

# Psychologische hulp: na erkenning van de hulpverlener, de tegemoetkoming aan de hulpvrager

*Karel Mampuys*

## Inleiding

In april 2014 en opnieuw – na de nodige correcties voor orthopedagogie en psychotherapie – in juni 2016 werd de psychologische hulpverlening eindelijk wettelijk erkend. De betreffende wetten erkennen de beroepen van klinisch psycholoog en orthopedagoog en de psychotherapie als specialistische praktijk. Die juridische erkenning was een voorwaarde om de geboden zorg financieel tegemoet te kunnen komen en de beoefenaars een plaats te geven in het overheidsbeleid ‘Volksgezondheid’. In september 2016 zou de uitvoering van de wet van start moeten gaan (zie voor actuele informatie: <https://www.bfp-fbp.be>).<sup>1</sup> Op vraag van de federale overheid, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) bracht het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in het voorjaar 2016 een advies uit over de vergoeding van psychologische hulp (Kohn et al., 2016). Dat advies is gebaseerd op een grondige vergelijking van de Belgische situatie met die in Nederland, Duitsland, Groot-Brittannië, Denemarken en Zwitserland. Het advies kreeg zijn uiteindelijke vorm na twee consultatierondes met de belanghebbenden in België, de zogenaamde stakeholders: patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen (zoals de VVKP) en zorgverzekeraars. Inspiratie vond het KCE ook nog in het evaluatierapport van de zeven Vlaamse proefprojecten eerstelijnspsychologie (ELP). Net zoals adviezen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) hebben rapporten van het KCE geen kracht van wet en het zijn ook geen uitvoeringsbesluiten. Maar beide instanties hebben een hoog moreel gezag. Ze bieden houvast in een domein waar verschillende belangen spelen. Zo werd bij de herziening van de Erkenningwet op de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nog steeds teruggegrepen op de adviezen van de HGR aangaande de psychotherapie uit 2005. Ook nu valt te verwachten dat de overheid in haar uitvoeringsbesluiten gebruik zal maken van dit goed onderbouwde advies van het KCE.

## Psychologische hulp leeft in onze maatschappij

Krantenkoppen meldden ietwat voorbarig en veelbelovend: “Vijf keer praten en je dipje is weg” (*Het Belang van Limburg*). Moeten we dan voor elk dipje naar de psycholoog, zoals we met dat griepje naar de huisarts gaan? De meeste dipjes kunnen mensen ook wel zelf aan:

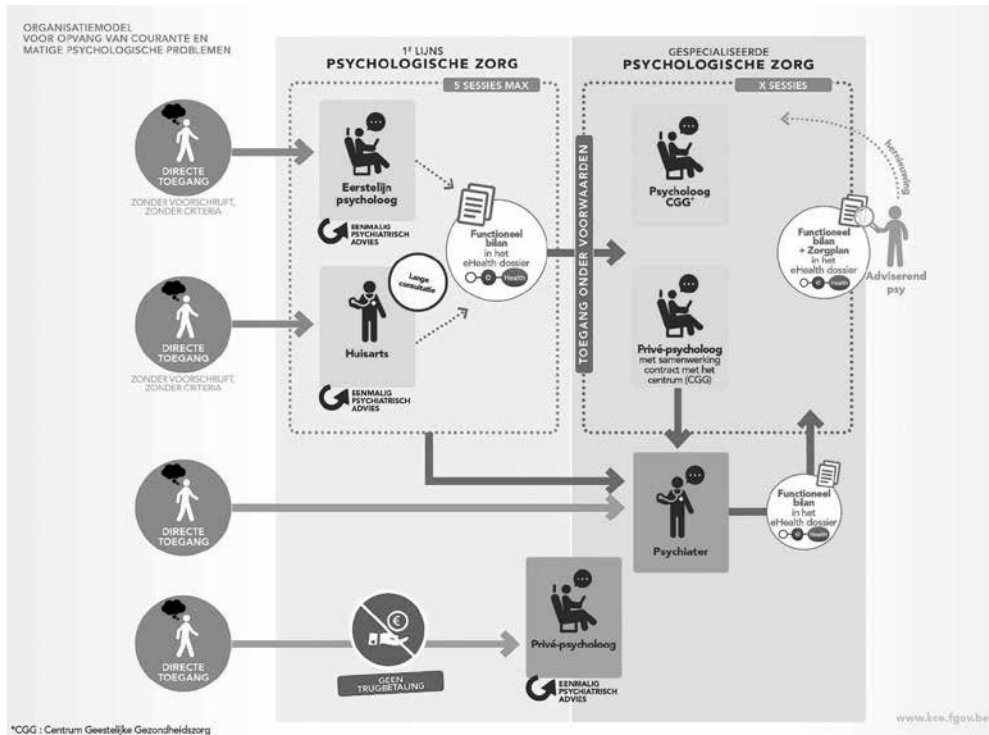
je geliefde opbellen of een flinke stapel hout met kracht klieven en morgen gezond weer op. Een andere krantenkop gaf de toegevoegde waarde van een psycholoog beter weer: “Vijf sessies, en je kan beter met verdriet of angst omgaan” (*De Standaard*). Psychologische hulp kan ervoor zorgen dat psychisch lijden sneller afneemt en minder gemakkelijk terugkeert. Zelfs één gesprek kan sommige mensen al goed aan het werk zetten, terwijl voor anderen vijf gesprekken slechts de aanloop zijn tot wat echt nodig is. Echter, mensen wachten allang op psychologische hulp die niet alleen betrouwbaar is, maar ook op een toegankelijke manier georganiseerd en betaalbaar is. Om hieraan tegemoet te komen ontwierp het KCE een organisatie- en financieringsmodel voor wat heet ‘courante en matige problemen’ waarbij ambulante hulp kan volstaan. Psychologen werkzaam in ziekenhuizen hebben evenzeer belang bij de Erkenningswet, maar hun werkzaamheden komen in het KCE-rapport niet ter sprake. Zij moeten wachten op de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en alert zijn op het beleid van het RIZIV en van hun ziekenhuis.

### Toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de zorgvrager

Het KCE-model (figuur 1) pleit voor getrapte zorg: starten met de minst intensieve behandeling en pas bij onvoldoende resultaat overgaan op een intensiever behandeltraject. De patiënt zou zonder verwijzing of diagnose rechtstreeks terecht moeten kunnen bij een eerstelijnspsycholoog. Die heeft daartoe een aanvullende opleiding gevolgd en moet werken binnen een lokaal multidisciplinair netwerk. Ook bij de huisarts kun je terecht met psychische problemen, waarvoor dan een langer consult wordt voorzien. De patiënt betaalt per sessie slechts een eigen bijdrage van 6 euro. Die ELP-hulp is werkelijk een revolutionaire verbetering van de toegankelijkheid, maar blijft wel beperkt tot vijf gesprekken. De hoop is echter het grootste deel van de milde psychische klachten daarmee te verhelpen en ernstige problemen tijdig te herkennen om ze door te verwijzen voor gespecialiseerde behandeling. Voor die doorverwijzing moet een ‘functioneel bilan’ opgemaakt worden, gezamenlijk door psycholoog en huisarts, of door een psychiater. Dat bilan moet alle nuttige informatie bevatten om na te kunnen gaan of een gespecialiseerde aanpak nodig is, met inbegrip van de gevolgde behandelingen en, indien nodig, een oriënterend voorstel voor verdere behandeling.

De patiënt kan dan in de tweede lijn terecht voor een (nog nader te bepalen) aantal gesprekken bij een gespecialiseerde psycholoog of bij een professional die wettelijk bevoegd is psychotherapie te geven. De eigen bijdrage hiervoor bedraagt per sessie 12 euro of minder voor bepaalde gerechtigden. Die psycholoog is werknemer van een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), of heeft er als zelfstandige een samenwerkingscontract mee, of is werkzaam in een erkende private groepspraktijk. Om voor erkenning in aanmerking te komen zal die groepspraktijk allicht aan dezelfde eisen moeten voldoen als een CGG. Die gespecialiseerde zorg is begrensd maar kan wel verlengd worden, mits een bijgesteld bilan plus zorgplan door een adviserende psycholoog of psychiater wordt goedgekeurd.

In de tweede lijn blijft de psychiater, zoals dat nu al het geval is, rechtstreeks toegankelijk, maar men wil stimuleren dat het consulteren van een psychiater op verwijzing van de huisarts of de eerstelijnspsycholoog gebeurt. Ook voorziet het rapport in de mogelijkheid dat een eerstelijnspsycholoog of huisarts eenmalig een adviesconsult kan vragen aan een psychiater.



Bron: KCE-rapport.

FIGUUR 1. Organisatiemodel voor de aanpak van lichte tot matige geestelijke gezondheidsproblemen.

Ten slotte kan een patiënt zich ook rechtstreeks wenden tot een klinisch psycholoog die zijn praktijk volledig zelfstandig uitoefent. De Erkenningswet biedt de hulpvrager de garantie dat die psycholoog over de nodige kwalificaties beschikt; er vindt echter geen terugbetaling van de kosten plaats omdat hier geen sprake is van een contractuele samenwerking.

Tot zover het KCE-advies in een notendop. In het degelijk onderbouwde rapport zijn de afwegingen en argumenten terug te vinden. Het in praktijk brengen van dat advies zou een reuzensprong betekenen voor de psychologische basiszorg. In wat volgt, gaan we nader in op een aantal kenmerken van dat model en staan we vooral stil bij de consequenties voor de klinisch psycholoog die binnen dat kader aan de slag wil gaan.

## Psychiatisering en methodestrijd vooralsnog ontweken

De toegang tot psychologische zorg zal niet afhangen van een psychiatrische diagnose, zeker niet in de eerste lijn. Niet alleen zorgt dat voor een vlotte instroom, het helpt mensen op die manier ook over hun drempelvrees ten aanzien van psychologische hulp heen. Er wordt immers vermeden dat de patiënt een stigmatiserend etiket voor lief moet nemen om hulp te kunnen krijgen. Want daarin verschilt psychologische hulp nu eenmaal van biomedische hulp: mensen voelen zelden schaamte of schuld over een gebroken been, het gips laten ze

zelfs trots door vrienden van graffiti voorzien. Het model bevat evenmin de ongenueerde verplichting om uitsluitend evidencebased methoden toe te passen. Het KCE wilde zich hieraan de vingers niet branden en stelt niet over harde argumenten te beschikken om zo'n eis te onderbouwen. Het KCE gaat ervan uit dat het basisberoep aangevuld met een specialistische opleiding en de verplichting tot samenwerking, intervisie en permanente bijscholing voldoende kwaliteitsgaranties bieden. Die gekwalificeerde hulpverlener kan dus over therapeutische vrijheid beschikken.

In eerste instantie is daarmee ook het dwingende diagnosebehandelcombinatie (DBC)-principe vermeden. In dat Nederlandse systeem van DBC's wordt verwacht dat een patiënt met een omschreven diagnose behandeld wordt met een wetenschappelijk bewezen doeltreffende methode of als die niet beschikbaar is, dan met een 'best practice'-methode. Evidencebased methoden genieten natuurlijk ook bij ons heel wat aanzien. Ze moeten echter wel op een verstandige en flexibele manier worden ingebed in een zorgzame therapeutische relatie, aangepast aan de meestal complexe problematiek en context van de patiënt.

De overheid wil graag de kosten beheersen, vooral als er sprake is van uitlopende zorgtrajecten. Dat is begrijpelijk. Een efficiënt gebruik van publieke middelen door het toepassen van kostenefficiënte behandelingen hoort ook een bekommernis te zijn van hulpverleners. Al bij het opstellen van het functionele bilan zullen eerstelijnspsycholoog, huisarts en psychiater de ernst en de aard van de problematiek moeten beschrijven en taxeren. Ze zullen elkaars taal en zienswijze moeten begrijpen, en de gespecialiseerde hulpverlener moet hun indicatie begrijpen. Als die gespecialiseerde zorg later verlengd moet worden, zullen er in het verste zorgplan mogelijk hardere criteria getoetst worden. Als men er dan meer toe neigt het psychisch lijden stoornisgebonden te bekijken, valt te hopen dat dit in een transdiagnostische geest gebeurt. De beslissingshandvatten zullen meer psychiatrische diagnostiek en welomschreven behandelmethodieken bevatten. Waar publieke middelen worden ingezet, is verantwoording aan de gemeenschap nu eenmaal onvermijdelijk. Het is echter de vraag hoe de adviserende psycholoog of psychiater tot zijn besluit zal komen. Zijn er wel voldoende onderzoeksgegevens aangaande de (aangewezen) behandelduur beschikbaar? Hij stapt op een gegeven moment in een al langer lopend therapeutisch proces, voorzien van een behoorlijke beslissingsmacht. Hier ligt stof voor heel wat discussie. Behoort het tot de taak van de Federale Raad voor de GGZ-beroepen om die kwestie te helpen uitklaren? De wet bepaalt dat die raad een evenwichtige samenstelling moet hebben: Vlaanderen-Wallonië, practici naast universiteitsmedewerkers, psychologen-orthopedagogen-artsen. Maar het is de vraag of er in die raad voldoende leden zitting hebben die gekwalificeerd zijn om psychotherapie te geven, liefst met kennis van diverse modellen, om over de aard en de duur van psychotherapie advies te kunnen geven.

### Continuïteit: van de zorgverstrekking of van de vertrouwensrelatie?

Bij somatische problemen kan een goede overdracht van de praktische afspraken soms al volstaan om de zorgcontinuïteit te waarborgen. Bij psychische problemen speelt de therapeutische relatie een essentiële rol. Als het klikt, wil de patiënt graag met dezelfde hulpverlener verder werken. Patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen,

klagen er vaak over dat ze de vertrouwelijke band met hun opnameteam na enkele weken moeten inruilen voor een ander behandelteam, en dat terwijl ze soms al van een PAAZ komen en door de opname sowieso al akkoord moesten gaan met een gedeeld beroepsgeheim. Anderen hebben ook al hun ambulante therapeut tijdelijk moeten loslaten. Bij hoeveel opvolgende hulpverleners wil iemand zijn zorgelijke verhaal herhalen? Zal een patiënt de behandeling bij zijn eerste psycholoog (ELP) kunnen voortzetten? Ja, als die deel uitmaakt van het bilan en zijn psycholoog een dubbele specialisatie heeft voor zowel eerstelijnszorg als specialistische behandeling. Dat zal niet vaak het geval zijn. Wordt dan het vijfde gesprek hoe dan ook een afscheidsgesprek? Als vrij snel duidelijk is dat specialistische behandeling nodig is, wacht men bij voorkeur niet tot het vijfde gesprek om door te verwijzen, zodat de hechte behandelrelatie meteen bij de gespecialiseerde hulpverlener opgebouwd kan worden.

De patiënt wil graag zijn intieme ervaringen in vertrouwen kunnen delen. Juist daarom wenden mensen zich soms tot een vrijgevestigde psycholoog, althans wie het zich financieel kan veroorloven. Daar blijft het verhaal binnenskamers, wordt het niet in een team besproken zoals bij een CGG of ziekenhuis, komt het niet ter ore van de huisarts, die ook andere gezinsleden ziet. Bovendien belanden gegevens over psychische kwetsbaarheid er niet meteen in het medisch dossier. Dat zal nu echter meer gaan gebeuren en wel in de vorm van een bilan of zorgplan. Waar somatische gegevens dikwijls al gevoelig liggen, geldt dat voor gegevens over psychische kwetsbaarheid nagenoeg altijd. Wie beheert het e-healthdossier en wie krijgt inzage waarin? De eerste lijn psychologisch versterken betekent ook dat hulpverleners zich bewuster moeten worden van wat ervaringen en psychologische gegevens voor de patiënt betekenen. Voor veel hulpverleners in de somatische zorg vraagt dat om echt werk te maken van een attitudeverandering. Zo was het bijvoorbeeld voor het personeel op spoedgevallendiensten geen sinecure om meer feeling te ontwikkelen voor de beleving van suïcidepogers.

## De opleiding van de klinisch psycholoog

Klinische psychologie is een veeleisend beroep. Waar je ook aan de slag gaat, de in de Erkenningwet bevochten autonomie vereist een voortgezette opleiding na het masterdiploma. Op Europees niveau eiste de beroepsvereniging (European Federation of Psychologists' Associations) al eerder een extra jaar gesuperviseerde praktijk om in aanmerking te komen voor het Europsy-diploma. Die eis is nu overgenomen in de aangepaste wet, in de vorm van een (betaald) stagejaar na het behalen van het masterdiploma. Dat minimum aan supervisie lijkt ons trouwens nodig, want er verlopen al gauw drie tot vijf praktijkjaren vooraleer men dit psychologenvak goed onder de knie krijgt. In die jaren volgen velen ook nu al een vakspecialisatie, bijvoorbeeld: neuropsychologie, psychodiagnostiek, diverse psychotherapievormen. Nieuw is de lancering van een tweejarige opleiding eerstelijnspsychologie (een samenwerkingsverband van universiteiten, VVKP, Lucas, vormingscentra The Human Link en De Koppeling), met veertig opleidingsplaatsen. Maar om voldoende hulpverleners bij het opstarten van de ELP-functie te kunnen inzetten, zal voorlopig een psycholoog met voldoende ervaring en met een afgeslankte ELP-opleiding allicht kunnen volstaan. Startende psychologen zullen bereid moeten zijn de volledige opleiding te volgen. Het gaat hier onzes inziens voor het eerst niet om een vakspecialisatie, maar om het verwerven van de nodige competenties ten behoeve

van een werkplek, een echelon. Die opleiding combineert diverse methodieken (diagnostiek, behandeling...). De invulling van die hybride opleiding zal geen problemen opleveren, maar hoe zal ze zich onderscheiden van de vakspecialisaties? Zullen eerstelijnspsychologen voldoende competenties verwerven en ervaring opdoen op het gebied van psychopathologie en het langer durende intensieve therapeutische werk? En zullen ze die competenties behouden? Die expertise zullen ze namelijk nodig hebben voor vroegdetectie en doeltreffende verwijzingen. Als het werk in de eerste lijn om een afzonderlijke, gemengde opleiding vraagt, geldt dat dan ook niet voor het werk in de derde lijn (ziekenhuis)? Daar wordt immers van de psycholoog vaak ook nog verwacht dat hij, naast diagnostiek en therapie, ook teams coacht en een aandeel levert in het uitwerken van het behandelbeleid. En opleidingen kosten tijd, geld en inspanning. Wie zal de startende psycholoog helpen om daaruit een verstandige keuze te maken?

### Een autonoom beroep... maar liever niet al te zelfstandig?

Psychologisch werk mag dan vaak eenzaam zijn, het is geen beroep voor eenzaten. Het KCE-rapport pleit voor samenwerking en intervisie, en daar zijn psychologen het volmondig mee eens. Die samenwerkingscultuur is iets wat alle zorgberoepen samen moeten creëren, met wederzijds respect. Maar voor de psychologische zorg lijkt het alsof men dat vanuit wantrouwen wil verankeren. In de Erkenningswet is die interdisciplinaire samenwerking zelfs vastgelegd in de definitie van psychotherapie! Ik ken geen enkele andere behandelmethode waarbij dat ook het geval is. De eerstelijnspsycholoog moet werkzaam zijn binnen een bestaande gesubsidieerde structuur. De vrije keuze van de patiënt wordt echter belemmerd als hij enkel op gesprek kan bij de eerstelijnspsycholoog die met zijn huisarts samenwerkt. Die eerstelijnspsycholoog kan ook niet zelfstandig verwijzen naar een gespecialiseerde psycholoog: hij en de huisarts worden hierbij van elkaar afhankelijk. De argumentatie luidt dat biomedische en psychologische aspecten samen bekeken moeten worden. Gedegen overleg tussen huisarts en psycholoog zal dikwijls nuttig zijn, maar moet dat dan op zo'n omslachtige manier, die uitmondt in een gezamenlijk opgesteld bilan? Een bilan waarin "alle nuttige informatie moet staan om na te kunnen gaan of een gespecialiseerde aanpak wel nodig is", en dat terwijl huisarts en psycholoog toch al overtuigd zijn dat dit nodig is? De gespecialiseerde psycholoog moet dan weer een zogenaamd 'samenwerkingscontract' aangaan met een CGG. De vraag is of er bij het afsluiten van zo'n contract wel sprake kan zijn van gelijkwaardige partners. De psycholoog-psychotherapeut zal de vragende partij zijn, voor hem staat er veel op het spel. Hij is niet enkel afhankelijk van het CGG voor het afsluiten van het contract, maar ook voor verwijzingen en voor de uitbetaling van een belangrijk deel van zijn inkomen. Dat CGG zou ook belast worden met de kwaliteitscontrole, terwijl supervisie toch een competentie is van personen, niet van een zorginstelling. Welke criteria zal het CGG hanteren voor supervisie? Ook qua opleidingseisen is er sprake van twee maten en twee gewichten: de eerstelijnspsycholoog zal ruim zeven jaar opleiding in de psychologie hebben genoten, terwijl de huisarts met een verlenging van het consult kan volstaan om psychologische begeleiding te bieden. Sedert het Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen is het helaas niet anders: de arts kan alles, en zowel de Erkenningswet als het KCE-model lijkt dat voor waar aan te nemen. Het KCE pleit er enkel voor dat in de opleiding van

artsen meer aandacht besteed zou worden aan psychosociale problemen. Ook in Nederland werden huisartsen ertoe aangezet meer psychologische hulp te verlenen. Recentelijk, bij een uitgebreide evaluatie, lieten ze echter weten dat ze overbelast worden door de psychische problemen van hun patiënten, en dat ze zich bij 75% van die hulpvragen onvoldoende geschoold voelen. Echter, voor een andere visie op de vereiste competenties en taakverdeling is het in België wachten op de herziening van dat Koninklijk Besluit nr. 78.

Kortom, de autonomie van de klinisch psycholoog dreigt door de terugbetalingsvoorwaarden flink beperkt te worden.

## Loon naar werk voor de zelfstandige psycholoog

Als werknemer krijgt de psycholoog een voorspelbaar 'baremiëk' maandloon. Zo worden hem vele kopzorgen bespaard, onder andere op het gebied van fiscaliteit en inkomenszekerheid. Maar sedert het begin van deze eeuw zetten toch heel wat collega's de stap naar het zelfstandig ondernemerschap, vaak samen met anderen binnen een psychologen-groepspraktijk. Om qua inkomen gelijke tred te houden met een collega in dienstverband moet de zelfstandig werkende psycholoog zonder anciënniteit 56 euro per consult vragen, de psycholoog met 23 jaar ervaring 74 euro (zie: honorariumberekening 2014, Eric Heyns, op <https://www.bfp-fbp.be>). Tot nu toe dekt dat honorarium alle kosten en zorgt het voor een redelijk inkomen. Het KCE-rapport bevat nog geen indicatie van het toegestane honorarium. Zeker voor consulten waarvoor de patiënt op terugbetaling rekent, zal dat worden vastgesteld. De zelfstandig werkende psycholoog wordt bovendien gedwongen om zijn inkomen bijeen te sprokkelen: de patiënt betaalt hem een kleine eigen bijdrage, de rest van het honorarium moet van de zogenaamde 'derde betaler' (RIZIV) komen. Daarnaast ontvangt hij (via de structuur waarin hij werkt, of via het CGG waarmee hij een contract heeft) ook nog een vergoeding voor dossiervorming en registratie, en tot slot een globaal bedrag voor zijn praktijkkosten. En wie hard zijn best doet, kan ook nog in aanmerking komen voor een premie voor kwaliteit. Dat alles brengt een grote hoeveelheid administratie met zich mee, terwijl de diverse betaalwijzen onzekerheid creëren. Kortom, het zelfstandig statuut wordt in dat financieringsmodel zeker niet aangemoedigd. Het zal nog meer durf, geduld, boekhoudkundige vlijt en organisatietalent vergen, of een bundeling van al die eigenschappen, binnen een groepspraktijk. Die kan dan erkenning nastreven zoals een CGG, maar zal dan evenzeer bereid moeten zijn om de niet-commerciële sociale doelstellingen van de overheid na te streven.

## Op wiens begroting?

Het rapport stelt voor dat de patiënt een lage eigen bijdrage betaalt, dat de huisarts een verhoogd honorarium krijgt voor een langer gesprek en dat de psychiater extra wordt beloond voor de terugkoppeling van zijn advies na een consult. Het honorarium van de psycholoog zal echter het meest van invloed zijn op het bedrag dat extra begroot moet worden voor die toegankelijke psychologische zorg. Het KCE vond dat er nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om een valide schatting te maken van de globale kostprijs. Tot welk bedrag mag de



huidige schamele 6% van het budget van Volksgezondheid dat aan de GGZ besteed wordt, verhoogd worden? Welk deel daarvan kan dan besteed worden aan ELP en ambulante psychotherapie? De vraag is ook op wiens begroting dat zal drukken. Vlaanderen (bevoegd voor welzijn, maar niet voor gezondheidszorg) wil het budget voor de CGG's onveranderd laten. Uit dat budget zouden dan enkel de algemene exploitatiekosten van de CGG's worden betaald en allicht ook de lonen van medewerkers die geen wettelijk erkend zorgberoep uitoefenen. Wanneer de federale overheid de honoraria van de wettelijk erkende GGZ-professionals zou betalen, leidt het ongewijzigde Vlaamse budget tot een versterking van de financiële capaciteit van de CGG's. Daarmee kunnen dan de wachtlijsten verkleind worden. Zullen de zaken zo lopen? Zullen regionale en federale financiële middelen elkaar versterken, of zullen de middelen zoals bij communicerende vaten slechts heen en weer vloeien? Wordt er al tijdens deze legislatuur een bedrag in de federale begroting opgenomen of schuift de minister van Volksgezondheid de rekening door naar haar opvolger, die er mogelijk weer een andere visie op na houdt? In het tv-programma *De Zevende Dag* maakte minister De Block zich sterk dat zij tijdens deze regeringsperiode nog een substantieel bedrag zal weten te vinden, op haar eigen departement of bij collega's, en dat in tijden van begrotingsdiscipline. We zijn benieuwd!

## Revolutie op de sofa!

Een krantenkop in *De Standaard* luidde: 'Revolutie op de sofa'. Die karikatuur mag nu toch wel naar het rariteitenkabinet gebracht worden, tenzij ermee bedoeld wordt dat psychologische zorg dankzij artikel 107<sup>2</sup> soms ook bij de mensen thuis plaatsvindt, 'op de bank'. Maar een revolutie is het wel, dit KCE-rapport. Met de implementatie van de eerstelijnspsychologische zorg kan een grote leemte in de gezondheidszorg eindelijk opgevuld worden. In dat advies worden grenzen verlegd en handvatten aangereikt voor de uitrol van de GGZ-wet. Het komt aan de behoefte tegemoet van iedereen die op zoek is naar psychologische basishulp. Maar op een aantal vragen moet nog een genuanceerder antwoord komen. Ook blijft het afwachten welke KCE-adviezen de federale overheidsdienst Volksgezondheid tot zijn beleid zal maken. Gedurende twintig jaar hebben de Belgische Federatie van Psychologen en de VVKP naar zo'n regeling gestreefd, waarbij de financiële bijdragen van de leden dit mede mogelijk hebben gemaakt. Nu komt het omvangrijke werk eraan dat de uitvoering van de Erkenningswet met zich meebrengt: in de Federale Raad voor de GGZ-beroepen moeten uitvoeringsadviezen opgesteld worden, er moet over de terugbetaling onderhandeld worden met het RIZIV en de overheid, het functioneren van regionale psychologenkringen moet worden versterkt, enzovoort. Een vereniging met voldoende trouwe en nieuwe leden zal in staat zijn om die taken op zich te nemen, deels met vrijwilligers maar vooral ook met een groeiende professionele staf.

## Noten

1. Dit artikel behandelt het KCE-advies over organisatie en financiering van de zorg. Over de Erkenningswet zelf is er veel informatie en helaas soms ook desinformatie. Op de BFP-website is een toelichting op de wet te vinden, evenals een helder overzicht van het uitgebreide pakket van overgangsmaatregelen: <https://www.bfp-fbp.be>.



2. Art. 107 van de Ziekenhuiswet maakt het voor de (psychiatrische) ziekenhuizen mogelijk om een deel van hun financiële middelen te gebruiken om de zorg voor de psychiatrische patiënt te vermaatschappelijken. Dat betekent dat de zorgverlening niet noodzakelijk aan 'bedden' gebonden is maar dat die evengoed in de thuissituatie kan plaatsvinden.

## Literatuur

Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese* (Health Services Research; KCE Reports 265As; D/2016/10.273/31). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

## Personalia

Karel Mampuy, klinisch psycholoog, is werkzaam bij PZ Asster (tot 2016) en bij De Facto Psychologenpraktijk te Sint-Truiden. Als BFP-bestuurslid is hij actief in het Sectorberaad Klinische Psychologie. E-mail: [mampuy.karel@telenet.be](mailto:mampuy.karel@telenet.be)