

Werkgroep EPD : huidige stand van zaken

Momenteel kan weinig worden gezegd over waar men staat, in deze werkgroep.

We hebben veel deskundigen gehoord: juristen, psychologen, psychiaters enz.

Aanvankelijk vroeg de minister het advies van de Federale Raad, over twee dossiers inzake de kwaliteitswet: het portfolio en het EPD.

Het advies over het portfolio werd ingediend en leverde niet veel problemen op.

Het "praktische" advies over het EPD is echter veel problematischer. De werkgroep was al snel van mening dat men geen eenvoudig praktisch advies kon uitbrengen omdat het hier gaat om een gevoelige kwestie die onder meer te maken heeft met het beroepsgeheim.

De werkgroep verzocht om uitstel om meer bedenktijd te hebben.

De Federale Raad kreeg extra tijd.

De eerste vergadering van de Federale Raad na de zomervakantie vindt plaats in oktober.

Het is duidelijk dat het dan niet mogelijk is om momenteel iets te kunnen geven van een samenvatting van de situatie. Ik heb de voorzitter van de werkgroep, Patrick Luyten, meermaals aangeschreven die me heeft geantwoord dat hij zijn uiterste best zal doen om vóór de plenaire vergadering van oktober een tekst te hebben, maar deze tekst is nog niet klaar.

Dat is op zich niet slecht, want het betekent dat dit dossier niet lichtvaardig kan worden behandeld en dat het geenszins om een eenvoudig praktisch advies gaat.

In de werkgroep werden vele punten aan de orde gesteld en het is onmogelijk ze allemaal te noemen.

Hieronder enkele punten die ik onder vele andere kan aanwijzen. Deze werden vooral benadrukt door Tom Balthazard, hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit Gent:

1. Mettertijd zien we een **evolutie van het patiëntendossier**

- van een instrument dat diende als geheugensteun voor de individuele beoefenaar
- naar een instrument voor communicatie met collega's
- tot een instrument voor communicatie met de patiënt: het "patiëntendossier" behoort in principe toe aan de patiënt en niet aan de gezondheidswerker. Het is het dossier van de patiënt en gaat niet over de patiënt

2. De **implicaties/onverenigbaarheden** tussen de kwaliteitswet en de patiëntenrechtenwet moeten worden bestudeerd. Sinds de "erkenning" van klinische psychologen en klinische orthopedagogen als beoefenaars van de gezondheidszorg, vallen zij ook onder de patiëntenrechtenwet; het is duidelijk dat een evaluatie/aanpassing van de patiëntenrechtenwet nodig is, met name wat betreft persoonlijke aantekeningen en gegevens over derden

Er bestaan enkele onverenigbaarheden tussen de wet inzake patiëntenrechten en de deontologische code van de psycholoog, bijvoorbeeld wat betreft de toegang van de patiënt tot zijn dossier. De toegang van de patiënt is onvoorwaardelijk en onbeperkt volgens de wet inzake patiëntenrechten, maar is veel "meer afgewogen" volgens de deontologische code; de formulering is genuanceerder, bijvoorbeeld met betrekking tot de mededeling van de diagnose ("de diagnose meedelen voor zover dit nuttig of niet schadelijk kan zijn voor de patiënt").

Het is moeilijk voor te stellen dat de toegang tot het dossier "geestelijke gezondheid" volledig parallel loopt met de toegang tot de somatische gezondheid. We zitten in een ander paradigma dan dat van de lichamelijke gezondheid.

3. Wat de **kwalietswet** betreft, somt artikel 33 de minimaal op te nemen gegevens op, die nog moeten worden geconcretiseerd en geïnterpreteerd voor elke beroepsgroep. Het idee van Tom Balthazar is dat gesteld kan worden dat wat met de term diagnose wordt bedoeld verschillend is naargelang het gaat om somatische gezondheid of geestelijke gezondheid.

4. De **evolutie naar een elektronisch dossier** lijkt onvermijdelijk en onmisbaar voor de "georganiseerde" geestelijke gezondheidszorg, zowel in psychiatrische ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische rusthuizen, enz. Voor de particuliere praktijk is het misschien minder dringend en moet er anders over worden gedacht.

5. **Delen van gegevens**

Artikel 36 formuleert strikte toegangscriteria. Het artikel is geschreven op basis van de individuele praktijk, hetgeen de toepassing ervan zeer moeilijk maakt voor teamwerk: in instellingen waar in teamverband wordt gewerkt, is het niet doenbaar om de patiënt voor elk lid van het team toestemming te vragen om de aantekeningen van een ander teamlid te lezen.

Daarom zal er waarschijnlijk een verschil moeten worden gemaakt naargelang het werk in teamverband of in de individuele praktijk wordt gedaan.

In Nederland wordt bijvoorbeeld een verschil gemaakt tussen « push » en « pull »: *push* betekent de overdracht van gegevens door de ene beroepsbeoefenaar aan de andere; *pull* betekent het trekken van informatie van een andere beroepsbeoefenaar naar zichzelf. De wetgeving inzake het gedeelde beroepsgeheim blijft een goede basis voor « push », maar niet voor « pull ».

De vraag is: welke waarborgen moeten er komen voor de « pull »; Tom Balthazar pleitte voor een strikte interpretatie voor de geestelijke gezondheidszorg, terwijl er flexibiliteit blijft voor teamwerk.

6. **Gebruik voor wetenschappelijk onderzoek**

Dit gaat over de vraag naar het secundaire gebruik van gegevens om de overheid instrumenten te geven voor het organiseren van kwaliteitszorg en voor wetenschappelijk onderzoek.

7. **Praktische kwesties**

Wie is eigenaar van het dossier wanneer een psycholoog bijvoorbeeld van praktijk verandert?

8. **Wat zijn de rechten van de patiënt?**

De patiënt moet kunnen weten voor wie de informatie toegankelijk is. Een patiënt kan in principe niet vragen om correctie van een diagnose, omdat het gaat om de mening van een arts en niet om persoonlijke gegevens. De patiënt wordt niet geacht de bevoegdheid te hebben om een diagnose te veranderen.