

Vertrouwen is makkelijk geschonden, maar moeilijk op te bouwen

Waarom psychologen de conventie eerstelijnspsychologische zorg massaal links laten liggen

Koen Lowet

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2020, 50(4), 339-346 |

De federale regering kondigde in 2018 aan voor het eerst doelbewust een budget vrij te maken voor de financiering van psychologische zorg. Wat een historisch besluit had moeten zijn, werd echter door veel collega's ronduit negatief onthaald. De cijfers spreken voor zich: nog geen vijf procent van de Vlaamse collega's lijkt in te gaan op het voorstel van de regering. De collega's die intekenen, doen dat slechts voor een beperkt aantal uren. Waarom?

In deze bijdrage gaan we dieper in op de redenen waarom de Vlaamse klinisch psychologen zo massaal 'neen' zeggen tegen het eerste voorstel van conventie. Wie nog onvoldoende vertrouwd is met de conventie, kan er alles over nalezen op de website van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP; zie: <https://www.vvkp.be/financiering-eerstelijnspsychologische-zorg-binnen-de-netwerken-ggz>).

It's not about the money!

De weigering van de collega's om in te tekenen voor deze terugbetalingsregeling werd door de minister al snel gezien als een pleidooi voor meer geld. In de media werden deze psychologen geframed als 'geldwolven'. Het debat concentreerde zich al snel op de financiële tekortkomingen van de conventie, omdat dit makkelijker te begrijpen is voor journalisten en het brede publiek.

De 22,5 miljoen euro als budget voor de eerste terugbetaling ooit van klinisch psychologische hulp blijkt immers niet meer dan een druppel op een hete plaat. Eerder berekende de VVKP dat er om en bij de 1,5 miljard euro nodig is om het volledige bereik van psychologische hulp te financieren (Engelhardt, Lowet, Michielsens, Scheerlinck, & Van de Vijver, 2017). Zorgnet-Icuro schatte dat een bedrag van 300 miljoen euro nodig is voor

de financiering van psychologische hulp voor de groep van de meest voorkomende psychische problematieken, de *common mental health disorders* (Kaesemans & Delrue, 2017). Bovendien pleitten zowel VVKP als Zorgnet-Icuro voor een gemengd financieringsmodel, een zogenaamd cappuccinomodel.¹ Toch stellen we vast dat er in de conventie opnieuw gekozen werd voor een traditioneel prestatiefinancieringsmodel, dit in tegenstelling tot de pleidooien van gezondheidseconomen (Annemans, 2014). Het is typerend voor de snelheid en ondoordachtheid waarmee dit voorstel aan de sector wordt opgedrongen.

Maar wanneer we ons oor te luisteren leggen bij de collega's, onder andere via onze psychologenkringen, dan leren we dat het om veel meer dan enkel het geld gaat. 45 euro voor een consult ligt natuurlijk ver beneden de 75 euro die volgens de VVKP minimaal nodig is om een praktijk draaiende te houden. Om toch toegankelijk te zijn voor een groep kwetsbare mensen die psychologische hulp nodig hebben, hanteren veel collega's echter nu al in hun praktijk 'sociale tarieven', die nog veel lager liggen dan die 45 euro. Voor hen speelt het financiële argument dus zeker niet.

Waar het wel om gaat, is respect en waardering. De conventie gaat totaal voorbij aan de realiteit van de dagelijkse praktijk. Elke dag opnieuw verrichten psychologen in hun praktijk het werk dat eigenlijk door de overheid gedaan moet worden. Zij zorgen er immers voor dat psychologische zorg toegankelijk wordt voor hen die het nodig hebben, terwijl dit eigenlijk een kerntaak is van de overheid. Die laat echter na om psychologische hulp toegankelijk te maken door zelfstandig gevestigde psychologen terug te betalen of door een voldoende gesubsidieerd aanbod te creëren. Daarom gaan psychologen zelfs zo ver dat ze hun tarieven aanpassen, zodat ook diegenen die wegwijzen op de wachtlijsten voor hulp bij hen terecht kunnen. Zij kunnen dat, omdat het om een vrij beroep gaat, omdat ze zelf hun tarieven bepalen. Zij doen dat, omdat ze psychologen zijn. Zij hebben immers voor dit beroep gekozen omdat ze mensen willen helpen, omdat ze geraakt worden door wat deze mensen hebben meegemaakt. Het is ongelofelijk frustrerend dat een overheid, ondanks de nieuwe wet op de geestelijke gezondheidszorg (ggz)-beroepen, hiervoor nog steeds geen erkenning wil geven. Het zorgt voor argwaan en wantrouwen, het geeft munitie aan de (vroegere) tegenstanders van de integratie van klinisch psychologen in de gezondheidszorg, het voedt de angst dat het beroep 'gemedicaliseerd' zal worden.

De toekomstige ggz: de rol van ziekenhuizen en netwerken

Een tweede bron van kritiek betreft de vraag of dit voorstel nu wel of niet in de richting gaat waarin onze ggz eigenlijk zou moeten evolueren. Een van de al langer bestaande problemen is immers het grote aantal ziekenhuisbedden in deze sector, wat een kostbare

vorm van behandeling is. België prijkt nog steeds bovenaan de Europese lijst qua aantal ziekenhuisbedden (Eurostat, 2019). Om dit te verhelpen, werd een aantal jaren geleden de Ziekenhuiswet aangepast en konden de befaamde artikel 107-projecten van start gaan. Ziekenhuizen konden een deel van hun bedden ‘bevriezen’ (tijdelijk dus, waardoor ze verzekerd bleven van hun inkomsten) en de vrijgekomen middelen gebruiken om nieuwe initiatieven te ontwikkelen. Zo ontstonden onder andere de mobiele teams en de netwerken geestelijke gezondheid.

Onder de noemer van geïntegreerde zorg krijgen die netwerken en de ziekenhuizen een centrale rol toebedeeld in de huidige conventie. Het netwerk rekruteert de psychologen en is verantwoordelijk voor hun supervisie en integratie binnen het netwerk. Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het sluiten van contracten en de administratie en facturatie.

Niemand, ook de VVKP niet, betwist het belang van geïntegreerde zorg. We hebben geen boodschap aan zorgverstrekkers – psychologen en anderen – of voorzieningen die weigeren om samen te werken met andere disciplines. Dit was juist een van de motieven voor de VVKP om haar leden regionaal te organiseren in lokale kringen. Geïntegreerde zorg kan echter alleen werken met gelijkwaardige partners. Op dit moment is de samenstelling van een netwerk echter niet echt wettelijk geregeld: ieder netwerk lijkt autonoom te beslissen wie mag participeren. Dit leidt tot grote regionale verschillen: waar in het ene netwerk de samenwerking met de lokale psychologenkringen constructief verloopt, worden zij door een ander netwerk gewoon genegeerd. Er ontstaat een situatie waarin een netwerk belangrijke beslissingen neemt over de lokale psychologen (bijvoorbeeld wie wordt gecontracteerd, hoe de intervisie wordt georganiseerd, enzovoort) zonder dat zij inspraak hebben. En voor alle duidelijkheid: we hebben het hier over zelfstandige psychologen, werkzaam in goed draaiende praktijken, waarvan vele kampen met wachtlijsten omdat onvoldoende collega’s het aandurven om voltijds zelfstandige te worden.

En in een netwerk zijn de ziekenhuizen nog steeds degene die het hoogste woord voeren, omdat ze de financiers zijn. Ze stellen immers vrijwillig (!) financiële middelen ter beschikking aan het netwerk, maar kunnen even makkelijk zo’n besluit terugdraaien. Het is dan ook bijzonder vreemd dat men er in deze conventie voor gekozen heeft om het ziekenhuis opnieuw een belangrijke rol te laten spelen; temeer omdat het hier gaat om de eerstelijnszorg en het juist de bedoeling is om ziekenhuisbedden af te bouwen. Beleidsmakers van de federale overheid weerleggen deze kritiek met het argument dat het ziekenhuis vooral als ‘financieringsmechanisme’ wordt ingezet. Na de zesde staatshervorming is de federale overheid enkel nog bevoegd voor de rechtstreekse financiering van zorgverstrekkers via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) oftewel via het Budget Algemene Middelen van een ziekenhuis. Alle andere voorzieningen zijn overgeheveld naar

de gemeenschappen. Kortom: men laat de financiering liever via een ziekenhuis verlopen dan dat men de psychologen toelaat om een eigen nomenclatuur te ontwikkelen. De motivatie dat het ontwikkelen van een dergelijke nomenclatuur te complex zou zijn in dit korte tijdsbestek, bevreedt ons, aangezien de huidige facturatie ook gebaseerd is op een pseudonomenclatuur.

Waarom dan toch de keuze voor het ziekenhuis? Binnen het RIZIV wil men al langer af van de verschillende 'silo's', waardoor een zorgberoep apart en los van de andere disciplines gefinancierd wordt via een eigen conventiecommissie. Die verschillende silo's opereren als aparte baronieën, maar het overlegmodel dat moet leiden tot akkoorden, werkte prima zolang er voldoende middelen waren. In tijden van schaarste blijken ziekenfondsen, artsen en andere zorgverstrekkers het veel moeilijker eens te worden waar er bespaard moet worden.

Kortom, we vermoeden dat men wilde vermijden dat er door deze conventie nog een (nieuwe) baronie zou worden opgericht waar ook weer mee onderhandeld zou moeten worden.

Met oog op de huidige moeilijkheden binnen het RIZIV is een dergelijke keuze te beargmenteren, maar het is niet omdat de klinisch psycholoog pas recent als autonoom gezondheidszorgberoep erkend is, dat hij als proefkonijn moet dienen. De manier waarop deze conventie zonder overleg wordt opgedrongen aan de beroepsgroep, tast fundamenteel het vertrouwen in de overheid aan. Nochtans is dat vertrouwen essentieel voor een goede samenwerking. Daarom ook dat de VVKP zo scherp heeft gereageerd. Er was immers een goede samenwerking met het kabinet van de minister en er waren gelijkgestemde ideeën over waar we naartoe wilden. Regelmatig heeft de VVKP het beleid van de minister verdedigd, omdat het de keuze voor een kwaliteitsvolle uitoefening van de klinische psychologie ondersteunde. Dat vertrouwen heeft nu, op zijn minst, een serieuze deuk opgelopen. En vertrouwen gaat makkelijk verloren, maar kan slechts moeizaam weer worden opgebouwd.

Multidisciplinaire samenwerking en de rol van huisartsen

Een ander pijnpunt, dat heel bezwaarlijk is voor de collega's, is de verplichte verwijzing door de huisarts/psychiater. Voor de VVKP is dat een heel moeilijk, zo niet onmogelijk te verdedigen boodschap. De vereniging heeft jarenlang gestreden voor een autonome positie, onafhankelijk van de arts. Niet omdat ze een probleem heeft met artsen, maar omdat ze vindt dat onze gezondheidszorg te sterk gemedicaliseerd is. De consumptie van psychofarmaca, de verspilling aan onnodige medische prestaties en de stiefmoederlijke behandeling van de ggz waren (en zijn nog steeds) de VVKP een doorn in het oog.

Na jarenlang vruchteloos te hebben gevochten, zag ze kans resoluut voor een totaal andere aanpak te kiezen. De integratie van de klinische psychologie in de gezondheidszorg zou ervoor kunnen zorgen dat het systeem van binnenuit veranderd kan worden. In plaats van een strakke medische koers zou worden ingezet om het biopsychosociaal model meer ingang te doen vinden. Dat kan natuurlijk alleen maar wanneer psychologen autonoom kunnen opereren, zonder afhankelijk te zijn van de beroepsgroep van de artsen. Een eerste belangrijke stap was de Wet op de ggz-beroepen, die de klinisch psycholoog, op juridisch vlak althans, naast de artsen plaatste als autonoom gezondheidszorgberoep. Dit houdt in dat er geen voorschrift vereist is van een arts, opdat een klinisch psycholoog de klinische psychologie zou mogen beoefenen, laat staan dat er in een dergelijk voorschrift zou worden bepaald wat een psycholoog wel of niet zou mogen doen.

Maar deze wet regelt de financiering niet en in het spel van conventies en onderhandelingen wordt er nu een nieuwe juridische structuur aangebracht bovenop het bestaande wettelijke kader. De wet laat immers toe dat een klinisch psycholoog afziet van zijn diagnostische en therapeutische vrijheid, zelfs van zijn autonomie als hij of zij daar zelf voor kiest. En juist dat is wat er gebeurt in een conventie: er worden nieuwe spelregels bepaald voor die groep die daarvoor kiest. Hun beloning is dan financiering, terwijl de collega's die de conventie afwijzen hun vrijheid behouden en het beroep kunnen uitoefenen binnen de grenzen van het oorspronkelijke wettelijke kader.

In deze conventie heeft men er dus voor gekozen om de verwijzing door de huisarts of psychiater verplicht te stellen. De verwijzer kan dan niet de inhoud van het klinisch werk bepalen, het is wel een frontale aanval op de rechtstreekse toegankelijkheid van de klinisch psycholoog. In een land waar mensen gemiddeld tien jaar wachten vooraleer hulp te zoeken voor psychische problemen (Van Herck & Van de Cloot, 2013), kiest men ervoor om een extra drempel op te werpen voor die hulp. Men verkoopt dat met de boodschap van een 'betere samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog', of 'de huisarts zal beter in staat zijn om fysieke comorbide problemen bij de patiënt te detecteren en te behandelen'. Maar in beide gevallen is 'verplichte samenwerking' tussen huisarts en psycholoog zoals beschreven in het financieringsvoorstel van de VVKP (Engelhardt et al., 2017) een veel beter antwoord op de bestaande problemen dan een verplichte doorverwijzing. Het is niet omdat de cliënt nu een briefje van de huisarts heeft, dat de psycholoog meer met de huisarts zal communiceren of omgekeerd. Goede communicatie vereist voldoende tijd, goede communicatiemiddelen en adequate praktijkondersteuning. Een verplichte doorverwijzing verhelpt de bestaande gebreken op deze terreinen niet.

Natuurlijk is het zo dat mensen met een psychische problematiek vaker fysieke problemen vertonen, al lijkt die samenhang vooral groter bij mensen met een chronische psy-

chische problematiek. Maar dat is niet de doelgroep die men in deze conventie voor ogen heeft; hier gaat het met name om mensen met lichte tot matige depressieve, angst- en verslavingsproblemen, de meest voorkomende psychische klachten, die verder geholpen kunnen worden in vier tot acht sessies. Het is toch bijzonder vreemd om de mensen die zich nu rechtstreeks aanmelden bij een klinisch psycholoog de boodschap te moeten geven: "Sorry, maar als u terugbetaling wenst voor uw behandeling, dan moet u eerst een briefje halen bij uw huisarts." En welke huisarts zal zijn patiënt een dergelijk briefje weigeren? Kortom, het gaat hier om onverantwoorde extra uitgaven voor onze ziekteverzekering, extra administratieve lasten voor de huisartsen en een extra drempel voor de cliënten.

Krachtmeting tussen de beroepsgroep en de overheid

Als we vanuit een metaperspectief naar de ontstaansgeschiedenis van deze conventie kijken, dan is het niet zo onlogisch dat het proces tot deze uitkomst heeft geleid. De samenleving vraagt luider en duidelijker om aandacht voor de psychische problemen die alsmaar toenemen. Men wil hiervoor naar een psycholoog kunnen gaan. Het is niet voor niets dat geestelijke gezondheid een van de verkiezingsthema's was van de laatste parlementsverkiezingen. Tijdens de begrotingsonderhandelingen in 2017 werd er onverhoopt een bescheiden budget gevonden. De terugbetaling van psychologische hulp stond al langer op het verlanglijstje, want dat zou een historische stap betekenen. Maar om het budget hiervoor vrij te kunnen maken, moesten onderhandelingen worden gevoerd en keuzes worden gemaakt. Men beseftte heel goed dat het resultaat moeilijk te verteren zou zijn voor de beroepsgroep in kwestie. Maar dan gebeurt er iets wat heel bijzonder is in een democratie: in plaats van draagvlak te zoeken bij deze beroepsgroep, wordt de regeling ingevoerd in de hoop dat voldoende psychologen hierin mee zullen gaan, waardoor elk protest onmogelijk wordt. In wezen vindt er dan een voorspelbare krachtmeting plaats tussen de overheid en een nieuwe actor op het terrein. De overheid test uit of ze rekening moet houden met die nieuwe actor of dat ze gewoon haar zin kan doordrijven. Dat zo weinig psychologen intekenden voor deze regeling, moet dan ook een ontgoocheling voor de overheid geweest zijn.

Rampzalige communicatie, devaluatie van eerstelijnspsychologische zorg

Een laatste punt van kritiek is de toch wel rampzalige communicatie over deze conventie. Menig psycholoog was compleet verrast toen de minister aankondigde dat ze *de* psycholoog ging terugbetalen. Er werd niet gesproken over een 'beperkte terugbetaling bij spe-

cifieke doelgroepen' of 'minister zet eerste voorzichtige stappen in de terugbetaling van psychologische hulp'. Het resulteerde in heel wat vervelende vragen van cliënten aan hun psycholoog: "Wanneer krijg ik terugbetaling?", of nog erger: "Waarom duurt mijn behandeling voor mijn depressie al langer dan acht sessies?"

Het ergste is dat het concept van eerstelijnspsychologie volkomen gedevalueerd werd. Alsof wij als psychologen erin zouden kunnen slagen om mensen met een depressie te behandelen in vier tot acht sessies. Dat druist volledig in tegen het concept van eerstelijnspsychologie zoals dat werd ontwikkeld binnen de VVKP (Van Hoof, 2015).

Het kwaad is echter al geschied: behalve wantrouwend, kijken collega's in het veld nu heel sceptisch naar de eerstelijnspsychologie. Het uitstekende idee om vroegtijdig en kortdurend te interveniëren, nog voor de eigenlijke psychopathologie ontstaat, wordt nu als een regelrechte aanval gezien op het metier van de psycholoog. De minister heeft op zijn minst de indruk gewekt dat wie een cliënt langer dan acht sessies behandelt, een onbekwame psycholoog is.

Dit alles had vermeden kunnen worden als er in dit dossier nauwer was samengewerkt met onze beroepsgroep.

Conclusie

De eerste financiering van psychologische interventies is van start gegaan. Het lijkt in Vlaanderen alleszins geen succes te worden. We hebben in deze bijdrage geprobeerd een overzicht te geven van de redenen waarom zo weinig psychologen hebben ingetekend op deze conventie. Het moge duidelijk zijn dat de financiële aspecten ondergeschikt zijn aan iets veel essentiëler: het vertrouwen is geschonden. Het vertrouwen dat de overheid bereid is om samen met onze beroepsgroep te werken aan een kwaliteitsvolle integratie van de klinische psychologie in de gezondheidszorg, met andere woorden, op een manier die ten goede komt aan zowel de cliënt als de klinisch psycholoog.

Er zijn een aantal mogelijkheden om dit vertrouwen te herstellen. Een grondige evaluatie van dit project zal moeten gebeuren aan de hand van de juiste parameters. Het is belangrijk dat bij die evaluatie psychologen een centrale rol vervullen. Netwerken geestelijke gezondheid en eerstelijnspsychologen zijn verplicht om samen te werken. Het is een goede gelegenheid om de lokale psychologenkringen een duidelijke plek in het netwerk te geven en zo te werken aan een geïntegreerde zorg.

Noot

1. Het cappuccinomodel is een driegrondslagenmodel dat betalingen in de gezondheidszorg baseert op: de omvang en andere kenmerken van de te bereiken patiëntenpopulatie (abonnementstarief), het volume (tarief per consult en voor sommige ingrepen), en zorginnovatie (geïntegreerde samenwerking in de eerste lijn) (Schrijvers, 2014).

Literatuur

- Annemans, L. (2014). *De prijs van uw gezondheid*. Tiel: Lannoo.
- Engelhardt, P., Lowet, K., Michielsens, K., Scheerlinck, C., & Van de Vijver, A. (2017). *Naar een betere toegang tot de klinisch psycholoog: voorstel tot financiering van de klinisch psycholoog als zelfstandig zorgverstrekker*. Brussel: Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen.
- Eurostat. (2019). *Mental health care – psychiatric hospital beds*. Geraadpleegd via <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20191009-1>
- Kaesemans, G., & Delrue, T. (2017). *Terugbetaling psychologische zorg: budgettaire impactanalyse en scenario voor implementatie*. Brussel: Zorgnet-Icuro.
- Schrijvers, G. (2014). *Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel: voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg*. Amsterdam: Thoeris.
- Van Herck, P., & Van de Cloot, I. (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen*. Brussel: Itinera Institute.
- Van Hoof, E. (2015). *De eerstelijnspsycholoog: eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis* (Verslag Werkgroep Eerstelijnspsychologie VVKP). Geraadpleegd via https://www.vvkp.be/sites/default/files/pdfs/nota_eerstelijnspsychologie_11032015_layout.pdf

Personalia

Koen Lowet is klinisch psycholoog. Hij was jarenlang werkzaam in een residentieel observatie- en behandelingscentrum voor kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen. Hij is medeoprichter van het MultiDisciplinair Centrum voor Ontwikkeling. Sinds 2005 is hij actief in de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. Momenteel werkt hij als gedelegeerd bestuurder voor de VVKP en is hij lid van de Executive Council van de European Federation of Psychologists' Associations.

E-mail: Koen.Lowet@vvkp.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegegeed.