

Het gedeelde beroepsgeheim van de psycholoog en het werken in netwerkverband

Sinds de gecoördineerde wet van mei 2015, betreffende het beoefenen van een gezondheidsberoep, wordt de klinisch psycholoog beschouwd als een gezondheidsberoep, geregeld door een nieuw Ministerie, en niet meer alleen door het Ministerie van middenstand dat nog steeds bevoegd is voor de Psychologencommissie.

Deze legislatieve wijziging heeft de klinisch psychologen verplicht om zich te positioneren in het veld van de gezondheid. De fysieke gezondheid en de mentale gezondheid kennen nochtans niet dezelfde paradigma's, echter vervolledigen ze elkaar. Bepaalde kenmerken van het werk op vlak van de mentale gezondheid compliceren de toepassing van de wet die te maken heeft met de kwaliteit van de praktijk van de zorg, met name wat betreft een mogelijk elektronisch patiëntendossier.

De vertrouwensrelatie tussen een psycholoog en de persoon die op consultatie komt is een onmisbare voorwaarde opdat een werk zou kunnen gebeuren, en wat in vertrouwen wordt besproken mag geen onderwerp van communicatie worden tegenover andere actoren, zonder respect voor de deontologie. Deze vertrouwelijkheid maakt niet alleen deel uit van het privéleven maar ook uit van het ethische kader van het beroep van de psycholoog en de deontologie ervan.

Het respect voor dit essentiële gegeven in de praktijk van de zorg viseert niet alleen de bescherming van de personen maar ook het vertrouwen in het beroep, want het beroepsgeheim is een regel van publiek recht. Het respecteren van het spreken van de patiënt is noodzakelijk voor de psychische integriteit van deze laatste, wanneer hij persoonlijke informatie aan iemand toevertrouwt, en zijn innerlijke beleving met iemand deelt. Het delen van vertrouwelijke informatie zou dan een aantasting zijn van deze psychische integriteitⁱ, want het kan worden aangevoeld als verraad.

De jurist Pierre Lambertⁱⁱ schrijft: « Wanneer de arts het geheim verraadt dat hem wordt toevertrouwd, is het het gehele publiek dat riskeert te lijden onder dit gebrek aan vertrouwen, want omwille van de vrees voor indiscretie kan iemand aarzelen om zijn toevlucht te nemen tot de arts en dus wordt de publieke gezondheid gecompromitteerd. » Dit kan evengoed gedacht worden voor het werk van de psycholoog, of hij nu werkt in een zorginstelling dan wel privé, op medisch voorschrift. Het arrest 44/2019 van het Grondwettelijk Hof, van 14 maart 2019, bevestigt ook deze vertrouwensband tussen een maatschappelijk assistent en de houder van het beroepsgeheim.

En wat met de eerstelijns psycholoog ?

Het systeem van een medisch voorschrift voor de terugbetaling van psychologische consultaties veronderstelt niet automatisch dat de persoon een patiënt wordt, noch dat hij object wordt van een medisch verslag of van een systematische interventie van de psycholoog in het globaal elektronisch patiëntendossier. Dat onderdeel van het project van de ex-minister Maggie De Block is zorgwekkend.

Het volstaat dat de huisarts weet dat de patiënt een psycholoog is gaan consulteren en dit kan besproken worden tijdens een medische consultatie. Vandaag kan het voorschrijven van vier sessies die worden terugbetaald, dus uitmonden op een nieuw voorschrift dat door de patiënt of door de psycholoog aan de arts wordt gevraagd, met een maximum van acht sessies per kalenderjaar. Na die 8 sessies kan de klinisch psycholoog, indien noodzakelijk, de patiënt oriënteren naar een specialist of iemand anders, ofwel zelf verder gaan wanneer hij zelf gevormd is in de psychotherapie, met sessies die vergoed worden door de mutualiteit van de patiënt. Deze twee systemen van terugbetaling

kunnen elkaar niet overlappen maar niets verhindert dat ze elkaar opvolgen om een continuïteit van zorg te verzekeren.

Het competentiedomein van de interventie van een eerstelijnspsycholoog - in het Frans- Psychologue de Première Ligne PPL- is wel degelijk dat van de **mentale gezondheid** omdat hij wordt erkend als een actor van de interventies die in een regionaal netwerk worden gecoördineerd, het zogenaamde netwerk 107, door de federale overheidsdienst. Deze tussenkomst is toegankelijk voor patiënten die in orde zijn met het ziekenfonds, met een INSZnummer en de RSZ-code van de voorschrijvende arts, dankzij een tarief dat beperkt wordt tot € 11,20 of tot € 4 voor diegenen met een verhoogde tegemoetkoming. De psycholoog ontvangt het verschil om te komen tot € 45 of tot € 60 voor de eerste sessie, via de budgettaire enveloppe die in Brussel werd toevertrouwd aan het Titeca-ziekenhuis, dat heeft aanvaard om deze dienstverlening op te nemen.

Bovendien is het kader van dit project gepland over drie jaar, en zal het geëvalueerd worden, vanaf de start in 2019, tot eind 2021. Er werd eveneens voorzien dat gegevens zouden worden gedeeld, tussen de psycholoog en de voorschrijvende arts.

Hoe gegevens delen met respect voor de deontologie van de psycholoog, die van de arts en de wet op de patiëntenrechten?

De deontologische code van de psycholoog voorziet dat het gedeelde beroepsgeheim slechts mogelijk is wanneer vijf cumulatieve regels worden gerespecteerd (zie artikel 14 van de deontologische code van de psycholoog) die als volgt luiden:

- 1) Voorafgaand de patiënt informeren over het belang dat hij al dan niet kan hebben bij het delen van gegevens.
- 2) Het bekomen van het akkoord van de patiënt, waarbij het expliciete akkoord altijd beter is dan een impliciete akkoord.
- 3) Het delen kan enkel gebeuren in het belang van een beter ten laste nemen van de fysieke, mentale of sociale gezondheid.
- 4) Het delen van de gegevens moet beperkt worden tot wat strikt onmisbaar is (waarbij vertrouwelijke gegevens worden uitgesloten).
- 5) Het delen kan enkel gebeuren tussen personen die onderworpen zijn aan het beroepsgeheim, die werken in het kader van eenzelfde missie, in dit geval therapeutisch.

En wat met de andere beroepen in netwerkverband ?

De commissie Psychiatrie en mensenrechten (2016, zie hieronder punt 5) van de liga met dezelfde naam heeft de bakens aangegeven die betrekking hebben op de verschillende deontologieën waarvan sprake (die van de geneesheren en de maatschappelijke assistenten). Er werden vier punten opgesomd:

- 1) Het bekomen van het akkoord van de betrokken persoon, wat gemakkelijker lijkt binnen eenzelfde instelling naarmate omzichtigheid en respect meer vertrouwen hebben gegeven, voor deze laatste, in de instelling die wordt geraadpleegd. Een contact of het delen van gegevens met externe verzorgers moet expliciet gevraagd worden in het kader van een therapeutische alliantie. Bijvoorbeeld een document dat voorziet wie mag gecontacteerd worden in geval van crisis en waarbij de handtekening van de patiënt toelaat dat hij de circulatie van de informatie kan controleren (6).

- 2) Dit delen kan slechts gebeuren wanneer de drie beroepen waarvan sprake (artsen, maatschappelijk assistenten en psychologen) in hun eigen deontologie gebonden zijn aan het beroepsgeheim.
- 3) Dat deze professionelen tussenkomen in het kader van eenzelfde therapeutische missie en voor een beter gecoördineerd ten laste nemen voor elk van de patiënten.
- 4) Het slechts delen van informatie die noodzakelijk is voor het werk in een team of binnen een netwerk, in het belang van de betrokken persoon. In het multidisciplinair werken moeten deze vier cumulatieve voorwaarden vervuld worden.

De praktijk toont dat het delen van gegevens niet noodzakelijk is voor elke patiënt, het kan nuttig en noodzakelijk zijn op vraag van de persoon wanneer die bijvoorbeeld geconfronteerd wordt met een adviserend geneesheer van de mutualiteit of van het werk, met een crisis die een hospitalisatie noodzaakte.

De situatie van noodzaak wordt voorzien door de wet wanneer het gaat om de integriteit of de veiligheid van de patiënt, of tegenover derden (mishandeling) omwille van redenen van veiligheid (geweld) of publieke gezondheid (ziekte). Tijdens dit delen van gegevens kan de psycholoog inschatten dat hij dat slechts kan doen in bepaalde gevallen, en dit buiten elke vertrouwelijke informatie: resultaten van testen, verdenking van ziekte, noodzaak van een voorschrift of van een verandering van behandeling, of elk gegeven dat de patiënt niet met een andere deskundige wil bespreken maar waarvan hij vraagt om dit te communiceren via een schrijven, voorafgaand in de consultatie besproken.

Hoe kan op een nuttige manier in een netwerk worden gewerkt?

Het feit van het zeggen dat de weloverwogen instemming van de patiënt volstaat om het beroepsgeheim op te heffen heeft reeds verschillende standpunten opgeleverd, onder andere besproken in het werk van Roland Gori ⁱⁱⁱ. Bevindt de patiënt zich in een situatie dat hij een vrije en overwogen mening kan geven wanneer hij behoefte heeft aan een voorschrift of opgenomen moet worden in een instelling?

Kent de patiënt, of het nu ambulant is dan wel in het hospitaal, zijn rechten, maar vooral, kan hij vertrouwen in het spreken van een deskundige die zich niet vrij zou voelen om een belofte te doen en dus ook deze belofte te kunnen verzekeren?

Het beroepsgeheim is een verplichting om niet te onthullen, eerder dan een recht om te zwijgen. Het dient om de gebruiker in het kader van een begeleiding of van zorg te beschermen, niet om de deskundige te beschermen. De verzorger moet rekening houden met de wet en de uitzonderlijke omstandigheden die hem kunnen bevrijden van het beroepsgeheim wat betreft de patiënt, zelfs wanneer deze laatste akkoord gaat, want hij is niet de enige meester over het geheim, dat kan ook gaan over derden.

Het is dus mogelijk om een deel van de informatie te optimaliseren in het belang van de continuïteit van de zorg van een patiënt, maar dit kan slechts gebeuren met respect voor bepaalde voorwaarden en onder de professionele verantwoordelijkheid van de psycholoog en/of de arts die zelf ook onderworpen is aan artikel 458 van het strafrecht (wat een sanctie voorziet voor diegenen die het overtreeden).

In het kader van een consultatie of een behandeling in familieverband, zal de patiënt vertrouwelijke informatie delen met zijn naasten en deze laatsten verzekeren hem, net zoals de hulpverlener, de vertrouwelijkheid ten opzichte van eventuele derden.

Rekening houdend met deze beschouwingen is het voor bepaalde patiënten interessant om onthaald in het kader van een coördinatie van zorg, van een netwerk van hulp en begeleiding met het doel om een dispositief te ontwikkelen ter ondersteuning van de sociale integratie van deze patiënten die geïsoleerd zijn en leven in een precaire situatie.

Een gedeeld medisch of individueel dossier?

Het voorbeeld van het medisch dossier eHealth op www.mijngezondheid.belgie.be lijkt hierin verhelderend. Het zou voor elke burger nuttig zijn om deze site te consulteren om zijn eigen medisch dossier terug te vinden, met behulp van zijn identiteitskaart, zijn pincode en een EID-kaartlezer. Elkeen kan verifiëren of de eigen medische gegevens al dan niet toegankelijk zijn, al dan niet gedeeld worden. Er bestaat een tabblad waar een vrij en persoonlijk akkoord kan worden gegeven voor de overdracht van gegevens aan medische beroepen die een therapeutische relatie hebben met de patiënt. Het zou dus belangrijk zijn dat de partners in de mentale gezondheid elke patiënt helpen om daar toegang toe te krijgen en te kiezen om al dan niet zijn toestemming te geven voor het delen van gevoelige informatie. Het zal duidelijk zijn dat de hulpverlener voor de mentale gezondheid (psychiater, psycholoog, psychosociale begeleider) aandachtig moet zijn om dit soort van dossier niet te gaan aanvullen, behalve voor de objectieve en dringende medische gegevens **én** met een duidelijke instemming van de patiënt.

Er bestaan twee aspecten van het werken in een netwerk:

A/ «De hulpbronnen van het netwerk », die een netwerk vormen tussen ofwel verzorgers en gebruikers, rekening houdend met de omgeving van de patiënt (de families kunnen partners zijn in de zorg voor de mentale gezondheid), ofwel tussen verschillende instellingen die geconfronteerd worden met gemeenschappelijke problemen. De hulpbronnen omvatten de eerste as, dus de integratie van de diensten ten dienste van de patiënten.

B/ «Het netwerken» gaat om de gecoördineerde mobilisatie van actoren of diensten rond een specifieke patiënt. Men vindt deze notie terug bij de tweede en de derde as, hiernavolgend:

De eerste as: Een integratie van diensten

De medisch-sociale instellingen werken reeds meer dan 30 jaar met een geïntegreerde visie op de gezondheidszorg en deze ervaring heeft zich pertinent getoond in de volgende domeinen: de verslavingszorg, de verhoogde kwetsbaarheid en de handicap, zowel door een betere kennis van de competenties binnen de diensten als voor een betere samenwerking ten dienste van de personen die zich in grote moeilijkheden bevinden. Het creëren van nieuwe laagdrempelige plaatsen voor onthaal (Club Norwest, Espace 51...in Brussel) heeft een gecoördineerd ten laste nemen toegelaten van personen met psychisch lijden.

Tweede as: Een lokale referentiepersoon

Deze functie bestaat reeds op een informele manier om een geprivilegieerd contact te onderhouden met personen die een multidisciplinair ten laste nemen noodzaken en voor wie de begeleiding of de coördinatie toelaat om een discontinuïteit in de zorg te vermijden onder de vorm van een breuk, met het risico van uitsluiting. Deze functie is niet alleen specifiek voor een dienst of een beroep, het gaat om het bewerken van een coherentie tussen zorgverleners die een persoon ondersteunen. Dit laat toe om nieuwe hulpbronnen te mobiliseren die noodzakelijk kunnen blijken en gemobiliseerd kunnen worden dankzij deze waakzaamheid of deze signaalfunctie.

In complexe situaties werkt de lokale referentiepersoon parallel met de verzorgers en verzekert hij de volgende vijf kwaliteiten ^{iv} : 1/ de nabijheid tot de patiënt 2/ de centraliteit voor de coherentie tussen de belanghebbenden 3/ de flexibiliteit om rekening te houden met elke persoon 4/ de proactiviteit om de behoeften van de persoon te identificeren 5/ het langdurig aanwezig zijn om een tijdsduur te verzekeren die rekening houdt met de evolutie van elke situatie. Om deze as te realiseren, is het noodzakelijk om rekening te houden met het belangrijke werk van reflectie dat werd gerealiseerd door de Liga van de Mensenrechten, wat betreft de bakens over het gedeelde beroepsgeheim (5).

Een derde as: Een lokaal multidisciplinair klinisch overleg

Het gaat om een participatief proces rond het project van een gebruiker dat hij samen met zijn lokale referentiepersoon heeft opgebouwd en dat de rol definieert van elke verzorger of belanghebbende dankzij het Geïndividualiseerd zorgtraject, ^{vi} gereedschap in de integratie van zorg. Het geheel van de verzorgenden en de belanghebbenden die zijn geïmpliceerd in het ten laste nemen, wordt door een externe organisator uitgenodigd en in verhouding tot de lokale referentiepersoon, om een rol van externe « derde » te spelen die toelaat om een continuïteit van zorg te verzekeren, een herstelplan na een crisis of om een crisis te voorkomen. Ander voordeel: de mobilisatie toelaten van een mobiele equipe, de begeleiding garanderen en de heroriëntatie van de zorg in samenwerking met de belangrijkste actor van de gezondheid: de betrokken persoon of de gebruiker.

Conclusie: Het beroepsgeheim is geen obstakel voor het netwerken.

Het gedeelde beroepsgeheim vormt het cement van dit soort werk, meer en meer actueel, en gaat over complexe en chronische situaties of ziektes. Als elkeen zijn engagement respecteert ten opzichte van de patiënt waarvoor hij de zorg draagt, als hij die regelmatig consulteert en zijn behoeften, zijn evolutie, zijn behoefte aan nabijheid en autonomie, blijft beluisteren, dan maken het multidisciplinair klinische overleg en de lokale referentiepersoon waardevolle gereedschappen uit in «de praktijk van een netwerk » voor een betere kwaliteit van zorg.

Martine Vermeulen ^{vii} (Vertaling door Hilde Descamps)

1 Genviève Monnoye « Le psychisme serait-il un organe ? Les réformes de la santé mentale et leurs incidences sur la confidentialité » sur site de la FPEA juin 2019

2 Pierre Lambert (1990) « Le secret professionnel » in revue de droit pénal, Bruxelles, éd.Némésis

3 Roland Gori (2005) « Le consentement, droit nouveau ou imposture ? » sous la direction de Caverni J.P., éd.Champs libres.

4 Sylvie Detaille 22 septembre 2016 extrait de « Les missions des antennes du réseau santé mentale Bruxellois » pour le réseau Norwest de Bruxelles.

5 Commission Psychiatrie et Droits Humains (février 2016) « Santé Mentale, Secret Professionnel et Pratiques de réseau » édité par l'asbl Ligue des Droits de l'Homme.

6 Het gaat om een werkmiddel dat werd voorgesteld in het Brusselse Regionale Netwerk om een persoon te helpen om zich te positioneren ten opzichte van een vraag om hulp of om zorg.

7 Psychologue clinicienne de 1ère ligne et psychothérapeute analytique de couple et de famille, intervenante à Similes-Bruxelles, formatrice dans le champ psycho-social, administratrice à UPPSY BUPSY, représentante de la fonction 1 au réseau Norwest de Bruxelles.