

Brussel, 11 april 2022

Ter attentie van de heer Frank Vandenbroucke,  
Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken.

In kopie:  
- De heer David Clarinval,  
Minister van Middenstand  
- De heer Joris Lagrou;  
Voorzitter van de Psychologencommissie.

Mijnheer de Minister,

Verschillende beroepsverenigingen van klinisch psychologen hebben geprobeerd u te verwittigen, zonder succes. Het interview dat u gaf aan de krant 'Le Soir'<sup>1</sup> baart ons zorgen: het verschil in paradigma tussen somatische gezondheidszorg en psychische zorg lijkt in uw discours te ontbreken.

Andere organisaties en verenigingen hebben getracht de aandacht te trekken van de FOD Volksgezondheid: de Gegevensbeschermingsautoriteit<sup>2</sup>, de Hoge Gezondheidsraad<sup>3</sup>, de Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO<sup>4</sup> (HRZKMO). Het is mogelijk dat u niet op de hoogte bent van de conclusies van de werkgroep die door de Psychologencommissie (Compsy) in samenwerking met het RIZIV<sup>5</sup> werd opgericht, maar u bent zeker wel op de hoogte van de recent herschikte gerechtelijke verordeningen, meer bepaald door ere-procureur-generaal de heer Nouwynck<sup>6</sup>, tijdens de webinars die door de Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale<sup>7</sup> (LBSM) werden georganiseerd. U bent zeker ook niet onbekend met de verschillende artikels van de deontologische code van de psycholoog. Zou u geen weet hebben van de conclusies van sommige patiëntenverenigingen?

---

<sup>1</sup> VANDENBROUCKE Frank, Minister van Volksgezondheid. interview in de krant Le Soir, 15 février 2021

<sup>2</sup> Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), Aanbevelingen met betrekking tot de wet *inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg*.

- Advies 100/2018 – 2/13

- Advies DOS- 2019-04611

- Advies n° 122/2021 van 8 juli 2021

<sup>3</sup> Hoge Gezondheidsraad (HGR) DSM (5): *Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen*. Juni 2019. HGR n° 9360.

<sup>4</sup> Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO (HRZKMO), *Advies over het elektronisch patiëntendossier en de uitwisseling van gezondheidsgegevens*, 20 juli 2021.

<sup>5</sup> Werkgroep RIZIV-Compsy. Conclusies van 14 juni 2021; Verwerping bij meerderheid van de RIZIV-software. Vijf niet-gepubliceerde documenten, beschikbaar op verzoek.

<sup>6</sup> NOUWYNCK L., ere-procureur-generaal. « *Le secret professionnel en santé mentale -- Principes et fondements – Quelles conséquences pour le dossier du patient ?* » PowerPoint-presentatie van 7 november 2021. Website van de LBSM.

<sup>7</sup> Cyclus van zes webinars georganiseerd door de Ligue Bruxelloise de la Santé Mentale en Crésam in 2021-2022.

In het interview aan de krant Le Soir bevestigt u dat *"il est en effet demandé aux psychologues cliniciens de partager un rapport avec le médecin généraliste du patient. Cela a suscité une réaction de surprise en raison du secret professionnel. Pour nous, cette condition était absolument évidente et essentielle. C'est ce qui se passe dans les soins de santé somatique. Le patient est indivisible ; les aspects ayant trait à la santé mentale et somatique sont intimement connectés"*<sup>8</sup>.

U heeft gelijk, Minister, *"de patiënt is ondeelbaar"* en *"deze aspecten zijn nauw met elkaar verbonden"*. Wie durft zo een evidentie te betwisten? *Deze nauw met elkaar verbonden aspecten* rechtvaardigen echter niet dat zij met elkaar worden verward.

Het maken van een onderscheid tussen het paradigma van de geestelijke gezondheid en het paradigma van de gezondheid van organen is een van de doelstellingen van deze brief; de medicalisering van de geestelijke gezondheidszorg rijmt niet met de realiteit van de psychologische klinische situaties. De mensen die ons consulteren lijden, dat staat vast; ze zijn echter niet allemaal ziek.

Ik bespreek daarom eerst de specifieke aard van psychologische zorg; daarnaast geef ik ook een niet-exhaustieve opsomming van de risico's die verbonden zijn aan de objectivering van de intieme kant van de mens in een in (te) hoge mate gedeeld Electronisch Patiëntendossier. In het derde deel breng ik enkele betrouwbare richtlijnen voor psychologische zorg in herinnering. Ik sluit af met enkele voorstellen.

## 1°- De specificiteit van de psychologische zorg<sup>9</sup>

De etiologie van psychisch lijden is multifactorieel. Geestelijke gezondheid heeft statistisch bewezen correlaties met sociale gezondheid (relationeel, affectief en sociaal). Psychisch lijden is geen ziekte, behalve in enkele uitzonderlijke gevallen.

In de praktijk van de klinische psychologie zijn privacy en vertrouwelijkheid van essentieel belang. De eerbiediging van de psychische intimiteit en van het privé-leven van derden zijn grondrechten.

Op het gebied van de orgaangeneeskunde is de bijstand die wordt geboden door het delen van computergegevens - in quasi-realttime - onbetwistbaar. Deze gegevensuitwisseling is levensreddend! De patiënt vergeet hierbij zelfs zijn wrevel tegen hooggekwalificeerde specialisten, die zwijgzaam aan hun computers vastgekleuisterd zitten.

In de sector van de geestelijke gezondheidszorg daarentegen is de psychologische zorg een kliniek van het **intieme**, een kliniek van de ontmoeting in vertrouwelijkheid. Tijdens de ontmoeting met een subject dat psychisch en/of relationeel lijdt, is het pact dat een mens

---

<sup>8</sup> In het interview aan de krant Le Soir bevestigt u dat *"aan klinische psychologen inderdaad wordt gevraagd een verslag te delen met de huisarts van de patiënt. Dit lokte een reactie van verbazing uit vanwege het beroepsgeheim. Voor ons was deze voorwaarde absoluut evident en essentieel. Dit is wat gangbaar is in de somatische gezondheidszorg. De patiënt is ondeelbaar; de geestelijke en somatische gezondheidsaspecten zijn nauw met elkaar verbonden."*

<sup>9</sup> MONNOYE G. « *le psychisme serait-il un organe ? Les réformes de la santé mentale et leurs incidences sur la confidentialité* » juli 2020. Website van de Fédération Psy enfants-adolescents (fpea).

toelaat zijn kwetsbaarheid en psychische breekbaarheid te tonen aan iemand van wie hij hoopt hulp te krijgen, de garantie van respect voor zijn intimiteit.

Een verzoek om een afspraak te maken met een psycholoog gaat vaak gepaard met gevoelens van eenzaamheid en devaluatie, schaamte en schuld. Dankzij de belofte van vertrouwelijkheid en door ons engagement hebben patiënten de moed om ons te vertrouwen. Zij klampen zich vast aan een 'levenslijn' - navigatieterm voor een veiligheidsdispositief - en durven vertrouwen te tonen. Voor sommigen is het 'durven vertrouwen' zelfs belangrijker dan de teneur van het vertrouwen. Het koesteren van deze poging tot verbinding en het opbrengen van respect voor het woord van de patiënt zijn niet aflatende vereisten voor elke geestelijke gezondheidswerker. Het gevoel van psychische integriteit van de persoon die zijn/haar vertrouwen schenkt hangt ervan af! Het openbaar maken van *intieme woorden* is een minachting van de psychische integriteit van de persoon die ons consulteert en een aanval op de psychotherapeutische relatie.

De filosoof Paul Ricœur stelde dat "*De kortste weg van en naar jezelf loopt via anderen*". Dit is het geval in het proces van de psychologische zorg. De '*bewerking van het woord*' (ongeacht het gebruikte medium) is fundamenteel. Dit 'subjectief' spreken heeft niets te maken met de 'communicatie van het woord' van het elektronisch, gedeeld patiëntendossier (EPD).

Die bewerking van het woord door het '*subject in wording*' kan niet worden bevroren in een discours waarin werd gesnoeid met de bedoeling om het objectiveerbaar te maken. Hoe kunnen gevoelens, emoties, reflecties en de singulariteit van een denkproces in een EPD worden opgeslagen? Waarom zouden we de psychische gegevens van een persoon moeten fossiliseren, een persoon die hoopt door zijn initiatief een nieuwe start te kunnen maken?

De **vertrouwensrelatie** is het keurmerk van onze professionele identiteit en de bescherming van deze vertrouwensrelatie is de tweede finaliteit van de plicht tot beroepsgeheim. Het Grondwettelijk Hof heeft ons daar zeer recent nog aan herinnerd<sup>10</sup>.

Indien nodig zullen de cumulatieve regels, die het delen van het beroepsgeheim machtigen, als leidraad dienen voor het respectvol meedelen van relevante, objectiveerbare en noodzakelijke gegevens, dit zolang dat nodig is<sup>11</sup>.

## **2°- De moeilijkheden verbonden met de 'objectivering' van de psychische intimiteit**

### **1- Hoe zit het met geïnformeerde toestemming in de geestelijke gezondheidszorg?**

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) maakt de geïnformeerde toestemming tot hoeksteen. Ook in onze sector is de betrokkenheid en toestemming van de patiënt van essentieel belang.

---

<sup>10</sup> Grondwettelijk Hof, 14 maart 2019 n° 44/2019 en 1 april 2021 n° 52/2021.

<sup>11</sup> Artikel 14 van de deontologische code van de psycholoog en de AVG.

In de psychologische zorg is deze hoeksteen echter afgezwakt. Het gaat om een kwetsbare persoon die, meer dan wie ook, elk document zou kunnen ondertekenen... onder meer uit angst om niet met respect behandeld te worden.

De Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) maakt bezwaar tegen sommige gangbare praktijken. De verordening definieert een geldige toestemming als: *“elke vrije, specifieke, geïnformeerde en ondubbelzinnige wilsuiting waarmee de betrokkene door middel van een verklaring of een ondubbelzinnige actieve handeling hem betreffende verwerking van persoonsgegevens aanvaardt.”*

Voor de GBA is er geen standaard toestemming voor het delen van gegevens.

Het feit dat de geïnformeerde toestemming op het gebied van de somatische geneeskunde eens en voor altijd wordt gegeven, vereenvoudigt de kwaliteit en de continuïteit van de zorg. Op het gebied van de geestelijke gezondheid impliceert geïnformeerde toestemming - of liever *‘toestemming om geïnformeerd te worden’* - informatie, discussie en hernieuwde instemming bij elke kennisgeving, vervolgens bij elke wijziging van de inhoud, bij elke uitwisseling en wijziging van uitwisseling van gegevens en bij elke wijziging van de ontvanger.

In de kinder- en jeugdsector zou deze toestemming ‘om te informeren’ met betrekking tot de inhoud van het dossier een schijnvertoning zijn. We kunnen onze jonge patiënten geen vertrouwelijkheid beloven; de ouders die het EPD beheren hebben toegang tot de privacy van hun kind of adolescent. In geval van een echtelijk conflict zullen de respectieve advocaten, via de ouders, toegang hebben tot de intieme woorden van het kind!

## 2- De inhoud van het psychologisch dossier van de patiënt: een verstarde intimiteit

In de geestelijke gezondheidszorg is het symptoom labiel en diagnostiek stigmatiserend. De objectivering van de intieme gegevens van de patiënt zou het zorgproces inkapselen. Ondanks de correlatie tussen psychische en geestelijke gezondheid, zouden gegevens over de intimiteit van de patiënt noch voor de kwaliteit, noch voor de continuïteit van de zorg van nut zijn.

Bovendien moet de inhoud van het patiëntendossier het privé-leven van derden die in het discours van de patiënt worden genoemd, eerbiedigen.

In de sector van de geestelijke gezondheidszorg heeft de Hoge Gezondheidsraad gewezen op de negatieve gevolgen van diagnostiek; naast het risico van stigmatisering door andere zorgverleners, kan men niet voorbijgaan aan het risico van identificatie van de patiënt met de diagnose en de opmerkingen van de professional. (Zo kan het noteren van ‘suïcidale gedachten’ bijvoorbeeld leiden tot een *passage à l’acte*.)

In de sector van de geestelijke gezondheidszorg gaan de conclusies van de overlegvergaderingen over intieme zaken. Zou de registratie van deze conclusies dan niet in strijd zijn met het beroepsgeheim? Zouden deze conclusies het psychotherapeutische proces niet dreigen te verstarren? Hebben deze conclusies geen betrekking op derden?

Is de verplichting om de familiegeschiedenis te registreren niet in strijd met de plicht om de het privé-leven van derden te eerbiedigen?

In de kinder- en jeugdsector bereikt het gevaar van het EPD een hoogtepunt!

Nu en dan zijn aantekeningen echter noodzakelijk; ze helpen de reflectie en ondersteunen het therapeutisch proces. Klinisch psychologen denken al lang na over het schrijven van een verslag. Zij wilden dat dit verslag gericht zou zijn naar de toekomst; alleen elementen die de persoon kent en elementen die de klinische situatie zouden kunnen vooruithelpen worden opgenomen. Het verslag wordt zeer logisch gedifferentieerd naar gelang van de ontvanger en diens opdracht.

### 3- Slecht gereguleerde toegang tot psychologische gegevens: een bedreigde intimiteit

De werkers in de geestelijke gezondheidszorg hebben niet gewacht op de *kwalietswet* om, zo nodig en in het belang van de patiënt, de relevante gegevens door te geven die van essentieel belang zijn voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt. De cumulatieve regels die het delen van het beroepsgeheim toestaan, zijn opgenomen in alle codes van de verschillende beroepsbeoefenaars werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. De Raad van de Orde van Geneesheren was bij de 'vrijgave' van de kwaliteitswet nog preciezer: "*Het is de patiënt zelf die het meest gemachtigd is om relevante vertrouwelijke gegevens die onontbeerlijk zijn voor de continuïteit van de zorg, te delen met een ontvanger van zijn keuze<sup>12</sup>*". In principe heeft deze uitwisseling van gegevens alleen betrekking op objectieveerbare gegevens, niet op gegevens die verband houden met de persoonlijke levenssfeer van de persoon.

Wat is dan dat uit te wisselen vertrouwelijk, objectiveerbaar, relevant, onmisbaar gegeven? Het is onmogelijk in deze brief de vele functies en opdrachten van een klinisch psycholoog op te sommen en te analyseren. Laten we niet vergeten dat we tijdens een psychologisch onderhoud in wezen de bewaarders, of zelfs de bergplaats zijn van gegevens die intiem, niet-objectiveerbaar en dus niet-overdraagbaar zijn, gegevens die niet onmisbaar zijn voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg.

Als werkers in de geestelijke gezondheidszorg niet langer de vertrouwelijkheid van gesprekken kunnen beloven, waar zullen deze complexe existentiële kwesties, die geen betrekking hebben op de gezondheid van organen, in de toekomst dan worden gedeponereerd?

De patiënt zal samen met de hulpverlener nadenken over welke informatie hij/zij aanvaardt/wenst te delen, zij het tijdens multidisciplinaire vergaderingen, met collega's die in dezelfde instelling werken, met andere collega's in een therapeutische relatie, of met netwerkcollega's. Elke situatie is anders.

Samen met de patiënt zullen we nadenken over de modaliteiten van die uitwisseling; een uitwisseling 'face-to-face' of een telefonisch onderhoud, indien mogelijk in aanwezigheid van de persoon, zal vruchtbaarder zijn dan een uitwisseling met onbekende ontvangers via het EPD.

Wat zou de impact zijn van een diagnose zoals 'schizoïde stoornissen' voor een gastro-enteroloog of een kinesitherapeut? Welke angsten of twijfels kan dit psychopathologische etiket teweegbrengen bij de behandeling van een organische of mechanische aandoening?

---

<sup>12</sup> Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, 10-12-2011 et 27-04-2019.

Tot op heden werd het delen genuanceerd in functie van de specificiteit van de gesprekspartner. Hoe gaat het EPD deze noodzaak tot nuancering detecteren en zich eraan aanpassen?

Is er slechts één enkele en unieke voorwaarde voor de toegang tot informatie, namelijk het hebben van een therapeutische relatie met de patiënt? Is dit relevant?

Hoe kunnen we de 'relevantie' van de inhoud van een uitwisseling nuanceren als we de naam van die ontvanger niet eens kennen?

Dokter de Toeuf<sup>13</sup>, Voorzitter van het Beheerscomité e-Health, slaat alarm: *"Het verlenen van toegang aan iedereen zal ook betekenen dat de Sumehr door de arts van veel gevoelige gegevens zal worden gezuiverd en dat de patiënt niet meer alles aan zijn arts zal toevertrouwen (...) Geheimhouding van gezondheidsgegevens is essentieel voor een goede beroepsuitoefening (...) Wij moeten de samenleving waarschuwen voor de onomkeerbare schade die het verdwijnen van deze vertrouwelijkheid aan de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger zou toebrengen".*

In de psychologische zorg zal het ongereguleerd delen van intieme gegevens een negatieve impact hebben op de patiënt, het zorgproces en op de ontvanger, die gefossiliseerde informatie zal krijgen.

In 2019 heeft de GBA aanbevolen dat *"de toegang tot het dossier standaard moet worden afgesloten"*!

#### 4- Het netwerken en het onvermijdelijke delen van psychologische gegevens?

Gelukkig, Mijnheer de Minister, heeft u in uw interview met de krant Le Soir het spectrum van de psychologische zorg opengetrokken en terecht enige lof toegezwaaid aan de groepspsychotherapieën. Deze zijn natuurlijk heilzaam... voor *sommigen*; maar slechts voor sommigen!

In onze klinische ervaring kan de ene beroepspraktijk niet als beter worden aanzien dan de andere; zij is slechts adequater. En de verscheidenheid van mensen vereist een echte verscheidenheid van praktijken!

De singulariteit van de klinische situatie en de wensen van de consulterende persoon zullen bepalend zijn voor de keuze van de methode. Netwerken? Begeleiding binnen een therapeutische opvang? Psychotherapie aan huis? Behandeling met medicatie? Groepstherapie? Individuele gesprekken? Mediatherapie? Het is een betrokkenheid bij de singuliere situatie van de patiënt die richting zal geven aan de keuze voor het ene dan wel het andere zorgproces. De betrokkene zal deze keuze beïnvloeden; is de vrije keuze van psychotherapeut geen grondrecht?

---

<sup>13</sup> Dokter de Toeuf. *Tribune Libre le spécialiste*, n° 185. 22 december 2021

### 5- Het recht op anoniem psychologisch consult?

Zullen alle personen op grond van het EPD verplicht zijn hun gecertificeerde contactgegevens te verstrekken via lezing van de chip van hun identiteitskaart? Is het recht op anonieme psychologische begeleiding achterhaald? Zullen deze mensen moeten betalen voor de bescherming van hun intimiteit? Creëren we geen psychologische zorg op twee snelheden?

Wat het aanleggen van een medisch dossier betreft, heeft de GBA een standpunt ingenomen: toestemming is een verplichte voorwaarde voor het aanleggen van een globaal of gedeeld medisch dossier.

### 6- De specificiteit van psychologische zorg en de duur van de opslag van informatie?

Een periode van 30 tot 50 jaar is eventueel toelaatbaar op het gebied van de gezondheid van organen. Hoewel sommige ziekten - diabetes en kanker bijvoorbeeld - het recht om te worden vergeten hebben opgeëist en verkregen.

Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg is het recht om te worden vergeten niet alleen een administratief recht, het is in wezen een subjectief recht om te worden vergeten. Stel je voor, die reactiestoornissen, die SOS-symptomen, of symptomen gekenmerkt door schaamte en schuld, ingekapseld over twee generaties heen... Hoe kunnen wij evolueren als het elektronisch dossier dit intieme leed accumuleert, in herinnering brengt en erop insisteert, en als dit EPD het bovendien deelt met iedereen die "een therapeutische relatie heeft"?

Waarom deze gegevens fossiliseren? De kwaliteit en de continuïteit van de zorg zullen er niet op vooruitgaan, wel integendeel.

## 3°- Enkele betrouwbare richtlijnen op het gebied van de psychologische zorg<sup>14</sup>

### 1- De plicht tot beroepsgeheim en haar dubbele finaliteit

Het beroepsgeheim is een regel van openbare orde; het beroepsgeheim viseert het respect voor de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen **en de bescherming van de vertrouwensrelatie**, de toegang tot onze beroepen in vertrouwen - en de mogelijkheid om een vertrouwensrelatie met een professional aan te gaan.

Deze mogelijkheid om een vertrouwensrelatie aan te gaan is de noodzakelijke voorwaarde, de *conditio sine qua non* voor psychologische zorgpraktijken. Met andere woorden, de vertrouwensrelatie is ons werkinstrument.

Het Hof van Cassatie<sup>15</sup> herinnert aan de toegankelijkheid van de zorg in vertrouwelijkheid: "*Deze regel is gebaseerd op de noodzaak om volledige veiligheid te waarborgen aan degenen*

---

<sup>14</sup> MONNOYE G. « *Secret professionnel—et/ou Continuité des soins par le dossier patient informatisé ... et partagé, un conflit de valeurs*. Journal du Droit des Jeunes. (JDJ) mei 2021.

<sup>15</sup> Cass, 16 dec. 92 en in dezelfde zin, Cass., 2 juni 2010.



*die vertrouwen moeten stellen in hen en om eenieder in staat te stellen de zorg te verkrijgen die zijn of haar toestand vereist, ongeacht de oorzaak".*

Voor het Grondwettelijk Hof<sup>16</sup> *"is het beroepsgeheim de conditio sine qua non voor de totstandkoming van een **vertrouwensband** tussen de houder van het geheim en degene die vertrouwen schenkt. Alleen deze vertrouwensband stelt de houder van het beroepsgeheim in staat nuttige bijstand te verlenen aan de persoon die hem/haar in vertrouwen neemt".*

Minister, herinnert u het zich nog? Het Grondwettelijk Hof greep in 2019 in, toen maatschappelijk werkers de straat op gingen om te scanderen "*le silence a du sens*", de stilte heeft zin.

Het beroepsgeheim van psychologen was net gerehabiliteerd als een transversale waarde voor alle sectoren van de psychologie.

Dit arrest van het Grondwettelijk Hof lijkt echt op het lijf geschreven van onze beroepsgroep - ik schrijf het snel nog even neer! *"Alleen deze vertrouwensband stelt de houder van het beroepsgeheim in staat nuttige bijstand te verlenen aan de persoon die hem/haar in vertrouwen neemt".*

Deze vertrouwensband is het belangrijkste kenmerk van onze professionele identiteit<sup>17</sup>. Dit zorgpact (Ricœur), deze belofte van betrouwbaarheid, en ons engagement voor de persoon zijn onze enige echte professionele instrumenten<sup>18</sup>. Zonder deze vertrouwensrelatie zouden wij ons beroep niet kunnen uitoefenen maar slechts verkwanselen.

U zult me zeggen, Mijnheer de Minister, dat psychologen niet de enigen zijn die vertrouwelijkheden ontvangen die de intimiteit van de persoon raken. Nogmaals, u heeft gelijk! Maar denkt u dat bijvoorbeeld een huisarts zich zal laten verleiden tot het delen van dergelijke intieme gegevens in een EPD?

Werkers in de geestelijke gezondheidszorg zijn in wezen het toevluchtsoord voor bevragingen en intiem leed. Deze uiterst intieme gegevens zijn geen vertrouwelijke gegevens die van belang zijn voor de continuïteit van de zorg. Waarom dan een EPD aan ons opdringen?

De GBA maakt bezwaar tegen de ongereguleerde toegang tot vertrouwelijke gegevens: *"Een kader voor/een **bijkomende beperking van het recht van toegang** door een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg tot gegevens die door een andere beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg worden bijgehouden en bewaard, dringt zich op (...)"*. Wat zou deze Autoriteit zeggen over het ongewenst en onnodig delen van de intieme gegevens van een individu?

## 2- De wet inzake de rechten van de patiënt en andere onbetwistbare aanbevelingen

De wet *op de patiëntenrechten* (2002) maakt van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van patiënten een grondrecht. Deze wet heeft ook tot doel de patiënt weer centraal te stellen in het zorgproces.

---

<sup>16</sup> Grondwettelijk Hof. Op.cit.

<sup>17</sup> Zie ook GUSTIN P. « *Qui ne dit mot consent-il vraiment ? Variations sur le dossier psy.* » Uiteenzetting gegeven op 27 november 2021 tijdens de webinars georganiseerd door de LBSM en Crésam. Website van APPPsy, UPPsy-BUPsy, EBP-BSP.

<sup>18</sup> Dit engagement tot betrouwbaarheid maakt de permanente vorming niet overbodig. Maar dat is een ander hoofdstuk!



De Liga voor Mensenrechten is erin geslaagd de mensen ervan te overtuigen dat het beroepsgeheim niet in strijd is met werken binnen een netwerk, wel integendeel. Op het gebied van de geestelijke en sociale gezondheid "*maakt de eerbiediging van het beroepsgeheim het mogelijk de kwaliteit van de zorg te verbeteren, de therapeutisch alliantie te versterken en ervoor te zorgen dat de patiënt in het middelpunt van de zorgverlening staat*<sup>19</sup>".

Zouden in de niet al te verre toekomst de aanbevelingen van de GBA niet gezaghebbend kunnen zijn?

De GBA preciseert dat de *toegang tot het elektronische dossier standaard moet worden afgesloten en gesegmenteerd ter attentie van elke gezondheidswerker (...) Het gaat erom dat de patiënt aan de bron zijn recht kan uitoefenen om gegevens die al dan niet in het elektronische dossier zijn opgenomen, te corrigeren en te verwijderen.*

In de aanbevelingen die volgen, stel ik me voor dat de GBA art. 36 van de kwaliteitswet hekelt: "*Deze voorwaarden (van het recht op toegang) zijn duidelijk geïnspireerd op de voorwaarden die verbonden zijn aan de rechtsvorm van het 'gedeeld beroepsgeheim', met dit verschil dat in de wet van 22 april 2019 het begrip 'gezondheidszorg' zeer ruim wordt gedefinieerd, terwijl het gedeeld beroepsgeheim beperkt lijkt te zijn tot het delen van geheimen/van informatie die noodzakelijk zijn voor de dienstverlening en enkel in het belang van (bijstand) aan de betrokken patiënt*".

Andere conclusies van de GBA dienen in herinnering te worden gebracht; bijvoorbeeld: *Hieruit volgt dat een kader/bijkomende beperking van het recht op toegang van een gezondheidswerker tot gegevens die door een andere gezondheidswerker uit de gezondheidssector worden bewaard en opgeslagen, hoe dan ook noodzakelijk is, zowel in de uit te vaardigen uitvoeringsbesluiten als in de toepassing van deze besluiten op het terrein. (...) Een tussenkomst van de Koning is onontbeerlijk, enerzijds voor de precisering van de concretisering: gedetailleerdheid van de toestemming en (...)*

*De GBA herinnert aan de noodzaak om vooraf te worden geraadpleegd over deze uitvoeringsbesluiten.*

Wij vinden dezelfde betrouwbare en onontbeerlijke richtlijnen in de ethische code van psychologen en andere beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg.

## Voorstellen en perspectieven?

Mijnheer de Minister,

Op 20 juli 2021 heeft de Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO (HRZKMO) u een gedetailleerde analyse over de informatisering van dossiers bezorgd. Haar opmerkingen over

---

<sup>19</sup> Liga voor Mensenrechten. « Santé mentale, secret professionnel et pratiques de réseau. » Februari 2016.

geestelijke gezondheid zijn pertinent. Haar voorstel voor een breder debat werd tot op heden nog niet beantwoord.

De heer LAGROU, voorzitter van Compsy<sup>20</sup>, heeft u een uitvoerige en gedegen analyse van de toepassingsbesluiten voor artikel 12 van de kwaliteitswet bezorgd. Hij herinnert aan de noodzaak om te allen tijde een vertrouwensrelatie te waarborgen. Hij benadrukt ook het specifieke karakter van ons beroep *"Veel meer dan in de somatische zorg gaat het om intieme of zeer gevoelige informatie... toegang tot gezondheidsgegevens in de geestelijke gezondheidszorg lijkt niet zo noodzakelijk om de kwaliteit te garanderen... Elke gezondheidswerker zal nog steeds actief contact kunnen opnemen met de klinisch psycholoog voor gegevensuitwisseling..."*.

Het blijft nog steeds mogelijk een vertrouwensrelatie te onderhouden, waarborg voor de kwaliteit van ons beroep. Het zou volstaan om de Hoge Raden, de Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor de Zelfstandigen, de Gegevensbeschermingsautoriteit, de verschillende beroepsverenigingen die zich over de kwestie van de toegang tot het EPD hebben gebogen, en niet te vergeten de patiëntenverenigingen, bij de besprekingen te betrekken. Het zou volstaan om , **samen** , te werken aan de uitvoeringsbesluiten voor artikel 3§2, en de artikels 36 tot en met 40 van de Kwaliteitswet.

De tweede finaliteit van de plicht tot beroepsgeheim, de bescherming van de vertrouwensrelatie, - De plicht tot eerbiediging van de psychische integriteit, - De plicht tot eerbiediging van de psychische intimiteit van de persoon, - De plicht tot eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van derden, - Het recht op vergetelheid, enz., - Gelet op deze verschillende argumenten, Minister, zou de Koning niet *nauwkeuriger de modaliteiten kunnen bepalen voor de toepassing van de wet op de beroepsbeoefenaars in de psychologische zorg, ten einde rekening te houden met de noodzaak van een specifieke bescherming van de patiënt<sup>21</sup> ?*

Kan in de uitvoeringsbesluiten van de artikels van de kwaliteitswet die betrekking hebben op de toegang tot het EPD<sup>22</sup> rekening worden gehouden met het specifieke karakter van de geestelijke gezondheid? Kunnen zij een advies van de GBA integreren, namelijk dat de *toegang tot het elektronisch dossier standaard moet worden afgesloten en gesegmenteerd ter attentie van elke beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg?* Zouden zij de tweede finaliteit van het beroepsgeheim, namelijk de **bescherming van de vertrouwensrelatie** in ons beroep, in ere kunnen herstellen?

*Geneviève Monnoye.*

*Coördinator van de Commissie Ethiek en Deontologie van de APPPsy (CEDA)  
Lid van het Comité de Vigilance en Santé Mentale (CVSM-CVGGz.)*

---

<sup>20</sup> LAGROU. J. Voorzitter van de Psychologencommissie. 11-03-22. Lettre adressée au ministre des affaires sociales et de la santé publique, Monsieur Vandebroucke. Brief geadresseerd aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de Heer Vandebroucke.

<sup>21</sup> Artikel 3§2. *Kwaliteitswet (2019)*

<sup>22</sup> Artikels 36 à 40. *Kwaliteitswet.*