

**N EPD A2**  
MH/SL/AS  
937-2024

**Brussel, 10 december 2024**

**ADVIES**

**over**

**HET ELEKTRONISCH PATIENTENDOSSIER  
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID**

(goedgekeurd door het bureau op 18 juni 2024,  
bekrachtigd door de algemene vergadering van de Hoge Raad op 10 december 2024)

*Verscheidene organisaties die de geestelijke gezondheidszorgberoepen vertegenwoordigen en die zetelen in sectorcommissie nr. 13 - Medische en paramedische beroepen van de Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO hebben de Hoge Raad geïnterpelleerd naar aanleiding van hun bezorgdheid wat betreft de toepassing van de regels aangaande het elektronisch patiëntendossier inzake geestelijke gezondheid.*

*Na een vergadering van de sectorcommissie op 22 februari en op 6 juni 2024 heeft het bureau van de Hoge Raad op 18 juni 2024 onderstaand advies uitgebracht, dat werd bekrachtigd door de algemene vergadering van de Hoge Raad op 10 december 2024.*

## **CONTEXT**

De wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, hierna de kwaliteitswet genoemd, die het bijhouden van een EPD door de beroepsbeoefenaar regelt, wordt momenteel ten uitvoer gelegd door verschillende uitvoeringsbesluiten en de nieuwe wet tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid<sup>1</sup> geeft aanleiding tot bezorgdheid bij de beoefenaars van geestelijke gezondheidszorgberoepen.

In 2021 heeft de Hoge Raad zich uitgesproken over de problematiek van het elektronisch patiëntendossier (EPD)<sup>2</sup>. Met een aantal overwegingen die toen naar voren werden gebracht, werd echter geen rekening gehouden, maar deze zijn meer dan ooit relevant, in het bijzonder op het gebied van geestelijke gezondheid. Daarom herhaalt en verduidelijkt de Hoge Raad ze in dit advies.

## **STANDPUNTEN**

### **A. Specificiteit van de mentale gezondheid**

De verschillen tussen het medische en het psychosociale bevinden zich in de nuances die de begrippen *cure* en *care* van elkaar scheiden: beide termen worden vertaald als verzorgen. Deze twee houdingen van de zorg zijn min of meer terug te vinden in elke klinische situatie. *Cure* legt evenwel meer de nadruk op de medische betekenis van behandelen, een geneesmiddel vinden en eventueel genezen, terwijl *care* verschuift naar het “zich bekommeren om, een persoon met zorg begeleiden”, en de nadruk legt op de relationele factor van de zorg.

Psychisch leed is niet altijd lijden dat gemedicaliseerd moet worden; de personen die de geestelijke gezondheidszorgbeoefenaars raadplegen, zijn niet noodzakelijkwijs zieken. Zo is bijvoorbeeld niemand immuun voor een existentiële crisis. Waarom het stellen van persoonlijke, echtelijke, familiale en professionele vragen objectiveren en delen in een elektronisch dossier? Waarom de beproevingen van het leven, situaties van verlies en rouw, existentiële of relationele situaties, problemen van onzekerheid en angst medicaliseren? Heel vaak vormt de psychische gezondheid een intiem onderdeel van het psychosociale veld.

Bovendien verklaren de personen die een beoefenaar van geestelijke gezondheidszorg raadplegen hun malaise vaak door te verwijzen naar relatieproblemen. Deze personen hebben recht op de bescherming van hun privacy, op respect voor hun intimiteit.

---

<sup>1</sup> Wet van 6 februari 2024 tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid (BS 23/02/2024)

<sup>2</sup> Advies 857-2021 over het elektronisch patiëntendossier en de uitwisseling van gezondheidsgegevens

Wat de psychotherapeutische aanpak ook is, het proces van geestelijke zorg is verzorging van de mens in verbinding met en via de verbinding met een ander menselijk wezen. De vertrouwelijkheid moet worden gegarandeerd, en dit vóór enige vertrouwelijke mededeling. De belofte van het naleven van het beroepsgeheim in de strikte zin van het Strafwetboek (458 Sw.) is het verzorgingspact dat een menselijk wezen toelaat om in vertrouwen zijn psychische kwetsbaarheid te onthullen aan iemand van wie hij hulp hoopt te krijgen. Het beroepsgeheim beschermt niet alleen de klinische relatie, het is de *conditio sine qua non* ervan.

In een artikel geschreven in 2022 bevestigt ere-procureur-generaal L. NOUWYNCK<sup>3</sup> dit: "Een fundamentele kwestie is die van de voorwaarden die het mogelijk maken dat er uitspraken worden toevertrouwd. Het vrijkomen van het spreken hangt af van het garanderen van een beschermend kader. Het beroepsgeheim (...) maakt het mogelijk om zich uit te drukken en dus een luisterend oor te bieden, voorafgaand aan het aanbieden van hulp en, desgevallend, van bescherming."<sup>4</sup>

## **B. Voor- en nadelen van het delen van gezondheidsgegevens**

Er zijn diverse voor- en nadelen waarmee rekening moet worden gehouden bij het vastleggen van de modaliteiten voor het bijhouden van het EPD en het delen van gezondheidsgegevens. Er bestaan belangrijke bezorgdheden wat betreft de vertrouwelijkheid van de gezondheidsgegevens. Het gaat met name maar niet uitsluitend over de geestelijke gezondheidsgegevens. Het is belangrijk dat bepaalde informatie kan afgeschermd worden. Er zijn echter ook situaties waar het niet delen van gezondheidsgegevens kan leiden tot belangrijke nadelen voor de patiënt. Deze ogenschijnlijke tegenstelling mag niet vertaald worden in een keuze voor één van beide uitersten, maar moet integendeel aanleiding vormen voor ten eerste een debat ten gronde over het regelgevend kader en ten tweede, als resultaat van dit debat, een regelgevend kader dat de nodige vrijheidsgraden laat om in het belang van de patiënt gepast om te gaan met zeer diverse en soms erg complexe situaties.

### **1) Vertrouwelijkheid en beroepsgeheim**

Bij alle medische en paramedische beroepen, en in het bijzonder bij de geestelijke gezondheidszorgberoepen, zijn de vertrouwelijke behandeling van de medische gegevens van de patiënt en het beroepsgeheim zeer belangrijk. Het werk van de geestelijke gezondheidszorgberoepen is gebaseerd op vertrouwen. Voor de therapeutische relatie met de patiënt is het absoluut noodzakelijk dat de patiënt er op kan vertrouwen dat alle aan de therapeut toevertrouwde informatie vertrouwelijk wordt behandeld. Het beroepsgeheim beoogt de eerbiediging van het privéleven van de patiënt, de toegang tot de zorg en de vertrouwensrelatie met patiënt. De gegevens die worden bijgehouden over de patiënt en over de gesprekken met de patiënt bevatten bovendien vaak ook gegevens over het privéleven van derden, bijvoorbeeld familieleden van de patiënt, wat een extra belemmering vormt voor het eventuele delen van die gegevens. Een bijkomende complexiteit stelt zich wanneer de patiënt minderjarig is.

Die vertrouwelijke behandeling en dat beroepsgeheim zijn niet vrijblijvend. Privacy is een grondrecht. Het beroepsgeheim is van openbare orde en wordt geregeld door art. 458 e.v. van het Strafwetboek. Het beroepsgeheim is bovendien opgenomen in de deontologische codes van verschillende medische en paramedische beroepen. Daarenboven bestaat er ook heel wat rechtspraak die het belang van het beroepsgeheim aantoont. Wat dat juridisch kader betreft, dienen hier ook de wet betreffende de rechten van de patiënt en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) te worden vermeld. De AVG regelt de bescherming van persoonsgegevens en besteedt daarbij bijzondere aandacht aan de bescherming van gevoelige gegevens, waaronder medische gegevens. Hier dient er ook gewezen te worden op de andpunten van de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit met betrekking tot deze problematiek, met name:

---

<sup>3</sup> Nouwynck L « Travail médico-psycho-social et secret professionnel partagé. Avec qui, Quoi ? Et le dossier électronique », *Ethica Clinica*, nr. 106/2022.

<sup>4</sup> Noot van de vertaler: eigen vertaling.

- het advies 100/2018 van 26 september 2018 over het voorontwerp van wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg<sup>4</sup>;
- de nota DOS-2019-04611 over de verwerking van gegevens uit patiëntendossiers<sup>5</sup>;
- het advies 122/2021 van 8 juli 2021 betreffende het voorontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid<sup>6</sup>.

## 2) Somatische en geestelijke zorg

Men zou kunnen stellen dat de somatische en geestelijke zorg vertrekken vanuit een verschillend paradigma en dat de opbouw van het EPD eerder aansluit bij de werking van de somatische zorg. In het EPD moeten minimale en eenvoudige gegevens opgenomen worden, maar geestelijke gezondheidsproblemen zijn per definitie complex, en daar kunnen niet gemakkelijk en niet zonder risico's diagnostisch etiketten op geplakt worden. Zie daaromtrent het advies nr. 9360 van de Hoge Gezondheidsraad.<sup>7</sup>

## 3) Concrete situaties

Het vraagstuk over het delen van patiëntengegevens is zeker niet alleen maar een principiële kwestie. Talrijke concrete gevallen tonen aan dat de vertrouwelijkheid en het beroepsgeheim noodzakelijk zijn voor een goede zorg, maar tegelijkertijd zijn er talrijke voorbeelden van gevallen waarin het delen van gezondheidsgegevens ook noodzakelijk is om de patiënt kwalitatieve zorg te kunnen bieden.

Het belang van het vertrouwen en het beroepsgeheim toont zich reeds bij de toegang tot de geestelijke zorg. Indien een patiënt niet zeker is dat zijn bezoek en de informatie die hij of zij deelt, vertrouwelijk behandeld worden, bestaat de kans dat de patiënt geen beroep zal doen op die zorg en dus ook geen zorg zal krijgen. Vertrouwelijkheid vormt ook het fundament van de therapeutische relatie tussen de geestelijke gezondheidszorgbeoefenaar en de patiënt. Indien de patiënt zijn gedachten en gevoelens niet durft prijs te geven dan zal hij of zij ook niet geholpen kunnen worden. Tot slot zijn er ook gevallen gekend waarbij de kennis van de geestelijke gezondheidsgegevens een negatieve impact had op de kwaliteit van de somatische zorg. Zelfs de loutere informatie dat een patiënt een psycholoog bezoekt of bezocht heeft, kan de kwaliteit van de somatische zorg schaden. Bepaalde somatische klachten kunnen dan onterecht toegewezen worden aan een verondersteld mentaal gezondheidsprobleem. Ook het vermelden van eenvoudige diagnostische etiketten houdt risico's in bij gegevensuitwisseling.

## 4) Complexe afweging van verschillende belangen en doelstellingen

Het kan dus zeker nuttig zijn patiëntengegevens beschikbaar te stellen of uit te wisselen maar tegelijkertijd dient er in het belang van de patiënt ook over het beroepsgeheim en de vertrouwelijke relatie met de patiënt gewaakt te worden. Dit geldt dus niet enkel voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen maar voor alle medische en paramedische beroepen. Het vraagstuk welke patiëntengegevens mogen gedeeld worden en volgens welke modaliteiten, vergt een nauwgezette afweging tussen verschillende belangen, (grond)rechten en doelstellingen (kwaliteit en continuïteit van de zorg, multidisciplinair samenwerken, privacy, patiëntenrechten, beroepsgeheim, gedeeld beroepsgeheim, efficiëntie, ...) en een zeer grondige reflectie waar alle stakeholders bij betrokken moeten worden en waarbij het belang van de patiënt altijd centraal moet staan. Het delen van patiënteninformatie is belangrijk om de patiënt een goede zorg te kunnen bieden. Tegelijkertijd bestaat er bij het delen van geestelijke gezondheidsgegevens zonder daarbij de nodige voorwaarden en modaliteiten in acht te nemen, de kans dat de kwaliteit van de zorg er juist op achteruitgaat in plaats van er op vooruit te gaan.

<sup>5</sup> <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/nota-over-de-verwerking-van-gegevens-uit-patiëntendossier.pdf>

<sup>6</sup> <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/publications/advies-nr.-122-2021.pdf>

<sup>7</sup> Hoge Gezondheidsraad, juni 2019, DSM(5) : Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen, <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9360dsm>

## **C. De kwaliteitswet en de praktische uitvoering van het plan e-Gezondheid leiden tot bezorgdheden en vragen**

### **1) Minimale gegevens in het EPD**

Artikel 33 van de kwaliteitswet somt op welke gegevens er minstens in het EPD moeten worden bijgehouden. Dat is een zeer uitgebreide lijst van gegevens die moeten opgenomen worden. De Koning kan die lijst wel preciseren maar dus niet inperken. Het is bovendien een minimumlijst, dus de individuele beroepsbeoefenaar zou er voor kunnen kiezen om ook nog andere gegevens aan het EPD toe te voegen. De patiënt heeft daar geen zicht of geen controle op tenzij hij/zij inzage in zijn of haar dossier vraagt.

### **2) Hoe het EPD voldoende beveiligen?**

Los van de uitwisseling van gezondheidsgegevens stelt zich de vraag hoe de gegevens die de zorgverstreker in een EPD bijhoudt voldoende kunnen worden beschermd en welke verantwoordelijkheid de zorgverstreker daarin heeft. De Hoge Raad werkt sinds enkele jaren actief rond de cyberveiligheid van zelfstandigen, kmo's en vrije beroepen en weet dan ook dat een goede beveiliging van elektronische gegevens geen evidentie is. Bezorgdheden inzake cyberveiligheid mogen digitalisering niet in de weg staan, maar er moet daar wel voldoende aandacht aan besteed worden en men kan die uitdaging en verantwoordelijkheid niet volledig op de betrokken zorgverleners afschuiven.

### **3) Artikel 36 omschrijft toegang tot patiëntgegevens veel te ruim**

Artikel 36 van de kwaliteitswet bepaalt dus dat de gezondheidszorgbeoefenaar toegang heeft tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars. Er worden daar vervolgens in de wet dus ook een aantal voorwaarden aan gekoppeld maar dit artikel is veel te ruim geformuleerd. Nergens wordt er in een beperking van de gegevens voorzien die men moet of mag delen.

### **4) De geïnformeerde toestemming**

Artikel 36 van de kwaliteitswet voorziet de voorafgaande, geïnformeerde toestemming van de patiënt als voorwaarde voor de toegang van de zorgverstreker tot de gezondheidsgegevens van de patiënt.

Dit artikel lijkt nu zo geïnterpreteerd te worden dat deze toestemming slechts eenmalig moet gegeven worden. Eenmaal men heeft toegestemd, blijft die toestemming gelden totdat de persoon in kwestie zijn of haar toestemming terug intrekt. De toestemming wordt ook als allesomvattend beschouwd. Het is niet dat men instemt per zorgverlener, met één bepaalde gegevensdeling of dat men alleen toestemming kan geven om bepaalde soorten gegevens te delen. De patiënt kan wel bij het verlenen van de toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten, maar dat kan dus volgens de wet alleen op het moment van het geven van de toestemming en niet meer op een later tijdstip. De Hoge Raad vindt de geïnformeerde toestemming een zeer belangrijk principe dat zeker moet behouden blijven maar dat om echt nuttig te zijn een betere en correctere praktische uitvoering moet krijgen.

Gezien de manier waarop die geïnformeerde toestemming nu vaak gevraagd wordt en gezien het groot aantal patiënten die momenteel reeds hun geïnformeerde toestemming hebben gegeven, bestaat er een sterk vermoeden dat die personen zich niet bewust waren en zijn dat zij die toestemming gegeven hebben en dat zij niet goed weten wat die toestemming juist inhoudt. De AVG bepaalt nochtans dat een geldige toestemming een vrije, specifieke, geïnformeerde en ondubbelzinnige wilsuiting moet zijn waarmee de betrokkene door middel van een verklaring of een ondubbelzinnige actieve handeling de verwerking van zijn of haar persoonsgegevens aanvaardt.

## **5) Een therapeutische relatie**

Artikel 37 van de kwaliteitswet voorziet als bijkomende voorwaarde dat de zorgverstrekker een therapeutische relatie met de patiënt moet hebben. Onder therapeutische relatie wordt dan verstaan een relatie tussen een patiënt en een gezondheidszorgbeoefenaar in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt. Er is geen systematische controle om te kijken of een zorgverstrekker die gegevens inkijkt daadwerkelijk een therapeutische relatie heeft met de patiënt. Tevens stelt zich hier de vraag of bijvoorbeeld bedrijfsartsen, controleartsen en verzekeringsartsen ook een therapeutische relatie met de patiënt hebben en gegevens mogen inkijken.

## **6) Afschaffen toegangsmatrix is risicovol**

Artikel 38 van de kwaliteitswet legt nog een aantal bijkomende voorwaarden op:

- De finaliteit van de toegang bestaat uit het verstrekken van gezondheidszorg.
- De toegang is noodzakelijk voor de continuïteit en kwaliteit van de gezondheidszorg
- De toegang beperkt zich tot de gegevens die dienstig en pertinent zijn in het kader van het verstrekken van gezondheidszorg.

Deze voorwaarden worden momenteel in belangrijke mate toegepast door middel van de zogenaamde toegangsmatrix. Deze matrix bepaalt welke type zorgverlener toegang heeft tot welke type gegevens. Men wil nu dus afstappen van deze benadering en deze vervangen door een nieuwe aanpak waarbij elke zorgverlener zelf kan oordelen welke gegevens hij of zij nodig heeft in functie van de continuïteit en kwaliteit van de zorg. De Hoge Raad begrijpt dat het werken met een toegangsmatrix erg complex kan zijn en dus ook zijn beperkingen heeft, maar vreest dat het eenvoudigweg afschaffen van die matrix een veel te ruime toegang mogelijk maakt. De meeste zorgverstrekkers zullen zeker in staat zijn om op een correcte manier zelf te oordelen welke gegevens zij nodig hebben maar zeker in het geval van geestelijke gezondheidsgegevens moeten er volgens de Hoge Raad strengere toegangsregels voorzien worden.

## **7) Informatie voor de patiënt over wie toegang tot zijn of haar gegevens heeft gehad**

Artikel 40 van de kwaliteitswet bepaalt dat de gezondheidszorgbeoefenaar de nodige maatregelen moet nemen opdat de patiënt kan controleren welke personen toegang hebben of hebben gehad tot zijn of haar gegevens. Dit is een belangrijk principe dat er mee voor kan zorgen dat de personen die toegang kunnen hebben tot die gegevens eerst goed zullen nadenken of ze daadwerkelijk het recht hebben om die gegevens te raadplegen. De Hoge Raad steunt dan ook het initiatief om dit controlemechanisme zo uit te werken dat de patiënt op een eenvoudige manier deze informatie kan raadplegen en anomalieën kan detecteren. Voor een patiënt is het zeker niet eenvoudig om, soms op basis van lange lijsten van namen die toegang hebben gehad tot zijn of haar dossier, te oordelen wie al dan niet daadwerkelijk het recht had om zijn of haar dossier te raadplegen. Bovendien moet de patiënt ook nog op de hoogte zijn van zijn of haar recht op deze informatie en weten hoe hij of zij dit recht kan uitoefenen. Tot slot dient toch ook opgemerkt te worden dat, hoewel dit instrument dus ook een preventieve functie heeft, een ongeoorloofde toegang enkel ex post zal vastgesteld worden en het kwaad dan natuurlijk al geschied is.

## **D. Te onderzoeken pistes**

### **Wat het bijhouden van een EPD betreft:**

- 1) Men zou kunnen verplichten om een EPD bij te houden maar alleen op voorwaarde dat de patiënt in kwestie daar ook uitdrukkelijk mee instemt. Momenteel heeft de geïnformeerde toestemming enkel betrekking op het delen van gegevens en niet op het bijhouden van een EPD (in strijd met de AVG).
- 2) De minimale lijst van gegevens die in het EPD moeten worden opgenomen, wordt best niet te ruim geformuleerd, en dit zeker voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen.
- 3) De vraag stelt zich of het recht uit de AVG om vergeten te worden, ook niet zou moeten gelden voor gezondheidsgegevens. Er dient wel vermeden te worden dat de zorgverstrekker partiële gezondheidsgegevens over een patiënt krijgt zonder dat de zorgverstrekker zich daar van bewust is. In het geval van medicatiegebruik zou dat bijvoorbeeld tot erg gevaarlijke situaties kunnen leiden. Dus als er gegevens gewist worden, moeten alle gegevens gewist worden. Een andere optie zou zijn dat in het dossier uitdrukkelijk vermeld wordt dat het geen volledig beeld geeft. Het niet beschikken over gezondheidsgegevens kan, bijvoorbeeld in het geval van dringende interventies, gevaarlijk zijn voor de patiënt. Bovendien kan informatie uit de medische voorgeschiedenis die momenteel niet zo belangrijk lijkt, op termijn toch relevant worden in de diagnostiek, bijvoorbeeld rond schizofrenie, bipolaire stoornis, multiple sclerose, ...

### **Wat de uitwisseling van gezondheidsgegevens betreft:**

- 1) Artikel 36 van de kwaliteitswet, dat de toegang tot patiëntengegevens voorziet, moet strikter geformuleerd worden, want de huidige formulering van artikel 36 keert de deontologische logica van de gegevensdeling om.
- 2) De geïnformeerde toestemming zou door een betere en correctere praktische uitvoering daadwerkelijk een vrije, specifieke, geïnformeerde en ondubbelzinnige wilsuiting moeten worden. Er moet overwogen worden om die toestemming in de tijd te beperken zodat de instemming herhaald moet worden. In het geval van geestelijke gezondheidsgegevens zou in plaats van met een eenmalige, algemene toestemming met specifieke toestemmingen (bijvoorbeeld voor een eenmalige uitwisseling, voor een bepaalde zorgverlener, voor een bepaalde type gegevens) kunnen gewerkt worden. De patiënt moeten weten en akkoord zijn met welke gegevens wanneer aan wie worden overgemaakt, zoals dat nu ook het geval is bij het gedeelde beroepsgeheim. Tevens dient er rekening mee te worden gehouden dat de aandoening van de patiënt in de onmogelijkheid kan stellen of er van kan weerhouden om zijn of haar toestemming te geven en daardoor een goede zorg in de weg kan staan. In dat geval zou de zorgverlener in eer en geweten en in het belang van de patiënt moeten kunnen oordelen over het delen van diens gezondheidsgegevens.
- 3) Voor de geestelijke gezondheidsgegevens zou de toegangsmatrix behouden moeten blijven en moeten aangeven welke types zorgverstrekkers geestelijke gezondheidsgegevens mogen raadplegen.

- 4) De Hoge Raad denkt dat een goede oplossing er zou kunnen in bestaan om geestelijke en bepaalde andere gezondheidsgegevens die meer nog dan andere gezondheidsgegevens vertrouwelijk dienen behandeld te worden, extra af te schermen zoals dat nu reeds in bepaalde systemen wordt gedaan voor de gegevens met betrekking tot seksueel overdraagbare aandoeningen en voor genetische gegevens.
- 5) Voor noodgevallen kan een zogenaamde “break the glass” procedure voorzien worden (cf. huidig art. 39 van de kwaliteitswet) .
- 6) De therapeutische relatie moet gedetailleerder omschreven en systematisch gecontroleerd worden.
- 7) De patiënt moet geïnformeerd worden over zijn recht om na te gaan wie zijn gegevens heeft geraadpleegd en moet op een eenvoudige manier deze informatie kunnen raadplegen en anomalieën kunnen detecteren.
- 8) Er moet een afstemming plaatsvinden tussen de kwaliteitswet, de wet betreffende de rechten van de patiënt en de AVG.
- 9) Het juridisch kader van het Care-Sets project voor de psychologen moet verduidelijkt worden en de in de Care-Set van de psychologen op te nemen gegevens moeten beperkt worden en afgestemd worden op de eigenheid van de geestelijke gezondheidszorg.
- 10) Er moet een periodieke evaluatie van het systeem en het wettelijk kader worden uitgevoerd

## **E. Wet tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid<sup>8</sup>**

Deze wet geeft eveneens aanleiding tot een groot aantal bezorgdheden en vragen bij de beoefenaars van mentale gezondheidszorg. De Hoge Raad zal ingaan op de belangrijkste hiervan.

### **Artikel 11, 3°**

Dit artikel vervangt paragraaf 4 van artikel 7.

Het houdt een verplichting in om informatie mee te delen indien deze geen nadeel meebrengt voor de patiënt.

Het concept van geestelijke gezondheid zou moeten worden ingevoerd en er zou een onderscheid moeten worden gemaakt tussen de registers van gezondheidszorgbeoefenaars en van professionals in de psychische gezondheidszorg. Het is wenselijk om patiënten niet op te sluiten in een psychiatrische diagnose, omdat deze kan evolueren en de informatie dus niet langer geldig is. Het is de notie van verplichting die zou moeten worden geschrapt ten gunste van de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar die bevoegd is om aan elke patiënt aangepaste uitleg te geven. Bovendien ondermijnt dit de vertrouwensrelatie die een geestelijke gezondheidszorgbeoefenaar met zijn patiënt onderhoudt.

### **Artikel 16**

De verwijzing naar de persoonlijke notities wordt uit de wet gehaald.

Dit zou inhouden dat het recht van de patiënt om zijn dossier in te zien ook deze notities zou omvatten. Inzake mentale gezondheid verdient het echter de voorkeur, zoals hierboven vermeld, dat de patiënt geen toegang heeft tot de denkpluimen van de beroepsbeoefenaar.

---

<sup>8</sup> Een foute vermelding in de titel van de wet dient rechtgezet te worden: Wet tot et (sic) tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende...



### **Artikel 18**

De gezondheidszorgbeoefenaars zijn van mening dat de gezondheidsgegevens geen voorwerp mogen uitmaken van enige verwerking buiten de zorgrelatie.

### **Artikel 23, 2°**

Dit artikel wijzigt artikel 15 van de wet.

De multidisciplinaire raadpleging geeft de beroepsbeoefenaar het recht om af te wijken van de beslissing van de personen die het recht op vertegenwoordiging van de minderjarige patiënt uitoefenen. Dit geeft een vrijheid/verantwoordelijkheid aan de beroepsbeoefenaar, voor zover hij zich tegenover zijn collega's verantwoordt. Deze bepaling stelt de patiënten geenszins gerust, en evenmin de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen, waaronder de klinisch psychologen.

## **BESLUIT**

De Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO vraagt dat er bijzondere aandacht zou worden besteed aan het EPD inzake mentale gezondheid, dat er rekening zou worden gehouden met de vereiste specificiteiten en dat de verplichtingen van de beoefenaars van de geestelijke gezondheidszorg dienovereenkomstig zouden worden aangepast.

---