel medicamenteus te laten ondersteunen.

Beroepsethisch handelen betreffende geheimhouding bij suïcidale mensen houdt in dat de hulpverlener zich rekenschap geeft van de paradoxale situatie dat mensen met (het idee van) zelfdoding bezig zijn en ondertussen een hulpkreet uitzenden in de hoop dat de ellende stopt of er crisisopvang komt. Om het gevaar te reduceren, kan de hulpverlener zorgvuldig afwegen of het nodig is het beroepsgeheim te doorbreken of dat er betere alternatieven zijn.

Het is niet altijd mogelijk om zelfdoding te voorzien en te voorkomen. Kennis van *indicatoren van zelfmoordgevaar* en het evalueren van de ernst van een depressie gaan vooraf aan de inschatting van het gevaar. Eerst en vooral: men kan uitingen rond zelfmoordplannen nooit serieus genoeg nemen, in die zin dat het steeds gaat om ernstige signalen waarmee iets gedaan moet worden, ook al wil niet elke uitspraak van een cliënt zeggen dat het tot daden komt. Maar de overweging of de dreiging op zich is steeds een noodsignaal, zelfs als de cliënt het eerder manipulatief zou aanwenden. De volkse idee dat ‘wie spreekt over zelfmoord het niet doet’, is een misvatting. Onderzoek wijst uit dat het spreken over dat idee een van de belangrijkste indicatoren is die aan de daad voorafgaan. Die indicator wordt afgewogen samen met andere tekens die wijzen op gevaar (Corey et al., 1998). Hierbij moet gedacht worden aan: eerdere zelfmoordpogingen; depressie met slaapproblemen als sleutelsymptoom; gevoelens van hopeloosheid, hulpeloosheid, waardeloosheid, wanhoop; extreme angst- of paniekaanvallen; sterk alcohol- of druggebruik (bij ongeveer één derde van de zelfmoorden is middelengebruik in het spel); mensen die van alles beginnen weg te geven, zaken afhandelen, hun testament herzien; mensen die banden verbreken, geen contacten meer onderhouden; alleenstaanden en werklozen of mensen zonder een ondersteuningssysteem; hoe duidelijker het plan, hoe groter de kans dat het gebeurt.

Naast een goede psychologische begeleiding is het noodzakelijk dat de therapeut voldoende structurerende maatregelen neemt om de *acute crisis* op te vangen. Daarbij is het helpend om heldere afspraken te maken en zich niet te laten manipuleren of intimideren, eigen bekommernissen duidelijk en uitdrukkelijk te verwoorden (zelfmoordkandidaten hebben vaak het gevoel dat niemand om hen geeft), mogelijke acties met de cliënt zelf te bespreken, de beschikbaarheid te verhogen en duidelijk aan te geven wie waar en wanneer te bereiken is, een ondersteunend netwerk voor de cliënt te mobiliseren.

Ondanks regels en wetten blijft het in de praktijk moeilijk om bij dreigend gevaar eenduidige richtlijnen te geven. De hulpverlener zal steeds moeten terugvallen op een zorgvuldige afweging van diverse factoren. Bij de beslissing om het beroepsgeheim wel of niet te doorbreken, speelt de specifieke *competentie en ervaring* van de hulpverlener met gelijkaardige situaties een grote rol. Naarmate iemands deskundigheid toeneemt, wordt het in complexe aangelegenheden met dreiging van gevaar, waar het al of niet doorbreken van de zwijgplicht afgewogen wordt aan de invloed van de werkaliantie, ook realistischer om een juiste inschatting van het gevaar te maken en is men beter in staat om het gevaar in te dijken. Voor onervaren hulpverleners is de taxatie van risico's veel moeilijker en zij beschikken soms nog niet over de deskundigheid om het gevaar onder controle te krijgen via de werkaliantie. De regels in de beroepscode houden doorgaans geen rekening met die interindividuele verschillen in competentie en ervaring. Hier is het aan de hulpverlener

om in alle eerlijkheid de grenzen van de eigen deskundigheid in het oog te houden, zichzelf niet te overschatten en tijdig de nodige hulp van andere professionelen in te roepen. Kritische bevraging en ondersteuning van collega's geven niet alleen de noodzakelijke ruggensteun voor een verantwoorde beroepsuitoefening wanneer men zich op 'glad ijs' bevindt; het is tevens belangrijke informatie die in het dossier thuishoort. Het geldt altijd – maar a fortiori bij probleemsituaties – dat goede dossiers en verslagen expliciteren welke maatregelen de hulpverlener genomen heeft en hoe hij het verantwoordt waarom er wel of niet voor spreekplicht, spreekrecht, zwijgplicht gekozen is. Deze documenten kunnen dan ook de functie krijgen van verdediging of bescherming voor de hulpverlener wanneer die zich ooit moet verantwoorden in rechtszaken als het misloopt of iemand een klacht indient.

### Bijzondere situaties

In situaties met *meerdere betrokken partijen* is er a-priorisch gedeeld beroepsgeheim en heeft de cliënt bovendien beperkt toestemmingsrecht. Deze problematiek komt scherp tot uiting door toenemende 'Managed Care Organisaties' (MCO's) die als doel hebben nutteloze dienstverlening uit te schakelen, kosten te reduceren en de effectiviteit van diensten te vermeerderen (Bilynsky & Vernaglia, 1998; Acuff et al., 1999). Belanghebbende partijen zoals MCO's of andere 'geldschieters' eisen vaak extensieve en persoonlijke informatie over de cliënt en gedetailleerde behandelingsplannen. Eens de informatie doorgegeven is, heeft men daarover zelf geen controle meer: ze kunnen voor lange tijd in gegevensbestanden bewaard blijven en men weet niet waarvoor ze nog gebruikt worden. Bij meerdere betrokken partijen moet men zich realiseren dat een effectieve behandeling slechts mogelijk is als voldoende vrijheid en respect gegarandeerd blijft. Er is immers aangetoond dat de kwaliteit van een behandeling negatief beïnvloed wordt als het beroepsgeheim niet gegarandeerd is; cliënten zijn dan minder bereid om gevoelige informatie vrij te geven (Kremer & Gesten, 1998).

Vergelijkbare moeilijkheden met het beroepsgeheim doen zich voor op het raakvlak tussen psychologie en recht, aangeduid als '*forensische psychologie*' (Sloore, 1996). De forensische psycholoog wordt vaak ingeschakeld voor diagnostiek en begeleiding van daders en slachtoffers. De wettelijke verplichting om gegevens te rapporteren, is altijd compromitterend voor de vertrouwensrelatie. Antwoorden op onze enquête (Leijssen & Deschrijver, 2001) illustreren de problemen van deze hulpverleners.

“Het moeizaam opgebouwde contact met een minderjarige die door de jeugdrechtbank geplaatst is, wordt tenietgedaan als ik over zijn problematisch gedrag rapporteer, terwijl ik dat verplicht ben.”

“Patiënt, verdacht van moord, is door gerecht in psychiatrie geplaatst. Elke stap naar uitbreiding van vrijheid is afhankelijk van verslag van psycholoog die de patiënt begeleidt.”

“Jongeren die opgepakt zijn met drugs, moeten bij mij op gesprek komen om te evalueren of het om problematisch gebruik gaat. Maar het gesprek is per definitie onmogelijk want ik moet nadien mijn conclusies doorgeven aan de procureur.”

De dubbele rol die de hulpverlener in situaties met meerdere betrokken partijen toebedeeld krijgt, creëert vaak een bijna onmogelijke positie (dat wordt later bij rolintegriteit verder toegelicht). In dergelijke systemen kunnen hulpverleners hun werk slechts op een ethische manier uitvoeren door de cliënt bij aanvang heel duidelijk te informeren over de grenzen aan de vertrouwelijkheid. De cliënt moet goed op de hoogte zijn welke gegevens er aan wie worden meegedeeld, zodat hij eventueel zelf kan kiezen om bepaalde vertrouwelijke gegevens niet met de therapeut te delen.

In de praktijk komt het regelmatig voor dat therapeuten *onder druk* gezet worden door familie, werkgevers of andere belanghebbenden. Enkele vignetten uit een enquête in Vlaanderen (Leijssen & Deschrijver, 2001) kunnen dit illustreren.

“Cliënt wordt door zijn werkgever verwezen voor alcoholproblemen. De werkgever wil informatie over de effecten van de begeleiding. Indien er terugval is, zal de cliënt ontslagen worden. Indien er geen informatie doorgegeven wordt, zal de cliënt ook ontslagen worden.”

“Schooldirecties willen van de leerlingenbegeleider weten welke leerlingen met hen gesproken hebben en waarover de gesprekken gingen omdat ze niet voor verrassingen willen komen te staan en de nodige voorzorgsmaatregelen kunnen treffen.”

“De partner van een cliënt belt mij op met vragen over de therapie, want na een sessie is zijn vrouw meestal zeer emotioneel.”

De therapeut doet er goed aan begrip uit te drukken voor de behoefte aan informatie, maar evenzeer vasthoudend te zijn betreffende het beroepsgeheim. Aandacht schenken aan de wens naar informatie is vaak noodzakelijk om de weigering om informatie te geven aanvaardbaar te maken. Het is helpend dat mensen toelichting krijgen waarom bepaalde informatie niet doorgegeven wordt en wat het belang is van de vertrouwensrelatie en geheimhouding in het algemeen. Zwijgplicht mag geen excuus zijn om mensen botweg af te schepen.

Soms wordt dit probleem opgelost door aan de cliënt toestemming te vragen om (bepaalde) informatie te delen met anderen. Men stelt dan vaak een gezamenlijk gesprek voor (vooral in de context van families) omdat de cliënt dan rechtstreeks getuige is van wat er precies verteld wordt. Ook kan de hulpverlener beslissen slechts in aanwezigheid van de cliënt telefonische informatie aan derden te geven. Dan kunnen de betrokkenen achteraf niet gaan schermen met wat de therapeut al dan niet gezegd heeft. Betreffende vragen van familieleden mag – naast het respecteren van de vertrouwensrelatie met de cliënt – niet uit het oog verloren worden dat samenwerking met het systeem vruchten afwerpt. Het blijkt bijvoorbeeld dat minderjarigen meer baat hebben bij een behandeling als hun ouders erin betrokken worden (Nevas & Farber, 2001).

Dat de zwijgplicht nog doorloopt *na het overlijden* van cliënten, vinden hulpverleners extra moeilijk en anderen onbegrijpelijk. In onze enquête (Leijssen & Deschrijver, 2001) werd dit geïllustreerd.

“De ouders van een 18-jarige cliënt die zelfmoord pleegde, hopen in een gesprek met de therapeut verlost te worden van hun schuldgevoelens. Ze nemen het de therapeut bijzonder kwalijk dat hij niets wil vertellen over de inhoud van de gesprekken met hun overleden zoon.”

“De vrouw van een overleden cliënt verspreidt talrijke roddels over mij, onder meer dat ik een relatie had met haar man en dat haar man zelfmoord gepleegd heeft omdat ik hem aangeraden zou hebben haar te verlaten. Mag ik mij verdedigen door de waarheid over haar man te vertellen?”

“Na een zelfdoding in een psychiatrische afdeling mag je niets zeggen over het voorval aan de andere patiënten, terwijl juist die medepatiënten veel vragen hebben en het recht opeisen om ingelicht te worden over het verlies van iemand waar ze lang mee samen geleefd hebben.”

Het probleem van geheimhouding stelt zich vooral als de hulpverlener oordeelt dat anderen, of eventueel ook zichzelf, geholpen zouden zijn met het geven van informatie, terwijl de overleden cliënt er geen schade meer van kan ondervinden. Toch blijft ook hier de enige geldige reden om het beroepsgeheim te doorbreken dat het spreken van de hulpverlener de enige manier is om ernstig gevaar of zeer grote materiële schade te voorkomen. Nabestaanden moeten kunnen aantonen dat zij een dergelijk belang hebben bij het krijgen van informatie van de therapeut. Het respect voor de overledene impliceert dat wat in vertrouwen verteld werd en wat de cliënt blijkbaar voor zijn dood niet met anderen heeft willen delen, ook na zijn dood vertrouwelijk blijft. Opnieuw is het hier cruciaal dat de hulpverlener de nabestaanden niet ‘botweg’ laat weten dat hij zwijgplicht heeft, maar hen met tact en zorg uitlegt wat de reden van zijn terughoudendheid is. Soms ligt de hulpverlener zelf ook emotioneel overhoop door het overlijden van de cliënt en zeker bij

zelfdoding van zijn cliënt kan hij evenzeer worstelen met een schuldvraag. In die context is het veel gevraagd om familieleden die zich misschien verwijtend opstellen tegenover de hulpverlener, dan toch met de nodige zorg te woord te staan. Het is dan aan te raden om goede collega's te vragen om ondersteuning en overleg. Vaak zijn ook andere hulpverleners beter geplaatst dan de therapeut zelf om eventueel opvang te bieden aan de nabestaanden.

Bij twijfels of problemen om te spreken of te zwijgen is het steeds belangrijk om goed voor ogen te houden: 'Wie is/zijn mijn cliënt(en)?', 'Wat is mijn rol?' en 'Hoe kan ik daarover transparant zijn?'. Wanneer bijvoorbeeld de politie op zoek is naar een potentiële dader, hoeft de therapeut zich niet geroepen te voelen om het speurwerk van de politie te vergemakkelijken. De politie is dan niet je 'cliënt'. De hulpverlener hoeft ook niet de rol van een detective op te nemen die moet uitzoeken of de cliënt schuldig is. De therapeut moet vanuit de eigen specifieke deskundigheid de cliënt bijstaan in de werkopdracht die ze samen overeengekomen zijn. Daarvoor hoef je de politie of andere instanties die je ondervragen niet zomaar af te schepen en je mag zeker het onderzoek niet nodeloos bemoeilijken, maar je kunt aan anderen uitleggen wat in het kader van het beroepsgeheim niet toegelaten is en waarom dat zo is. Vaak beseffen anderen niet wat wel en niet tot de ethische beroepsuitoefening van de therapeut behoort en zij proberen hun werk ook naar eigen vermogen goed te doen.

Anders is het gesteld wanneer je als deskundige *in opdracht* van de rechter een psychologisch onderzoek moet doen bij potentiële daders. Hier heb je meerdere 'cliënten' en dan behoort het tevens tot je rol om de rechter van dienst te zijn. Je moet dan van bij de aanvang zowel tegenover de rechter als tegenover de onderzochten helder uitleggen wat wel en niet tot het werkcontract kan behoren en wat dat concreet inhoudt met betrekking tot het beroepsgeheim.

Een ethische beroepsuitoefening impliceert meestal een verstandige combinatie van meerdere regels die tegelijkertijd van toepassing zijn. Zo is geheimhoudingsplicht steeds nauw verbonden met informatieplicht (en ook met integriteit en deskundigheid, die later aan bod komen). Zo vereist de beroeps-ethiek dat als je bijvoorbeeld werkt met drugverslaafden, je de cliënten op voorhand duidelijk verwittigt dat je het moet melden wanneer je weet hebt van drugbezit. Door bij aanvang van de professionele relatie helder te informeren, voorkom je vaak latere moeilijkheden.

### **Dagelijkse toepassingen van het beroepsgeheim**

Het beroepsgeheim vindt verder uitdrukking in tal van concrete handelingen en gedragingen die niet zo spectaculair zijn, maar waarmee men wel meer te maken heeft in de dagelijkse beroepsuitoefening.

Het beroepsgeheim impliceert dat hulpverleners er in alle omstandigheden zorg voor dragen dat vertrouwelijke informatie *niet ter ore komt aan anderen*.

Twee collega's reizen met dezelfde trein en hebben de gewoonte om tijdens de rit met elkaar van gedachten te wisselen over het werk. Ze geven zich echter onvoldoende rekenschap van het feit dat het voor andere reizigers niet zo moeilijk is om hun gesprekken te volgen of er flarden van op te vangen. Op die manier houden zij onvoldoende rekening met het beroepsgeheim betreffende de personen over wie ze spreken. Zelfs als ze geen namen noemen of geanonimiseerd spreken, creëren ze bij het publiek een beeld van onbetrouwbaarheid door privé-gegevens achteloos ter sprake te brengen in publieke ruimten.

Hulpverleners dragen tevens onder alle omstandigheden de verantwoordelijkheid dat hun geschreven informatie *niet voor anderen toegankelijk* is en dat privé-gegevens 'achter slot en grendel' bewaard worden. Documenten die elektronisch bijgehouden worden, moeten dusdanig beveiligd zijn dat anderen ze niet kunnen inzien. Zelfs als verschillende veiligheidsmaatregelen getroffen worden zodat anderen geen toegang kunnen krijgen tot vertrouwelijke documenten, blijft het raadzaam om identificatiegegevens gescheiden te bewaren en gevoelige informatie of dossiers enkel van een code te voorzien.<sup>9</sup>

De nieuwe technologische mogelijkheden kunnen onvoorziene problemen met het beroepsgeheim meebrengen (Reed, McLaughlin & Milholland, 2000). Hulpverleners hebben bijgevolg ook de plicht hun cliënten erop te wijzen dat de vertrouwelijkheid niet gegarandeerd kan worden als er per e-mail gecorrespondeerd wordt of als verslagen elektronisch verstuurd worden.

Een therapeut die onder tijdsdruk stond, had per e-mail een dossier ter inzage verstuurd aan zijn cliënt. Maar door de werking van een virus kwam het vertrouwelijke document eveneens terecht bij andere adressen uit zijn bestand! Collega's-beroepsbeoefenaars die dit document zo 'per toeval' ontvangen, zijn gebonden door het beroepsgeheim, maar andere ontvangers van dit verslag hebben geen geheimhoudingsplicht.

De hulpverlener is er verder verantwoordelijk voor dat zijn *dossiers vernietigd* worden op een manier waarop de geheimhouding gewaarborgd blijft. Dossiers of verslagen die met het oud papier meegegeven of afgezet worden bij een papierversnipperaar, kunnen toevallig door nieuwsgierige voorbij-

9. De beroepscode van de Amerikaanse psychologen legt zelfs de verplichting op om identificatiegegevens gescheiden te bewaren van de privé-gegevens.



gangers gelezen worden. In dit kader is het ook raadzaam dat vertrouwelijke documenten niet te lang bewaard worden, want na verloop van tijd verliezen mensen hun gevoeligheid voor de vertrouwelijkheid en dan is er veel meer risico dat er onzorgvuldigheden gebeuren.

Een stagiair die meehelpt bij de verhuis van een therapiecentrum, vindt zo in kasten op zolder allerlei dossiers van mensen die vroeger begeleid werden in dat centrum. De stagiair kan op die manier plots allerlei privé-gegevens met naam en toenaam lezen over mensen. Sommigen kent hij zelfs!

Het kan ook gebeuren dat iemand zonder het te beseffen het beroepsgeheim overtreedt vanuit de overtuiging *het beste te doen* voor de cliënt.

Een hulpverlener die licht mentaal gehandicapten begeleidt, heeft de gewoonte de werkgever van zijn cliënten op de hoogte te brengen wanneer cliënten speciale problemen hebben. De hulpverlener is van mening dat de werkgever dan meer begrip kan opbrengen voor moeilijkheden die soms in de werksituatie doorspelen. Hij is er zich helemaal niet van bewust dat hij daarmee in overtreding is met de zwijgplicht. In zijn beleving handelt hij immers in het belang van de cliënten. Deze hulpverlener ziet echter over het hoofd dat hij geen toestemming heeft gevraagd aan zijn cliënten om dergelijke informatie te delen met hun werkgever.

Problematischer zijn de schendingen van het beroepsgeheim omdat de hulpverlener geen blijf weet met zijn *eigen emoties*, of spanningen afreageert in een context waar dat niet gepast is.

Een therapeut is opgewonden na een agressieve confrontatie door een cliënt. Tegen de volgende cliënt – die de vorige cliënt heeft zien buitengaan – lucht hij zijn hart door te zeggen dat “sommige mensen toch wel heel onredelijk zijn en hem zelfs bedreigen”.

Die emoties zijn meestal begrijpelijk, maar toch is het nodig dat de hulpverlener zich leert beheersen. In dit kader is ook de waarschuwing op haar plaats voor therapeuten die (kinderen van) ‘bekende’ mensen in therapie hebben (gehad). Zeker als het al wat langer geleden is, kunnen hulpverleners of ook een team van een behandelafdeling zichzelf soms graag wat extra gewicht geven door namen te laten vallen of te insinueren welke belangrijke mensen zij behandeld hebben.

Menselijk gezien kan men hulpverleners niet verbieden om in eigen intieme kring met *familie of vrienden* te spreken over hun wedervaren op het werk. Dat kan op voorwaarde dat de anonimiteit van de cliënten gewaarborgd blijft. Toch zal het duidelijk zijn dat men hier voorzichtig dient te blijven.

Immers, familieleden en kennissen zijn niet gebonden aan het beroepsgeheim en men kan niet altijd rekenen op hun discretie.

De echtgenoot van een therapeut vindt het plezierig om bij pot en pint met zijn sportmakers sappige anekdotes te vertellen uit de praktijk van zijn partner. De man en zijn vrienden hebben niet de professionele achtergrond om die situaties te plaatsen en ze beschouwen het vooral als interessante rariteiten, waarmee ze zich vermaken.

Ook dient men er zorg voor te dragen dat bijvoorbeeld de eigen kinderen eerst en vooral zo weinig mogelijk in contact komen met de beroepsuitoefening van hun vader of moeder, en in zover dat soms onvermijdelijk is, moet men hun uitleggen wat het belang van geheimhouding is. Wanneer men in een privé-setting cliënten ontvangt, organiseert men het zo dat die cliënten niet geconfronteerd worden met andere bewoners of met elkaar. Gebeurt het dan bij uitzondering toch dat huisgenoten iemand zien komen of gaan, of een telefoon aannemen, dan moeten zij weten dat ze daarover niet met anderen spreken. Diverse kleine aandachtspunten, zoals cliënten niet te kort na elkaar plannen, zodat ze elkaar niet hoeven te kruisen bij het komen en gaan, drukken uit dat de therapeut niet licht omspringt met het vertrouwelijke karakter van zijn beroep.

Een andere uitdaging voor het beroepsgeheim stelt zich wanneer cliënten – minder of meer vrijwillig – met elkaar vertrouwelijke gegevens delen, zoals in groepstherapie. Op zich kunnen de deelnemers niet vervolgd worden als zij informatie uit de groep naar buiten brengen. Het behoort echter tot de beroepsethiek van de therapeut die het groepsgebeuren leidt, om met de deelnemers duidelijk af te spreken dat hun engagement in de groep impliceert dat zij participeren in het *groepsgeheim*. Zonder een dergelijke afspraak – die men soms kracht bijzet door de deelnemers een vorm van contract te laten ondertekenen – biedt zo'n groep onvoldoende veiligheid voor de deelnemers. Ook dient men te benadrukken dat het groepsgeheim niet stopt als de groep beëindigd wordt.

Een man heeft tijdens zijn studententijd deelgenomen aan een assertiviteitsgroep. Daarin had hij zichzelf erg blootgegeven. Tien jaar later ontmoet hij op een receptie iemand die hem herkent van die groep. Vol jolijt – de man had misschien een glas te veel op – vraagt de vroegere maat van de assertiviteitsgroep: “Heb jij nog altijd zoveel schrik om een vrouw mee uit te vragen?” Tot grote ontsteltenis van het beschaamde slachtoffer onthult de man allerlei details over die assertiviteitsgroep aan de omstanders op de receptie.

Wanneer de cliënt *toestemming* heeft gegeven aan de hulpverlener om vertrouwelijke informatie met anderen te delen, dan is de hulpverlener ontslagen

van zijn zwijgplicht. Maar dan wordt ‘discretie’ naast het beroepsgeheim geplaatst. Dat betekent dat het spreken over cliënten moet gebeuren met het oog op een betere dienstverlening; dat men zich beperkt tot die gegevens waarvan het nodig en nuttig is dat ze meegedeeld worden om een goede samenwerking mogelijk te maken of de behandeling optimaal te laten verlopen en dat niet terzake doende informatie achterwege gelaten wordt. Hulpverleners hebben het soms nodig om onder elkaar stoom af te blazen, maar als dat systematisch onttaardt in ‘professioneel roddelen’, moet er op de dienst dringend gezocht worden naar meer ethische en gezondere vormen van ‘ontspanning’.

### Tot besluit

Goed uitgewerkte beroepscode en heldere juridische richtlijnen zullen nooit bij machte zijn om de persoonlijke draagkracht en verantwoordelijkheid van de hulpverlener te vervangen of de onvermijdelijke existentiële kwetsbaarheid van mensen op te heffen. Kunnen leven met een marge van onzekerheid blijft een onontbeerlijke kwaliteit voor de therapeut.

Schendingen van het beroepsgeheim gebeuren meestal niet uit kwaadwiligheid. Het zijn veeleer handelingen die binnensluipen vanuit onwetendheid, naïviteit of slordigheid. Soms zijn het situaties waarin de hulpverlener – bewust of onbewust – bezwijkt onder de last van zoveel geheimen te dragen. Therapeuten zijn ook maar mensen die hun opwindings over het sensationele niet altijd kunnen containen of die het vele leed dat bij hen uitgestort wordt niet meer kunnen verteren. Bovendien is het risico nooit ver weg dat eigen belangen, angsten of blinde vlekken meespelen in de wijze van omgaan met het beroepsgeheim. Daarom is het een vorm van professionaliteit om met deze menselijkheid vooraf rekening te houden en ook voor jezelf als hulpverlener een veilige plek te creëren waar je de moeilijkheden omtrent het omgaan met het beroepsgeheim collegiaal kunt delen en overdenken. Het is raadzaam dat je je cliënten bij de aanvang van een professionele relatie op de hoogte brengt dat je met enkele collega’s kunt overleggen, in supervisie gaan, steun zoeken, stoom afblazen, oplossingen bedenken... Het geven van deze informatie hoeft de vertrouwensrelatie niet te ondermijnen. Integendeel, hiermee communiceer je aan de cliënt dat je deze beroepsuitoefening ernstig neemt en jezelf niet almachtig waant. Bij dilemma’s en moeilijke keuzes is er ook meer kans op een creatieve oplossing als meerdere personen met een eigen competentie deelnemen aan het overleg. Als cliënten vooraf niet kunnen/willen toestemmen met deze vorm van gedeeld beroepsgeheim, houdt dat een belangrijke waarschuwing in dat er wel eens ernstige struikelblokken zouden kunnen zijn waarbij de zwaarte van de beloofde zwijgplicht onhoudbaar wordt.

Het zou bovendien een automatisme voor hulpverleners kunnen zijn om altijd geanonimiseerd en sober te spreken over hun beroepservaringen, zodat

cliënten de garantie hebben dat ook bij gedeeld beroepsgeheim de verhalen niet opgesmukt worden met nodeloze details of in een roddelsfeer belanden. Een laatste vuistregel die in veel omstandigheden geldt, kan ook hier helpen: zou de cliënt zich voldoende gerespecteerd voelen wanneer hij achter de coulissen kon meeluisteren wanneer je ervaringen uit de vertrouwensrelatie deelt met anderen?

## **Eerbied voor morele waarden – zelfbeschikkingsrecht van de cliënt**

Beroepscodes benadrukken de plicht tot ‘eerbied voor de hele menselijke persoon’. Dat houdt in: eerbiediging van morele waarden; geen discriminatie; geen wijzigingen aanbrengen in de waarden van de cliënt, tenzij de cliënt dat uitdrukkelijk wenst; geen manipulatie van het lijden of de problemen van de cliënt. Sommige codes voegen daaraan toe: niet verder doordringen in het privé-leven van cliënten dan noodzakelijk is voor het doel van het beroepsmatig handelen; eenieder dezelfde kansen geven ondanks verschillen; binnen eventuele beperkingen van de cliënt de zelfbeschikking van de cliënt zoveel mogelijk tot haar recht laten komen. Op die wijze verleent men cliënten het recht om volgens hun eigen overtuiging te leven.

### **Waarden en hulpverlening**

Zelfbeschikkingsrecht is een bijzonder waardegevoelig thema. Waarden geven aan wat van belang is voor mensen, regels schrijven voor wat men in concrete situaties moet doen en laten om een specifieke waarde te realiseren (Graste, 2000). Het is dan de vraag hoe mensen fundamentele waarden ontwikkelen. Identificatie met waarden vindt plaats door het opbouwen van een praktische vertrouwdheid met een bepaalde manier van leven. Waarden ontwikkelen zich in het dagelijkse leven door het volgen van voorbeelden van anderen. Waarden kunnen veranderen door sociale processen van communicatie en overtuiging (Agich, 1993).

In het werkkethos van therapeuten wordt benadrukt dat persoonlijke waarden niet mogen doorspelen in de beroepsuitoefening, maar de praktijk wijst uit dat dit ideaal niet realistisch is. Elke werkwijze die de hulpverlener aanwendt, is doordrongen van bepaalde waarden. De regels over het geven van informatie aan cliënten zijn bijvoorbeeld een middel om de waarde ‘autonomie’ te realiseren; wanneer een verblijfsafdeling beslist dat de bewoners gezamenlijk de maaltijden gebruiken, is dat ingegeven vanuit de waarde ‘verbondenheid’; diverse regels betreffende het professionele kader geven struc-

tuur aan de waarde ‘veiligheid’. De meeste professionele waarden functioneren impliciet en worden zelden verduidelijkt aan de cliënt.

Diverse studies wijzen erop dat cliënten in een positieve werkalliantie meer en meer de waarden van de therapeut overnemen (Kelly & Strupp, 1992). Ook als de waarden niet geëxpliciteerd worden, ervaren cliënten de waardering van de hulpverlener en stemmen ze zich daarop af. Goed- of afkeuring wordt immers op een subtiele wijze gecommuniceerd en stilzwijgendheid wordt als instemming geïnterpreteerd. Het feit dat hulpverleners voortdurend impliciete waardekeuzes maken, is niet verkeerd. Het ethische aspect veronderstelt veeleer de bereidheid tot kritische reflectie en het besef van relativiteit van persoonlijke voorkeuren. Vandaar dat in de beroepsethiek de klemtoon verschoven is naar de vraag: hoe met waarden om te gaan op een zodanige wijze dat machtsmisbruik op cliënten voorkomen en hun keuzevrijheid gehonoreerd wordt?

Ethisch pluralisme heeft samen met de norm van waarde vrije wetenschap in de hand gewerkt dat er minder consensus is over na te streven waarden. De verscheidenheid van waarden komt tot uiting in een Amerikaans onderzoek dat bij klinisch psychologen, maatschappelijk werkenden, psychiaters en relatie- en gezinstherapeuten peilde naar het belang dat zij aan bepaalde waarden hechten en in welke mate zij die waarden bij hun cliënten bevorderen (Bergin, 1991). Factoranalyse resulteert in een cluster ‘geestelijke gezondheid’ en een cluster ‘traditionele moraliteit’. Bij de verschillende beroepsbeoefenaars is er een grote overeenkomst betreffende de waarden behorende tot het cluster ‘geestelijke gezondheid’. In volgorde van belangrijkheid gaat het om deze waarden: bekwaamheid om gevoelens gewaar te worden en uit te drukken; vrijheid, autonomie, verantwoordelijkheid; werksatisfactie en stresscoping; zelfbewustzijn en ontwikkeling; verbondenheid en interpersoonlijk engagement; zelfbehoud en fysieke gezondheid; levensdoel en gerichtheid op idealen; vergevingsgezindheid. Omwille van de eenduidigheid van deze waarden worden ze ‘universeel’ genoemd. Minder eensgezindheid is er betreffende het cluster ‘traditionele moraliteit’, waaronder seksualiteit en spiritualiteit/religiositeit vallen. Bij deze thema’s hebben de professionelen sterk uiteenlopende meningen over het belang dat deze waarden hebben in hun beroepsuitoefening. Uit het onderzoek blijkt verder dat professionelen globaal genomen op het vlak van waarden sterk verschillen van de gemiddelde burger. Ze hechten meer belang aan autonomie, uiting van gevoelens en persoonlijke groei, ze zijn permissiever inzake seksualiteit, ze kennen minder autoriteit toe aan gezagsdragers en ze geloven minder in het bestaan van God. Dat blijkt bijvoorbeeld bij het item ‘Mijn hele levensbenadering is gebaseerd op mijn religie’, waar de percentages positieve antwoorden voor de verschillende professionelen de volgende zijn: 62% voor relatie- en gezinstherapeuten, 46% voor sociaal werkenden, 39% voor psychiaters, 33% voor klinisch psychologen. Daarnaast staat dat 72% van de gewone bevolking bevestigend antwoordt op dat item. Dit onderzoek wijst in dezelfde richting als

de waarschuwing dat in psychotherapiekringen de oude kerkelijke moraal in zekere zin vervangen is door een nieuw soort, sterk psychologisch bepaalde moraal (Stroeken, 1995). Hierin staan waarden als authenticiteit, eerlijkheid en autonomie hoog genoteerd; verder zijn therapeuten terughoudend om te moraliseren, maar ze pathologiseren des te liever, vooral als het om religieuze overtuigingen gaat.

### Transparantie over waarden?

Omwille van de waardegeladenheid van hulpverlenende tussenkomsten gaan er recent meer stemmen op die pleiten voor het expliciet verduidelijken van persoonlijke waarden van de therapeut (Abeles & Barlev, 1999; Corey, Schneider-Corey & Callanan, 1998; Hawkins & Bullock, 1995; Morrow, 2000; Tjeltveit, 1986; Yarhouse, 1998, 1999). Zeker betreffende seksualiteit, religie, politiek en beëindiging van leven vindt men dat de cliënt het recht heeft om te weten hoe de hulpverlener zich daarmee verhoudt. Deze moreel gevoelige thema's roepen immers meer controverse op dan de waarden die men – althans in de westerse cultuur – verbindt met geestelijke gezondheid. Ook kan een eenzijdige expliciete aandacht voor waarden die hulpverleners valoriseren, bij cliënten de indruk wekken dat andere waarden er minder toe doen in iemands leven, of geen onderwerp van het therapeutische gesprek kunnen zijn. De traditionele morele waarden gaan bovendien gepaard met extremere gevoelsladingen, waardoor het besef van overeenkomsten of verschillen tussen hulpverlener en cliënt relevanter zijn. Het onderstaande voorbeeld toont de problematiek.

Een moeder van een 15-jarig meisje dient klacht in omdat volgens de moeder haar dochter door de therapeut beïnvloed werd om naar buiten te treden met haar 'lesbische identiteit'. De moeder acht het helemaal niet zo zeker dat er al voldoende duidelijkheid was over de identiteit van haar dochter. Bovendien heeft zij van vrienden vernomen dat de therapeut zelf lesbisch is. Zij is ervan overtuigd dat het proces van haar dochter een andere wending genomen zou hebben bij een therapeut met een andere seksuele oriëntatie. Indien zij de informatie bij aanvang gehad zou hebben, zou zij zeker een andere therapeut gewenst hebben voor haar dochter. Zij is verontwaardigd dat de beroepscode geen verplichting oplegt aan therapeuten om een dergelijke persoonlijke oriëntatie kenbaar te maken.

Besluiten dat het dan beter zou zijn dat hulpverleners transparant zijn over hun persoonlijke waarden, houdt toch onvoldoende rekening met de complexiteit. Als informatieplicht zou inhouden dat de therapeut telkens openlijk moet communiceren over zijn persoonlijke positie betreffende diverse waarden, zou dat leiden tot omslachtige, vaak overbodige, soms zelfs belastende

uitleg aan de cliënt. Wel mag verwacht worden dat de hulpverlener altijd waakzaam blijft rond waardegeladen thema's. Als blijkt dat traditionele morele waarden in het spel zijn – expliciet omdat de cliënt ze aanbrengt als thema, of impliciet omdat de problemen er mogelijks naar verwijzen – dan is het noodzakelijk dat de hulpverlener zich afvraagt wat die thema's oproepen in zijn persoonlijk leven en op welke wijze hij vermoedt dat er een interferentie kan plaatsvinden. Indien die waardelading sterk aanwezig is bij de cliënt of de therapeut, is het verdedigbaar dat de cliënt recht heeft op informatie betreffende de verhoudingswijze van de therapeut tot dat thema. Het kan volstaan dat de therapeut dit sober, zonder veel persoonlijke details aangeeft.

Transparantie over waarden is echter op zich een holle slogan indien er geen draagvlak van deskundigheid is. Die deskundigheid houdt in: grondige zelfkennis, besef van overdracht en tegenoverdracht, afstand en nabijheid goed hanteren, bewust zijn van eigen grenzen, empathie en gespreksvaardigheid inzake constructief feedback geven. Deskundigheid impliceert ook kennis van een breed spectrum van waarden. In een multiculturele samenleving betekent het dat de hulpverlener erkent dat de cliënt een ander waardesysteem kan hebben dan het vertrouwde westerse denken (Sue, Ivey & Pederesen, 1996). Het besef van eigen beperkingen in het werken met cliënten die een totaal ander waardesysteem hebben, is vaak al een goed vertrekpunt in de hulpverlening.

Doorverwijzing omwille van waarden kan nodig zijn indien de hulpverlener helemaal niet vertrouwd is met bepaalde waarden en deze belangrijk zijn in de thematiek van de cliënt; wanneer de hulpverlener sterk onbehagen ervaart bij de waarden die de cliënt aanhangt; maar ook indien de hulpverlener de neiging heeft om de cliënt te 'bekeren'. Doorverwijzing is een uitdrukking van respect indien de therapeut een alternatief voorstelt waarbij meer deskundigheid betreffende de specifieke problematiek van de cliënt gegarandeerd is.

Of het wenselijk is dat de cliënt terechtkomt bij 'gelijkgestemden', is geen evidentie. Als de cliënt dat uitdrukkelijk vraagt, kan men dat als een te respecteren wens behandelen en er in de mate van het mogelijke aan tegemoetkomen. In de praktijk is een dergelijke 'matching' niet altijd te realiseren en het is ook geen voorwaarde voor een kwaliteitsvolle begeleiding. Similariteit kan ook complicaties in het therapeutische proces veroorzaken (Zeiger & Lewis, 1998). Voldoende is dat de hulpverlener in kwestie niet in die mate vasthoudt aan het eigen waardesysteem dat andere invullingen aversie oproepen of onbegrijpelijk zijn. Positiever geformuleerd: men zou mogen verwachten dat een beroepsbeoefenaar respect heeft voor de kwetsbaarheid van de positie van de cliënt en moeite doet om vertrouwd te raken met andere waardesystemen dan het zijne. Een voorbeeld (Van de Veire, 2003) kan dat illustreren.

Een kloosterlinge bespreekt tijdens haar therapie haar worsteling met de regels van gehoorzaamheid die in het klooster gelden. De therapeut beseft hoe de cliënt vastzit in een infantiele relatie met haar overste op wie zij onvervulde kinderlijke verlangens projecteert en hoe zij systematisch haar volwassen verantwoordelijkheid ontloopt. Uiteraard zijn die thema's onderwerp van exploratie in de therapie. Daarnaast brengt de therapeut respect op voor de spirituele dimensie van de worsteling in de religieuze context van de cliënt, door voeling te houden met de spirituele waarde van gehoorzaamheid, die tot andere keuzes en beslissingen leidt dan wanneer de cliënt zich zou laten leiden door waarden als autonomie en zelfontplooiing. De therapeut stelt zich onbevooroordeeld open om de religieuze thema's op hun psychologische betekenis te onderzoeken, maar geeft tevens haar beperkingen aan wanneer de cliënt vragen stelt naar de religieuze betekenis van de kloosterregels.

Voor het respectvol omgaan met morele waarden van de cliënt is een 'aanpassing' van de behandeling aan het waarde kader van de cliënt in feite belangrijker dan het al dan niet transparant zijn over de persoonlijke waarden. Zo kan bijvoorbeeld een niet-religieuze therapeut evenzeer religieuze begrippen van de cliënt overnemen of religieuze metaforen gebruiken die voor de cliënt betekenisvol zijn (Van de Veire, 2003). Maar er zijn grenzen aan dat aanpassingsvermogen. Wanneer bijvoorbeeld de religieuze cliënt vraagt om binnen de therapie samen te bidden, botst dat wellicht met de authenticiteit van de niet-religieuze therapeut.

### **Botsende waarden in de praktijk**

Het is hoe dan ook niet de taak van de therapeut om een specifieke weg aan te bieden voor de vervulling van menselijke behoeften. Maar in de praktijk zal het soms een dunne lijn zijn waarlangs de hulpverlener enerzijds respectvol omgaat met persoonlijke invullingen van belangrijke intieme drijfveren en anderzijds de verantwoordelijkheid neemt om problematisch gedrag – al of niet op vraag van de cliënt – bij te sturen. Ook al beschikt men niet over de wetenschap om de 'juiste waarden' te bepalen, dat ontslaat de hulpverlener niet van de taak om zo goed mogelijk om te gaan met morele conflicten die onvermijdelijk zijn in dit beroep (Kendler, 1999).

In onze enquête naar ethische dilemma's (Leijssen & Deschrijver, 2001) gaf 19% van de respondenten in Vlaanderen anno 2000 te kennen dat ze problemen hadden naar aanleiding van het zelfbeschikkingsrecht van cliënten. Een toenemende mondigheid van cliënten impliceert ook dat ze meer op hun rechten staan. De dilemma's bestaan erin dat de wens van de cliënt ingaat tegen wat de hulpverlener in eer en geweten kan steunen. De problemen weerspiegelen eveneens maatschappelijk gevoelige thema's in het begin van



de 21ste eeuw: levensbeëindiging, racisme, gevolgen van verslaving. Enkele voorbeelden om dat te illustreren.

“Patiënt uit na ernstig hersentrauma reeds twee jaar de wens om hem te laten sterven. Patiënt kan omwille van verlamming geen zelfdoding uitvoeren. Familieleden willen de doodswens laten voltrekken.”

“Een ernstig depressieve patiënte, geplaatst door het gerecht, begint op de afdeling een relatie met een patiënt met alcoholproblemen die veroordeeld is wegens pedofilie. Kunnen wij deze patiënte vrij laten in haar beslissing om geen pil te nemen, ondanks intiem lichamelijk contact?”

“Een minderjarig meisje, ongewenst zwanger na een verkrachting, vraagt of ik met haar meega naar de abortuskliniek. In ons team was er onenigheid of we haar beslissingen omtrent abortus moesten steunen of haar alternatieven voorstellen.”

“Minderjarige cliënten die manifest racistische handelingen stellen met een vanzelfsprekendheid waar je koud van wordt, sturen erop aan dat ik als hulpverlener hun kant kies in conflicten met vreemdelingen.”

“Moet de maatschappij geld blijven steken in verslaafdenzorg en het herstellen van problemen als mensen er zelf voor kiezen om zichzelf te vernielen?”

Het feit dat deze waardeconflicten niet gerapporteerd werden in vroeger buitenlands onderzoek, kan erop wijzen dat bepaalde thema's niet zo actueel waren in de praktijk van de hulpverleners op de tijdstippen van die eerdere enquêtes. Bovendien bevorderen maatschappelijke discussies de bespreekbaarheid van thema's in de gezondheidszorg en kunnen ze zelfs leiden tot een paradigmawisseling. Zo zijn bijvoorbeeld de opvattingen over de toelaatbaarheid van levensbeëindiging in de laatste decennia ingrijpend veranderd; momenteel is in België en Nederland euthanasie onder strikte voorwaarden toegestaan, maar in de USA is dat alsnog verboden. Ook laat de recente wetgeving inzake euthanasie ruimte voor het bieden van hulp bij zelfdoding, terwijl dit eind vorige eeuw nog tot het beruchte 'Chabot-arrest' leidde. De Nederlandse arts Chabot werd veroordeeld omdat hij in 1991 middelen ter beschikking stelde aan een vrouw die een beroep op hem deed na een eerdere mislukte suicidepoging (Berghmans, 2000).

### **Zelfbeschikking en levensbeëindiging**

De keuze om zelf een einde te maken aan het leven kan nooit losgekoppeld worden van iemands persoonlijk ethisch waardesysteem en een specifieke socioculturele context met bepaalde waarden en zingevingssystemen. In de

overheersende ethische traditie is er een verbod op zelfdoding, zoals dat expliciet terug te vinden is in het standpunt van het kerkelijke leergezag (Liégeois, 1997). Zelfdoding wordt als intrinsiek slecht beschouwd omdat het ingaat tegen de waarde van het leven en het verbod van de natuurwet om te doden. Sommige mensen zullen vanuit een religieuze overtuiging vinden dat alleen God beschikt over het leven, en dat de mens dus niet het recht heeft te beslissen wanneer iemands leven mag eindigen. Wie niet weerhouden wordt door religieuze motieven, zal zich vrijer voelen om zelf te beslissen over het einde van het leven.

Een beroemd voorbeeld: Sigmund Freud, die anti-religieus was, is geen natuurlijke dood gestorven. Freud leed aan kanker en toen het zover gekomen was dat zelfs zijn hond niet meer bij hem wou zijn omdat de ver gevorderde keelkanker een ondraaglijke stank verspreidde, heeft hij – in samenspraak met zijn dochter Anna Freud – zich door een bevriende arts een dodelijke inspuiting laten toedienen.

Naast het persoonlijke waardesysteem is er ook de vraag naar de keuzebekwaamheid van de persoon. De autonomie van normale mensen kan tijdelijk verminderd zijn door emotionele spanningen. Respect voor de autonomie van de cliënt veronderstelt keuzebekwaamheid bij de cliënt. Bovendien wordt het vermogen tot redeneren en zelfreflectie ernstig aangetast bij cliënten onder invloed van alcohol, drugs, medicatie. Bij 'keuze' voor levensbeëindiging is het de vraag van hoeveel autonomie er sprake is. In het algemeen vertrekt de gezondheidszorg van het principe dat doodswensen uitingen zijn van een problematiek en dat medemensen de cliënt dienen te beschermen in deze crisissituatie. Men gaat ervan uit dat het bewustzijn en de beslissingsmogelijkheden van de cliënt vernauwd zijn in zo'n fase en dat men juist respectvol is door tijdelijk de verantwoordelijkheid en het beslissingsrecht van de cliënt over te nemen.

In de psychologie en de psychiatrie zijn er standpunten waarbij men het recht op levensbeëindiging en zelfdoding erkent. Szasz, een boegbeeld van de antipsychiatrie, verdedigt dat de cliënt zelf de verantwoordelijkheid mag nemen om te beslissen of hij al dan niet verder wil leven. Dat wordt niet lichtzinnig opgenomen: men bespreekt grondig met de cliënt van waaruit de cliënt oordeelt dat de dood de beste oplossing is en men zal alternatieven aanreiken. Maar indien de cliënt desondanks tot het besluit komt dat het voor hem de enige uitweg is, zal men hem daarin niet tegenhouden. Het dilemma van de hulpverlener betreft de waarde van de onschendbaarheid van het leven versus de waarde van autonomie als keuzevrijheid van de cliënt. Indien een cliënt volkomen keuzebekwaam is, kan hij de voor- en nadelen van zijn keuze op een redelijke wijze afwegen. Men spreekt dan van 'balans-zelfdoding': de cliënt heeft de balans opgemaakt van zijn leven en is na rijp

beraad tot de conclusie gekomen dat er meer pleit voor de dood dan voor het leven. Dat is anders bij een zelfdoding uit radeloosheid: de cliënt is overspoeld en onderneemt de zelfdoding op een moment van radeloosheid. Deze radeloosheid kan getekend zijn door een psychische problematiek, waarbij de cliënt geen redelijk afgewogen keuze kan maken.

Wanneer autonomie van het individu vooropstaat als waarde, wordt het zelfbeschikkingsrecht vooral geïnterpreteerd vanuit een *negatieve* invulling van vrijheid als ‘geen inmenging’ van anderen. Dat leidt tot andere beslissingen dan wanneer men vertrekt van waarden als intersubjectiviteit, verbondenheid en verantwoordelijkheid, die in de communicatieve ethiek en de zorgethiek meer gewicht krijgen (Widdershoven & Berghmans, 2000). In deze laatste benaderingen zal men opteren voor een intense dialoog met alle betrokkenen en een bewustmaking van de – vaak onbesepte – beïnvloeding die mensen ondergaan hebben, waardoor ze soms te weinig voeling hebben met hoe ze werkelijk in het leven willen staan en hoe ze van betekenis kunnen zijn. Men komt zo tot een *positieve* vrijheidsopvatting, waarbij het niet alleen gaat om de vraag of mensen zelf kunnen kiezen, maar ook de aard van de keuze in beschouwing genomen wordt. Geeft de keuze uitdrukking aan wat werkelijk van waarde is voor de persoon? Daarbij worden al de betrokkenen actief gesteund om tot uitdrukking te brengen wat voor hen wezenlijk van belang is.

Een succesvolle zakenman is ervan overtuigd dat onafhankelijkheid belangrijk is en hulpeloosheid alleen bij mislukkingen hoort. Hij heeft zijn hele leven alles goed onder controle gehouden, ook na het auto-ongeluk waarin zijn vrouw vijf jaar eerder onverwacht het leven liet. Nu hij zwaar ziek en gehandicapt is, wil hij niet ‘tot last’ van zijn kinderen zijn, die het druk hebben met hun carrière. Zijn vraag naar euthanasie verrast niemand, want het past bij zijn levenshouding. De hulpverlener betreft de andere familieleden in het gesprek. Het blijkt dat de twee zonen begrip opbrengen voor de ‘keuze’ van hun vader, maar de dochter het er moeilijk mee heeft. Zij heeft voor het eerst in haar leven het gevoel dat ze iets kan doen voor haar vader nu ze hem ‘mag’ verzorgen en hiervoor ook waardering ontvangt in de familie, terwijl zij voordien niet meetelde omdat ze de hoge prestatiegerichte normen van de familie niet waarmaakte. Het ziekteproces van de man wordt geleidelijk een uitdaging voor de verschillende familieleden om hun echte gevoelens te tonen, elkaar beter te leren kennen en hun relaties te verdiepen. De man zelf begint langzaamaan zijn afhankelijkheid en zijn lijden te ervaren als een uitnodiging tot het verkennen van ongebruikte mogelijkheden. Zo ontdekt hij voor het eerst dat hij samen met zijn kleinzoon, die licht mentaal gehandicapt is, een absurde vorm van humor deelt en veel plezier beleeft aan hun contact. De man begint ook te beseffen dat hij juist zo hulpeloos moest worden vooraleer de verhoudingen

in de familie door elkaar geschud konden worden, kwetsuren uit het verleden op tafel mochten komen en hun gangbare waarden in vraag gesteld werden. Op die wijze krijgt zijn lijden een zin en een betekenis in een ruimere context.

### **Zelfbeschikkingsrecht bij minderjarigen**

Wat het zelfbeschikkingsrecht betreft bij minderjarigen, gelden dezelfde principes als bij informatie en geheimhouding. Jongeren worden erkend als zelfstandige en verantwoordelijke personen, die recht hebben op een zo volledig mogelijke zelfrealisatie. In zijn professioneel handelen gaat de therapeut uit van de belangen van de minderjarige, hij laat zich leiden door het gewetensvol in acht nemen van verschillende principes en niet door persoonlijke vooroordelen of sympathieën. Bij afweging van belangen dient het belang van het kind of de jongere zwaarder te wegen dan de belangen van andere instanties of personen. De hulpverlener eerbiedigt de persoonlijke autonomie van de ouders en ieders recht om volgens hun eigen overtuiging te leven. Wanneer het gaat om een conflict tussen de autonomie van de jongere en die van de ouders, bieden gedragsregels geen duidelijk houvast. In de praktijk zal het belang van de jongere zwaarder wegen, maar dat neemt niet weg dat het vaak moeilijk blijft om uit te maken wat werkelijk het belangrijkste is om voorrang te verlenen. De discussies betreffende bijvoorbeeld euthanasie bij kinderen zetten de problematiek in een scherp daglicht.

Een meisje van 14 jaar heeft al drie jaar kanker en is door de artsen palliatief verklaard. Het meisje vindt de pijn vaak ondraaglijk, ze is ernstig gehandicapt en wil in deze staat geen contact meer met vrienden. Ze vraagt herhaaldelijk om zo snel mogelijk 'verlost' te worden van dit leven en een spuitje te krijgen waarmee ze definitief mag inslapen. De ouders willen dat de behandelingen, tegen het advies van de artsen in, doorgaan. Ze zijn volledig in paniek bij de gedachte dat hun kind binnenkort kan sterven. De psycholoog probeert met de ouders te werken aan de acceptatie van het feit dat hun kind niet meer kan genezen, maar de ouders blijven aandringen op nieuwe operaties. Het meisje smeekt de psycholoog om haar ouders ervan te overtuigen om geen verdere behandelingen te proberen en haar in alle rust te laten sterven.

Het conflict stelt zich eveneens als minderjarigen (al of niet gewenst) zwanger zijn. Juridisch is vastgelegd dat de verantwoordelijkheid bij een zwangerschap ligt bij de zwangere zelf; ook als die minderjarig is, heeft die zelf het recht om te beslissen wat ze met de zwangerschap doet (Verstraeten, 2001). Voor hulpverleners is het belangrijk goed te beseffen dat de eigen normen en waarden grondig kunnen verschillen van die van de minderjarigen of van

hun ouders. Een aantal situaties kunnen het verstrekken van objectieve informatie nog extra bemoeilijken: als de hulpverlener bijvoorbeeld zelf zwanger is, misschien geen kinderen kan krijgen, tegen abortus is, sterke religieuze overtuigingen heeft, enzovoort. Om niet de eigen inzichten op te dringen en ook geen voorbarige keuzes te laten maken, is het noodzakelijk eerst onbevooroordeeld naar het hele verhaal van de jongere te luisteren, en daarbij zorgvuldig na te gaan waar de jongere en haar omgeving (eventueel ook de vader van het ongeboren kind) echt waarde aan hecht(en) en waarom zij bepaalde keuzes zou(den) maken (Rijmen, 2000). Therapeuten moeten zich echter realiseren dat geen enkele tussenkomst – informeren, verwijzen, helpen kiezen – waarde vrij is. Waarden aanreiken kan, de eigen mening opdringen kan niet (Graindourze, 2001).

### **Respect voor morele waarden en discriminatie**

Discriminatie verwijst naar vooroordelen op basis van leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, afkomst, huidskleur, nationale of etnische afstamming, ziekteverleden, religie, politieke overtuiging.<sup>10</sup> Toenemende alertheid voor discriminatie heeft doorheen de jaren vooral de aard van de discriminatie veranderd: het gebeurt subtieler en minder aanwijsbaar. Uit een meta-analyse van onderzoeken tussen 1989 en 1999 blijkt bijvoorbeeld bij sollicitaties dat men niet zozeer discriminerend optreedt bij zeer goede of zeer slechte sollicitanten, maar wel als men twijfelt aan de kwaliteiten van de sollicitant. Zo worden blanke mensen positiever ingeschat dan zwarte (Dovidio & Gaertner, 2000), of als er minder relevante informatie is over een job, dan discrimineren selecteurs vrouwen meer tegenover mannen (Davison & Burke, 2000). Bij discriminatie baseert men zich op bepaalde eigenschappen van een persoon – vaak stereotypen – terwijl die eigenschappen in wezen niets met de functie te maken hebben. Omdat dit echter meestal onbewust gebeurt, is het uitermate moeilijk om het fenomeen uit de wereld te helpen. In een ander onderzoek werd vastgesteld dat discriminatie nog op een ander niveau te situeren is. Wanneer psychologen enkele weken na een selectiegesprek gevraagd werd om zoveel mogelijk van het gesprek te reproduceren, herinnerden de psychologen zich veel meer negatieve elementen van zwarte kandidaten dan van blanke (Frazer & Wiersma, 2001). Dit selectieve geheugenspoor komt wellicht tot stand door het onbewuste gebruik van cognitieve schema's waarin negatieve attitudes en vooroordelen doorwegen bij de verwerking en interpretatie van complexe informatie. Bij latere promotie- en evaluatiemomenten kunnen dergelijke selectieve geheugensporen in het nadeel spelen van bepaalde men-

10. Juridisch wordt bijvoorbeeld in België in artikel 2bis van de CAO nr. 38 geregeld dat werkgevers sollicitanten niet op discriminerende wijze mogen behandelen.

sen, terwijl de psychologen zich niet bewust zijn van deze subtiele manier van discrimineren. Onbewuste vormen van discriminatie zijn alleen te bestrijden door een grondige zelfobservatie en zelfkennis en een collectieve waakzaamheid om een ethisch ideaal uit te voeren.

### **De hulpverlener in een organisatie**

In een organisatie is er een spanningsveld omdat de waarden en de belangen van de organisatie niet altijd overeenstemmen met de waarden en de belangen van het individu. De hulpverlener kan dan gevangen raken tussen de eisen van de organisatie en zijn zorg voor de individuele cliënt. Het is belangrijk vooruitziend te zijn betreffende probleemsituaties, door bijvoorbeeld vooraf met de organisatie te bespreken wat de verwachtingen zijn, welke informatie relevant is in de context van de organisatie en welke informatie onnodig indringend is in de privé-sfeer. Ook kan de therapeut de organisatie wijzen op discriminerende factoren op grond van godsdienst, ras, geslacht, politieke overtuiging of sociale stand.<sup>11</sup> Toch zou het evenzeer niet ethisch verantwoord zijn dat men bij het nemen van beslissingen uitsluitend de autonomie van de cliënt vooropstelt. Een hulpverlener in een organisatie heeft ook verantwoordelijkheid voor het grotere geheel. Een casus (Bauduin, 2000) kan illustreren hoe de hulpverlener in de context van een organisatie respect voor het zelfbeschikkingsrecht van diverse betrokkenen kan uitdrukken.

De cliënt, een 14-jarige jongen, verblijft in een gezinsvervangend tehuis, waar hij op een avond na een heftig conflict met de leiding de boel kort en klein geslagen heeft. De groepsleiding wil dat de hulpverlener de jongen overhaalt voor een overplaatsing, vanwege de onrust die hij veroorzaakt en het risico van suïcidaliteit. De hulpverlener verkiest om eerst met de jongen te praten, die zich inmiddels gebarricadeerd heeft in zijn kamer. Door de gesloten deur heen zegt de hulpverlener dat hij gekomen is om de problemen op te lossen. Na enige tijd laat de duidelijk geagiteerde jongen hem binnen in de kamer, die een puinhoop is. De hulpverlener biedt de jongen eerst de gelegenheid te vertellen wat er gebeurd is. De jongen bleek een dubbele afspraak te hebben zowel met zijn voogd als met zijn moeder. Toen hij zijn moeder opbelde om de afspraak te verplaatsen, reageerde zij met "dan barst je maar!" en gooide zij de hoorn neer. De jongen raakte in paniek en vroeg de groepsleiding geld om opnieuw te bellen naar zijn moeder. Hij kreeg geen geld, waarop hij agressief geworden is. Hij vertelt

11. Een 'tendensbedrijf' heeft het recht om zijn werknemers te vragen naar hun waarden als die relevant zijn voor de functie. Zo mag een instelling die zich bijvoorbeeld als 'katholiek' afficheert, in principe eisen dat haar werknemers tot dezelfde denkrichting behoren.

ook over de vroegere thuissituatie, zijn vele overplaatsingen en zijn verlangen om in dit tehuis te blijven. Tijdens het gesprek, waarin de hulpverlener aansluit bij de beleving van de cliënt en hem tijd geeft om zijn gevoelens te uiten, wordt de jongen minder geladen. De hulpverlener oordeelt dat de jongen niet suïcidaal is. Hij ziet geen redenen voor overplaatsing. Hij stelt voor dat de cliënt medicatie neemt zodat er voor iedereen meer kans op een rustige nacht is en dat de cliënt de volgende dag de boel zal opruimen. De groepsleiding verzet zich eerst tegen het voorstel, maar nadat er afspraken zijn gemaakt met een psychiater van wacht en er ook extra steun en zorg aan de veiligheid van de huisgenoten besteed is, accepteren ze het. De hulpverlener maakt de afspraak dat hij de volgende dag terugkomt om de situatie verder te evalueren.

Belangrijk is dat de hulpverlener in de context van een organisatie niet naïef is, wat wil zeggen: enerzijds oog hebben voor de belangen van de organisatie, maar anderzijds ook onderhandelen om zoveel mogelijk respectvol te blijven voor de autonomie van de individuen, zodat de waardigheid van al de betrokkenen gevrijwaard wordt.

### **Tot besluit**

De meeste hulpverleners zullen zeggen dat ze respect opbrengen voor de morele waarden van hun cliënten. Maar in werkelijkheid behoort het tot de idealen die het moeilijkst in de praktijk te brengen zijn en die zich het minst laten vatten in concrete gedragsregels, of waar de regels op een subtiele wijze of zonder het te beseffen, omzeild worden. Het ‘werkt’ ook niet wanneer een hulpverlener een cliënt moet bijstaan in iets dat totaal indruist tegen zijn eigen waarden. Therapeuten zijn wel getraind om hun waardeoordeel opzij te zetten, en naarmate iemand professioneler wordt en meer ervaring opdoet, wordt het opschorten van eigen meningen meer en meer een natuurlijke reflex. Maar toch zijn er grenzen aan de ‘ruimdenkendheid’ van hulpverleners. Een ethische beroepsuitoefening hoeft ook niet te betekenen dat eigen overtuigingen niet mogen meespelen. Respect voor het zelfbeschikingsrecht van de cliënt houdt in dat de therapeut zijn eigen persoonlijke waarden onderkent, er de relativiteit van inziet, en ze niet ‘binnensmokkelt’ of opdringt aan de cliënten. De vraag is veeleer hoe eerlijk de hulpverlener omgaat met de invloed die hij altijd heeft. Beseft hijzelf welke waarden hij verpersoonlijkt? Legt hij zijn kaarten open op tafel? Geeft hij toe wanneer hij op zijn beperkingen stuit? Verheldert hij ook wanneer en waarom hij bepaalde keuzes maakt? Op die wijze krijgt de cliënt de keuzemogelijkheid om zich duidelijk te kunnen verhouden met de invloed die de hulpverlener altijd op een of andere wijze uitoefent.

Respect voor de autonomie van de cliënt hoeft niet te betekenen dat het accent moet liggen op ‘non-interventie’, zoals de liberale vrijheidsopvatting suggereert. Bij een positief vrijheidsbegrip is de rol van de hulpverlener niet beperkt tot ‘informatieverstrekker’; hier kiest de hulpverlener om in alle openheid de dialoog aan te gaan, waarden expliciet te maken en eventueel ter discussie te stellen vanuit de ruimere context waarvan de cliënt deel uitmaakt.

Zelfbeschikking is in de westerse samenleving gecultiveerd als een bijzonder na te streven goed. Daarbij wordt vaak weinig rekening gehouden met de existentiële gegevenheid dat er zoveel is waarover de mens niet beschikt. Naarmate de zelfbeschikking meer opgehemeld wordt, heeft de mens het moeilijker om te leven met situaties die ontsnappen aan zijn controle. De stressreactie op het verlies van controle is een primitief overblijfsel van de evolutie, waarin de lagere in hiërarchie zich moet schikken naar de wil van de sterkste (Klein, 2003). Daar staat tegenover dat het kunnen uitoefenen van macht bijdraagt tot gezondheid. Een betrekkelijk kleine toename van zelfbeschikking (bijvoorbeeld: als senioren in het bejaardenhuis zelf het menu mogen kiezen) maakt mensen al gelukkiger en verlengt hun leven. Op die manier is het zelfbeschikkingsrecht niet alleen aan de orde bij zwaarwichtige waardegeladen thema’s. In de dagelijkse kleine dingen toont de hulpverlener respect door niet in de plaats van de cliënt keuzes te maken als de cliënt die net zo goed zelf kan maken.

Hulpverleners zouden misschien minder dilemma’s ervaren als het zelfbeschikkingsrecht minder vanuit het standpunt van ‘vrijheid’ geëvalueerd zou worden, maar meer naar de maatstaf van respect voor menselijke ‘waardigheid’. Vooral voor de meest afhankelijke en kwetsbare cliënten is het vaak een illusie om hun ‘keuzemogelijkheden’ te beklemtonen, als die in feite door hun existentiële conditie zeer ingeperkt zijn en soms ook indruisen tegen de menselijke waardigheid. Hier kan het handelen van de hulpverlener respect voor zelfbeschikking uitdrukken door te accentueren dat de cliënt het verdient om in zijn waardigheid hersteld te worden. Als dat is door zoveel mogelijk de keuzes van de cliënt te honoreren, des te beter. Maar dat kan evenzeer betekenen dat er ingegaan wordt tegen keuzes van de cliënt wanneer de cliënt daarmee zijn eigen waardigheid ondermijnt. Het is dan niet vanuit ‘macht’ dat de hulpverlener zich eventueel ‘tegenover’ de cliënt opstelt, maar vanuit de ‘zorg’ om de kwetsbare cliënt zijn waardigheid te laten hervinden ondanks een beperkte vrijheid. De essentie van alle vuistregels zou dan kunnen zijn: de menselijke waardigheid zoveel mogelijk honoreren, zeker bij cliënten die reeds in een afhankelijke en kwetsbare positie verkeren.

Ten slotte kan respect in de omgang met cliënten nooit los gezien worden van de andere principes die in de volgende hoofdstukken uitgewerkt worden.



te geven; verantwoordelijkheid is vereist om zorgvuldig te reageren bij conflicten; deskundigheid is onmisbaar om een juiste inschatting te maken van mogelijke verwickelingen.