

---

# Geïntegreerd werken: afstemmen, zwijgen, delen

Spanningsveld tussen beroepsgeheim en communicatie over spiritualiteit, zingeving of levensbeschouwing

Marieke Ridder reflecteert over het spanningsveld tussen het beroepsgeheim en het delen van informatie op het gebied van spiritualiteit, zingeving of levensbeschouwing in relatie tot geïntegreerd werken als geestelijk verzorger, in het bijzonder in de palliatieve zorg in hospices. Hoe kan een geestelijk verzorger, met inachtneming van het beroepsgeheim, interdisciplinair samenwerken in een setting die vraagt om geïntegreerd werken?

**Marieke Ridder**

**H**ET BEROEPSPROFIEL geestelijke verzorging (VGVZ, 2015) roept vragen op: 'Geestelijk verzorgers werken, met inachtneming van hun beroepsgeheim, interdisciplinair samen met andere collega's.' Dit schetst op bondige wijze het spannings-

veld waarin de geestelijk verzorger zich bevindt. Hoe kan een geestelijk verzorger, met inachtneming van het beroepsgeheim, interdisciplinair samenwerken in een setting die vraagt om geïntegreerd werken? Welke informatie dient vertrouwelijk te blijven, en waarover kan men mededeelzaam zijn in registratie en in het inter- (of multi-)disciplinair overleg (IDO)?

## **Mededeelzaam zijn en geïntegreerd werken**

De mate waarin een geestelijk verzorger geneigd is mededeelzaam te zijn naar collega's van andere disciplines hangt van verschillende factoren af. Mogelijk is het werkveld meebepalend voor de mate waarin geestelijk verzorgers in rapportage en IDO's mededeelzaam zijn over de inhoud van hun begeleidende gesprekken. Hoe onvrijer of bedreigder een patiënt zich voelt, bijvoorbeeld in de psychiatrie of in de krijgsmacht, des te groter de behoefte lijkt aan een geestelijk verzorger die zich als vertrouwenspersoon positioneert en informatie voor zich houdt. De indruk, opgedaan uit gesprekken met collega's, dat geestelijk verzorgers hiernaar ook

handelen en bijvoorbeeld in de psychiatrie terughoudender zijn in het delen van informatie (Vandenhoeck, 2009), verdient nader onderzoek. Zeker is dat algemeen-menselijke factoren een rol spelen.

Uit sociaalpsychologisch onderzoek blijkt dat onder andere de wens gewaardeerd te worden van invloed kan zijn op het delen van een geheim, evenals de neiging om iets te delen wanneer een ander ook vertrouwelijke informatie met jou deelt. De ene mens blijkt meer dan de andere geneigd om zich iets te laten 'ontglippen'. Ook zijn veel mensen geneigd antwoord te geven als er rechtstreeks gevraagd wordt naar iets wat geheim moet blijven (Caughlin & Vangelisti, 2009). Tevens maakt het uit hoe geïntegreerd een geestelijk verzorger wil werken op het gebied van zingeving en levensbeschouwing. Dit hangt samen met de visie van de geestelijk verzorger op geïntegreerd werken: ziet deze zichzelf als vertrouwenspersoon of als hulpverlener?

Het hangt daarnaast af van de organisatie die de geestelijk verzorger een bepaalde plaats toebedeelt. Er kan, volgens Geert van Gerwen, sprake zijn van gedoogintegratie, van organisatorische integratie, van beleidsmatige integratie en van procesintegratie. In het laatste geval wordt het aandachtsgebied van de geestelijk verzorger, zingeving en levensbeschouwing, gezien als een wezenlijk onderdeel van de zorg (Van Gerwen, 1992). In (high-care) hospices waaraan een geestelijk verzorger is verbonden, is vaak sprake van procesintegratie: het thema zingeving en levensbeschouwing wordt van belang gevonden door het team rond de patiënt en is niet voorbehouden aan de geestelijk verzorger alleen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de vaak aangehaalde WHO-visie op palliatieve zorg, die stelt dat psychologische en spirituele aspecten in de palliatieve zorg geïntegreerd benaderd dienen te worden. Artsen en verpleegkundigen in de palliatieve zorg zijn doorgaans ook op de hoogte van de Agora-richtlijn *Spirituele Zorg*, waarin de B en C van Begeleiden en Crisisinterventie aan

de geestelijk verzorger (en soms de psycholoog) toebedeeld zijn en de A van Aandacht geven nadrukkelijk ook voor hen bedoeld is – een richtlijn overigens die dit jaar herzien zal worden ([www.pallialine.nl/spirituele-zorg](http://www.pallialine.nl/spirituele-zorg)).

## De wens gewaardeerd te worden kan van invloed zijn op het delen van een geheim

Het hospiceteam waartoe ik behoor, maakte zich het palliatief redeneren eigen met behulp van de methode *Besluitvorming in de palliatieve fase*, inclusief de toepassingskaart voor spirituele zorg.<sup>1</sup> Veel teamleden zijn inmiddels redelijk bekend met de spanningsvelden uit het *ars moriendi*-model van Carlo Leget (2008). Ook maken wij net als andere hospices sinds enige tijd gebruik van het vierdimensionaal *Utrecht Symptoom Dagboek* met de sociale en spirituele zorgdimensie die mede door geestelijk verzorgers in hospices geformuleerd is (4-D USD). Patiënten worden uitgenodigd tweewekelijks te scoren hoe zij zich op sociaal en spiritueel gebied voelen. Voeg hierbij de nieuwe definitie over gezondheid zoals geformuleerd door Machteld Huber,<sup>2</sup> waar het spiritueel-existentiële één van de zes dimensies is, en het is voor het multidisciplinaire team vanzelfsprekend dat uitwisseling van informatie nodig is. Immers, uitgaande van een holistische zorgopvatting is spirituele zorg een gezamenlijke zorg, niet die van de geestelijk verzorger alleen.

Een gevolg hiervan is dat de geestelijk verzorger niet de enige is die registreert op het gebied van spiritualiteit. In rapportages wordt met enige regelmaat geschreven over gesprekken over zingevingsvragen en geloofsvragen. Een gevolg zowel van de geïntegreerde positie van de geestelijk verzorger als van de vanzelfsprekende plaats van spiritualiteit is, dat het team de geestelijk verzorger uitnodigt om als deskundige me-



## Ziet een geestelijk verzorger zichzelf als vertrouwenspersoon of als hulpverlener?

dedeelzaam te zijn. De geestelijk verzorger wordt gevraagd aan te haken dan wel iets te delen van het eigen begeleidingscontact. Het appel om mededeelzaam te zijn komt voort uit de serieuze wens om de mens als geheel recht te doen, inclusief diens spirituele behoeften. Het team heeft vier motieven voor mededeelzaamheid, door Martin Walton ook genoemd als motieven om te registreren: het belang van de patiënt; aandacht voor spirituele en existentiële zorg; goede zorg en afstemming daarvan; en interdisciplinaire communicatie (Walton noemt daarnaast nog als motieven: professionalisering/onderzoek en een zorgorganisatorisch motief).<sup>3</sup>

Deze situatie van geïntegreerd werken stelt vragen aan de geestelijk verzorger: wat valt onder vertrouwelijkheid? En wat valt onder

mededeelzaamheid, passend binnen interdisciplinaire palliatieve zorg? Wat kan worden opgeschreven? En, even belangrijk: wat kan in een IDO worden gedeeld?

### Juridisch kader

Om de vraag naar de vertrouwelijkheid te beantwoorden is het van belang de geheimhoudingsplicht van de geestelijk verzorger nader te bezien vanuit juridisch oogpunt. De geheimhoudingsplicht van de geestelijk verzorger is niet enkel in het *Beroepsprofiel*, maar ook in de wet verankerd. De geheimhoudingsplicht wordt geregeld in het *Wetboek van Strafrecht* (art. 272 lid 1). Deze wet had aanvankelijk geestelijken, advocaten, artsen en notarissen op het oog die een beroep mochten doen op het verschoningsrecht. Er is enige discussie over de vraag wie er tegenwoordig onder dit wetsartikel vallen, maar in ieder geval zijn het de ambtsdragers onder de geestelijk verzorgers, met alle rechten en plichten en mogelijke strafvervolgning (boete of gevangenisstraf) van dien (Schen derling, 2002; Verhage-Van Kooten, 2002). Een beroepsgeheim mag wettelijk gezien al-

leen doorbroken worden in geval van overmacht. Criteria hiervoor zijn opgenomen in diverse beroepscode's, waaronder die van de VGVZ (2015). Men moet tot het uiterste gaan om toestemming te krijgen; er moet sprake zijn van schade die beperkt of voorkomen kan worden en van gewetensnood bij de doorbreker van het geheim, dat in alle gevallen zo min mogelijk mag worden geschonden. Naast het beroepsgeheim bestaat voor katholieke priesters ook het biechtgeheim dat niet verbroken mag worden. Voorwaarde is wel dat het een formeel biechtgesprek betreft; het gesprek voorafgaand aan de eigenlijke biecht valt bijvoorbeeld onder het gewone beroepsgeheim (Meijers, 2003).

In dit kader moet ook de *Wet Bescherming Persoonsgegevens* genoemd worden. Hier gaat het om de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Persoonsgegevens mogen alleen voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verzameld en mogen alleen met ondubbelzinnige toestemming worden verwerkt (art. 7, 8 en 9). Mag vertrouwelijke informatie gedeeld worden? Het antwoord hierop is dus 'nee, tenzij'. Er is toestemming nodig van de 'informatiedrager' (patiënt, pastorant, client), tenzij er zwaarwegende redenen zijn. In BW 7:457 lid 2 staat dat de arts zijn/haar zwijgplicht mag doorbreken bij hen die via een behandelovereenkomst rechtstreeks betrokken zijn bij de patiënt. Patiënten verlenen hiervoor bij opname stilzwijgend toestemming. In de recentste versie van het *Handboek gezondheidsrecht* wordt in een noot (2.11.1 Geheimhouding, noot 306, en 6.3.2 Samenwerking) bij de interpretatie van dit wetsartikel een uitzondering gemaakt voor 'maatschappelijk werkers, pastores e.d.' voor wie eerst toestemming gevraagd zou moeten worden aan de patiënt. Verhage-Van Kooten stelde eerder dat dit artikel handelde over zorginstellingen met multidisciplinaire zorg. Gezien hun wettelijk beschermde beroepsgeheim kan ik mij voorstellen dat deze veronderstelde instemming ook geldt voor geestelijk verzorgers in dienst van de instelling – zeker in situaties van procesin-

tegratie! – maar duidelijk is dat te allen tijde terughoudendheid in het delen van informatie vereist is (Legemate & Dute, 2014; Verhage-Van Kooten, 2002).

### **Spanningsveld: geheimhouding en privacy versus geïntegreerd werken**

Gevolg van het bovenstaande is dat de geestelijk verzorger zich tussen twee vuren kan voelen. Enerzijds heeft de geestelijk verzorger een wettelijk beschermd, zwaar beroepsgeheim, anderzijds maakt hij of zij in een zorginstelling waar spirituele zorg in hoge mate geïntegreerd is, deel uit van het multi- of interdisciplinaire team (waarvan alle leden een beroepsgeheim hebben), waarbinnen de verwachting bestaat dat relevante informatie gedeeld wordt ten behoeve van het welbevinden van de patiënt.

## Zingeving en levensbeschouwing zijn niet voorbehouden aan de geestelijk verzorger alleen

Het gegeven dat het spirituele domein in sommige zorginstellingen niet langer exclusief het domein van de geestelijk verzorger is, compliceert dit spanningsveld nog. Waar collega's in zorg en behandeling spiritualiteit, zingeving en levensbeschouwing zijn gaan zien als één van de aspecten van menszijn, wat een succes van de scholingsinzet van geestelijk verzorgers is, mogen de laatsten niet dit terrein met een beroep op vertrouwelijkheid door stilzwijgen voor henzelf claimen maar dienen zij zich als deskundige te mengen in het gesprek ten behoeve van het welbevinden van de patiënt. In hospices wordt dit appel dan ook geregeld gedaan.

Naar mijn mening moeten we dus een helder onderscheid maken tussen de geestelijk verzorger als persoon met een beroepsgeheim en de thematiek van de gesprekken die de geestelijk verzorger voert. Zingeving en levensbeschouwing behoeven op zichzelf geen geheimzinnigheid: spiritualiteit

behoort even vanzelfsprekend bij het leven als lichamelijke en psychosociale aspecten dat doen. Uiteraard vraagt het spirituele domein om zorgvuldigheid, want wie spreekt over zingeving, levensbeschouwing en spiritualiteit spreekt altijd over persoonlijke beleving waarin mensen kwetsbaar zijn.

### Zorgvuldigheid in registratie en IDO

Hoe kun je dit spanningsveld hanteren? Of wel: hoe kun je zowel zorgvuldig zijn in het registreren als in het inhoudelijk communiceren over zingeving en levensbeschouwing? Alles mag gedeeld worden wanneer aan twee voorwaarden is voldaan: het moet

## De geestelijk verzorger is niet de enige die registreert over spiritualiteit

in het belang van de patiënt zijn dat over een gesprek over zingeving gecommuniceerd wordt, en de patiënt moet met het delen van informatie instemmen. Voor alle disciplines, en vanwege de vertrouwenspositie zeker voor de geestelijk verzorger, moet gelden dat zij eerst met de patiënt afstemmen wat wordt geregistreerd en wat wordt ingebracht in een IDO. Ik betwijfel, op grond van praktijkervaringen, of dit steeds gebeurt. Wat de geestelijk verzorger betreft: uit de literatuur blijkt dat de professionele afweging vaak aan de geestelijk verzorger wordt overgelaten, wat ertoe leidt dat men soms veel, soms weinig deelt met anderen, en niet altijd na afstemming met en toestemming van de 'informatie-eigenaar' (Vosters, 2006; Peeters, 2006). In het hospice waar ik werk is een praktijk gegroeid waarin vrij veel wordt geregistreerd. Teneinde kritisch te blijven stellen wij onszelf momenteel de controlevraag of we hetzelfde zouden opschrijven als het dossier in de kamer van de patiënt zou liggen in plaats van op het zorgkantoor. Dit gaat over hetgeen opgeschreven wordt; maar een zeker zo belangrijke vraag is wat mondeling wordt besproken, bijvoorbeeld in een IDO. Ook hier kan de kritische vraag

gesteld worden of er anders (terughoudender, summierder?) over een patiënt gesproken zou worden als deze aanwezig zou zijn. Wie weinig registreert maar veel mondeling uitwisselt, schendt de vertrouwelijkheid meer dan wie controleerbaar (te) veel opschrijft. Tegelijkertijd is het de kracht van palliatieve zorg in hospices gebleken, dat er geïntegreerde, interdisciplinaire aandacht is voor de behoeften van de patiënt in alle zorgdomeinen. Hoe zorgen we ervoor dat correcter registreren en mondeling delen niet ten koste gaat van de uitwisseling die van belang is voor zorg voor de patiënt? Toespitst op het aandachtsgebied zingeving en levensbeschouwing: hoe kun je als team aandacht hebben voor zingeving en tegelijkertijd de geheimhouding garanderen en het recht op privacy van de patiënt respecteren?

In de eerste plaats is het belangrijk patiënten uit te leggen dat goede zorg altijd zorg is voor alle aandachtsgebieden en domeinen. Het psychosociale domein en het zingevingsdomein zijn belangrijk voor goede zorg naast de aandacht voor het lichamelijke domein. Patiënten zijn geholpen met de toelichting dat alle domeinen invloed hebben op elkaar en daarom in samenhang gezien moeten worden. Een instrument als het 4D-USD zou kunnen helpen om dit duidelijk te maken.

In de tweede plaats is het van belang er een gewoonte van te maken na afloop van ieder gesprek aan de patiënt de vraag voor te leggen wat waardevol is om te delen met andere disciplines, schriftelijk of mondeling. Zowel het 4D-USD als de methode *Besluitvorming in de palliatieve fase* wijst steeds op het belang van terugkoppeling naar de patiënt, die ook de regie heeft bij het invullen van het USD en het aangeven wat het grootste probleem op dat moment is. Wellicht kunnen deze methoden het voor zowel de professional als voor de patiënt vanzelfsprekender maken dat de vraag naar het al dan niet delen van informatie gesteld wordt. Voor zowel de patiënt als de geestelijk ver-



zorger of andere discipline zal deze vraag, als het goed is, verhelderen wat als functionele, interdisciplinair relevante en wat als inhoudelijke, en dus vertrouwelijke informatie moet worden beschouwd. Anne Vandenhoeck (2009) maakt dit terminologische onderscheid en biedt goede methoden om zorgvuldig te registreren. Zij legt minder accent op de noodzaak tot afstemming hierover met de cliënt, bewoner of patiënt.

In de derde plaats is het zaak zorgvuldig te zijn in de mondelinge uitwisseling. Multidisciplinaire zorg biedt ruimte voor het delen van informatie tussen zorgverleners, maar zorgvuldigheid is van groot belang. Juist in mondelinge overleggen loopt men, zoals sociaalpsychologisch onderzoek liet zien, het risico meer te zeggen dan men aanvankelijk van plan was. Walton, die zich beziggehouden heeft met de vraag onder welke voorwaarden registratie van patiëntencontacten door een geestelijk verzorger

mogelijk en wenselijk is, heeft controlevragen geformuleerd, die mijns inziens juist in deze interdisciplinaire overlegsituaties zinvol zijn: 'Help ik de patiënt hiermee? Zal de patiënt zich erin herkennen? Zal de patiënt zich erkend voelen? Help ik een andere zorgverlener hiermee? Is het helder en concreet voor iedereen? Kan ik het vrijmoedig verantwoord?'<sup>4</sup> Wie deze vragen met 'ja' kan beantwoorden werkt zo zorgvuldig mogelijk.

## Conclusie

Geestelijk verzorgers dienen interdisciplinair informatie te delen en als deskundige te adviseren op het gebied van zingeving en levensbeschouwing, vanwege het belang van het domein zingeving, levensbeschouwing en spiritualiteit binnen de zorg. Met het oog op de geheimhoudingsplicht kan dit enkel onder de voorwaarde dat de geestelijk verzorger met de patiënt afstemt wat er gedeeld mag worden en wat vertrouwelijk moet blijven. In het interdisciplinaire over-

leg dient de geestelijk verzorger zich, overigens net als andere disciplines, controlevragen te stellen teneinde het interdisciplinaire delen van informatie zo zorgvuldig mogelijk te laten plaatsvinden.

### Tot slot: een suggestie voor nader onderzoek

Het spanningsveld tussen geheimhouding en privacy en het belang van geïntegreerd werken vragen mijns inziens om nader empirisch onderzoek dat beter zicht geeft op wat geestelijk verzorgers en andere zorgverleners, schriftelijk en mondeling, communiceren over spiritualiteit, zingeving en levensbeschouwing. Is er wat de geestelijk verzorgers betreft inderdaad verschil waarneembaar tussen de verschillende werkvelden, zoals psychiatrie en krijgsmacht? Procesintegratie leidt tot een aantal nieuwe instrumenten, zoals palliatief redeneren met een toepassingskaart spiritualiteit en het vierdimensionale *Utrecht Symptoom Dagboek*. Onderzoek kan uitwijzen in welke mate hiervan gebruik wordt gemaakt en welke gevolgen de invoering van het 4D-USD heeft voor de aandacht voor spiritualiteit, zingeving en levensbeschouwing. Registraties en IDO-verslagen kunnen hiervoor als materiaal dienen. Enquêtes en interviews kunnen nadere informatie bieden en aan het licht brengen wat mondeling gedeeld wordt, wat binnen de vertrouwelijkheid tussen patiënt en geestelijk verzorger blijft en welke rol sociaalpsychologische factoren hierbij spelen.

Marieke J. Ridder is geestelijk verzorger / pastor van stichting Amstelring-Hoofddorp (hospice Bardo en zorgcentra Bornholm en Eijkenhove) en priester in de oud-katholieke parochie van Amsterdam. E-mail: m.j.ridder@icloud.com.

## Literatuur

- Caughlin, J.P., & Vangelisti, A.L. (2009). Why people conceal or reveal secrets. A multiple goals theory perspective. In T.D. Afifi & W.A. Afifi (red.) *Uncertainty, information management, and disclosure decisions. Theory and applications* (pp. 279-299). New York - London: Taylor & Francis Ltd.
- Gerwen, G. van (1992). Geestelijke verzorging in instellingen voor gezondheidszorg. *Praktische Theologie*, 19, 467-482.
- Legemate, J., & Dute, J.C.J. (red.) (2014). *Handboek gezondheidsrecht*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Leget, C. (2008). *Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Tiel: Lannoo.
- Meijers, A.P.H. (2003). Zwijgen maakt spreken mogelijk. Over geheimhoudingsplicht in het pastoraat. *Praktische Theologie*, 30, 361-376.
- Peeters, J.L.J. (2006). Interdisciplinaire samenwerking. In J. Doolaard (red.). *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp. 675-683). Kampen: Kok.
- Schenderling, J. (2002). *Beroepsethiek voor pastores*. Budel: Damon.
- Vandenhoeck, A. (2009). Op de kaart! Registratie vanuit pastoraal perspectief. *Pastorale Perspectieven*, 3(143), 6-16.
- Verhage-Van Kooten, M. (2002). *Recht door de gemeente. Juridische gids voor het pastoraat*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- VGZ (2015). *Beroepsstandaard geestelijk verzorger*. Amsterdam: VGZ.
- Vosters, L. (2006). Rond de hoeksteen. Over profilering van de geestelijke verzorging. In J. Doolaard (red.) *Nieuw handboek geestelijke verzorging* (pp. 523-527). Kampen: Kok.

## Noten

- 1 Zie bijvoorbeeld: [www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/65/documenten/Presentaties/2011-03-16%20ppt%20pall%20redeneren.pdf](http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/65/documenten/Presentaties/2011-03-16%20ppt%20pall%20redeneren.pdf) (geraadpleegd op 7 januari 2016).
- 2 Presentatie door M. Huber op de VGZ-ledenvergadering 22 juni 2015.
- 3 [www.vgz.nl/userfiles/files/werkvelden/ziekenhuizen/Martin\\_Walton.ppt](http://www.vgz.nl/userfiles/files/werkvelden/ziekenhuizen/Martin_Walton.ppt) (geraadpleegd op 7 januari 2016).
- 4 [www.vgz.nl/userfiles/files/werkvelden/ziekenhuizen/Martin\\_Walton.ppt](http://www.vgz.nl/userfiles/files/werkvelden/ziekenhuizen/Martin_Walton.ppt) (geraadpleegd op 7 januari 2016).