De eerstelijnspsychologische praktijk groeit!

Bob Cools

Inleiding

België kent tot op heden geen structureel en geïntegreerd overheidsgestuurd eerstelijnspsychologisch aanbod. Naast zelfstandige praktijken en commerciële bedrijven namen ziekenfondsen en vrijwilligersorganisaties zelf het initiatief. De huidige regelgeving vergroot de kloof tussen de gesubsidieerde en de commerciële gezondheidszorg, waardoor financieel zwakkere groepen uit de boot dreigen te vallen. Zowel de Vlaamse als de federale overheid start de komende maanden een nieuw aanbod. Maar er is een grote behoefte aan overzicht, integratie, opleiding en veel meer geld…

Historie

In de loop van de jaren zeventig van de vorige eeuw deed de psycholoog vanuit de tweede of derde lijn zijn intrede in de eerstelijnsgezondheidszorg.[1] Monthaye (1987) beschrijft bijvoorbeeld hoe ze in een huisartsengroepspraktijk als psycholoog werkt "bij" de eerste lijn.[2] Ze beklemtoont dat eerstelijnswerk op veel punten verschilt van tweede- en derdelijnswerk. Het is dan ook verwonderlijk dat tot op heden in Vlaanderen de grenzen tussen psychologische hulp in de eerste en de tweede lijn zowel in de praktijk als beleidsmatig vaag blijven. In zelfstandige praktijken aanvaardt men nog te vaak zonder veel preselectie alle aanmeldingen. In het beste geval verwijst men cliënten na een eerste gesprek door als de problematiek de eigen competentie overschrijdt. Ook tussen gesubsidieerde zorgorganisaties (bijvoorbeeld: centra algemeen welzijnswerk en centra geestelijke gezondheidszorg [cgg's]) zijn er vaak grensgeschillen. De kloof tussen eerstelijnsactoren zoals huisartsen, centra voor leerlingenbegeleiding, centra voor algemeen welzijnswerk… en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is schrijnend breed. Cgg's worden – ondanks hun tweedelijnsopdracht – overspoeld met eerstelijnsvragen. Ze slibben dicht met als gevolg eindeloze wachttijden. Mensen met psychische problemen blijven in de kou staan. Hun problemen escaleren of ze komen terecht op de dure en weinig transparante private markt van klinisch psychologen en psychotherapeuten.

De geleidelijke toename van het aantal groepspraktijken is een goede ontwikkeling omwille van de garantie voor wederzijdse kwaliteitstoetsing en -bevordering, Ondertussen bestaan

er enkele grote groepspraktijken, sommige zelfs met verschillende vestigingen in Vlaanderen. Ze bieden niet alleen psychotherapie aan, maar ook psychodiagnostiek, coaching, bemiddeling, psycho-educatie, risicoanalyse voor burn-out, online hulp en allerlei opleidingsprogramma's. Veel van deze praktijken verenigen klinisch psychologen, orthopedagogen, psychotherapeuten en in enkele gevallen ook alternatieve therapeuten. Soms gaat het om losse samenwerkingsverbanden met vooral praktische afspraken over het gezamenlijk gebruik van kantoorruimten. Steeds meer groepspraktijken profileren zich als expertisecentrum voor een bepaalde problematiek (bijvoorbeeld autisme of burn-out) of voor een psychotherapeutische methodiek. Vooral deze expertisecentra hebben vaak een of meerdere artsen in hun team.

Consultaties van vrijgevestigde psychologen werden financieel iets beter toegankelijk doordat op 15 mei 2008 een richtlijn van kracht werd waardoor geregistreerde psychologen worden vrijgesteld van btw voor hun activiteiten in de gezondheidszorg.[3] Sinds enige tijd duikt het wachtlijstfenomeen echter ook in privépraktijken op. De tergend trage uitvoering van de Wet tot regeling van de geestelijke gezondheidzorgberoepen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [FOD], 2014) draagt niet bij aan de transparantie of toegankelijkheid van het zorgaanbod. Het gebrek aan een heldere differentiatie in de praktijk tussen het eerstelijns- en tweedelijnsaanbod is wellicht mede het gevolg van de onderwaardering van psychosociale begeleiding en de overschatting van het psychotherapeutisch paradigma in opleiding en praktijk.

In de jaren negentig van de vorige eeuw ontstaan enkele commerciële organisaties die het eerstelijnspsychologische zorgaanbod faciliteren door potentiële patiënten via werkgevers en verzekeringsmaatschappijen in contact te brengen met psychologen. Verschillende ziekenfondsen nemen in diezelfde periode het initiatief om de financiële drempel voor psychologische zorg te verlagen. In het afgelopen decennium groeit het opmerkelijke vrijwilligersinitiatief 'Therapeuten voor Jongeren' (TEJO) met een specifiek therapeutisch aanbod voor jongeren (Hodge, 2017). In 2011 lanceerde de Vlaamse overheid enkele pilotprojecten voor eerstelijnspsychologische zorg voor volwassenen en in de komende maanden wil ze een gelijkaardig aanbod implementeren voor kinderen en jongeren. Parallel hieraan start ook de federale overheid met de structurele terugbetaling van psychologische zorg voor volwassen.[4]

In wat volgt, vergelijken we enkele modellen van eerstelijnspsychologische praktijk. We lichten elk model kritisch toe en reflecteren over de implicaties van het nieuwe federale overheidsinitiatief.

Modellen van eerstelijnspsychologische praktijk

Tabel I. Vergelijking van enkele modellen voor de eerstelijnspsychologische praktijk.

	Brugorganisaties	Ziekenfondsen	TEJO	Vlaanderen	Federaal
Doelgroep	Werknemers of verzekerden en hun familieleden afhankelijk van het contract	Kinderen, jongeren en volwassenen afhankelijk van ziekenfonds	Jongeren tussen 10 en 20 jaar	Kinderen en jongeren	Volwassenen met angststoornissen, depressie of alcoholverslaving
Toegang	Rechtstreeks mits toestemming van werkgever of verzekeraar	Rechtstreeks	Rechtstreeks, gratis, onmiddellijk, anoniem	Rechtstreeks en gratis	Op voorschrift van huisarts of psychiater
Aanbieder	Door Psychologencommissie erkende psycholoog	Afhankelijk van ziekenfonds: soms erkende psycholoog, soms psychotherapieopleiding gevolgd hebben	Professioneel opgeleide hulpverlener met psychotherapieopleiding of nog in opleiding	Master in de (klinische) psychologie	Door de gemeenschapsoverheid erkende klinisch psycholoog of orthopedagoog
Aanbod	Consultaties, crisisinterventie	Afhankelijk van ziekenfonds: mindfulness, intelligentieonderzoek, psychologische begeleiding, (psycho)therapie, gezinstherapie	Advies, kortdurende oplossingsgerichte therapie	Kortdurende oplossingsgerichte therapie	Kortdurende oplossingsgerichte therapie: 4 sessies verlengbaar tot 8
Budget	Het door de verzekeraar verzekerde budget afhankelijk van het contract	Aanvullende ziekteverzekering	Vooral sponsoring, met beperkte Vlaamse subsidie voor training van de vrijwilligers	Jeugdzorg (€ 75.000 per vte)	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) (€ 22,5 miljoen/jaar)
Regio	Internationaal, afhankelijk van de brugorganisatie	In heel België, afhankelijk van ziekenfonds	13 Vlaamse steden en 1 Nederlandse stad	In bepaalde Vlaamse regio's, niet dekkend	Dekkend voor België
Statuut	Zelfstandige psychologen en psychotherapeuten	Zelfstandige psychologen en psychotherapeuten	Vrijwilliger	Gedetacheerde werknemer van een cgg	Zelfstandige gecontracteerd door een psychiatrisch ziekenhuis

	Brugorganisaties	Ziekenfondsen	TEJO	Vlaanderen	Federaal
Vergoeding	Via derdebetalersysteem en bepaald door de verzekeraar	Door de zelfstandige te bepalen, met terugbetaling aan patiënt van € 5 tot € 45/sessie	Geen	Volledig gesubsidieerd volgens cgg-barema I.80	€ 60/uur of € 45/45min waarvan € 11 of € 4 eigen bijdrage (remgeld); geen administratie- of overleg-vergoeding
Context	Commerciële bedrijven	Initiatief van ziekenfondsen	Autonome vzw's aangesloten bij één koepel-vzw	15 nieuwe Vlaamse samenwerkingsverbanden	Functie I van de 20 federale art. 107 ggz-netwerken
Monitoring	E-registratie door de brugorganisaties en verzekeraars	Administratieve controle door elk ziekenfonds afzonderlijk	De beperkte lokale e-registraties worden samengevoegd op Vlaams niveau	Registratie in epd van het cgg + Insysto (Informatica Systeem Intersectorale Toegangspoort)	Facturering via het psychiatrisch ziekenhuis en controle door ziekenfonds

Brugorganisaties als facilitator

Als antwoord op enkele specifieke maatschappelijke behoeften namen enkele ondernemers het initiatief om zorgvragers en psychologische zorgaanbieders met elkaar in contact te brengen (Cools, 2009). Omwille van hun verbindende rol bundelen we ze onder de noemer van brugorganisaties.

Ervaringen in de beveiligingssector, die veelvuldig geconfronteerd wordt met slachtoffers van traumatische gebeurtenissen (zoals gewapende overvallen, inbraken, arbeidsongevallen, brand, verkeersongevallen, enzovoort), leidden bijvoorbeeld in 1990 tot de oprichting van POBOS (https://www.pobos.be). Die organisatie biedt aan bedrijven, overheden, gezondheidszorginstellingen en hulpverleningsinstanties (zoals politie, brandweer en civiele bescherming) wetenschappelijk gefundeerde praktische ondersteuning. Het aanbod omvat traumazorg, hulp bij ongewenste omgangsvormen en sociale begeleiding. De traumazorg impliceert crisisopvang en begeleiding van slachtoffers van traumatische gebeurtenissen naar aanleiding van werkgerelateerde incidenten. De psychologische crisisopvang en psychotherapie (korte type) na schokkende en traumatische gebeurtenissen wordt georganiseerd via een nationaal netwerk van 140 ervaren psychologen en psychotherapeuten. Organisaties die een beroep willen doen op POBOS, sluiten daartoe een contract af. De klantenlijst van ruim honderd bedrijven kan men online raadplegen (http://www.elfnulelf.be). Je vindt er grote internationale bedrijven (zoals Aldi, C&A, Carrefour, Belfius, Quick), zorgorganisaties (bijvoorbeeld: AZ Oudenaarde, ZNA, Beschut Wonen Antwerpen), gemeentebesturen (bijvoorbeeld: Stad Antwerpen, Malle), Belgische (zoals FOD Justitie) en Vlaamse overheidsbedrijven (bijvoorbeeld: De Lijn). Zelfs het Vlaams parlement heeft een contract met POBOS. De jaarlijkse forfaitaire aansluitingspremie geeft het personeel permanent toegang tot het gratis noodoproepnummer. De freelance psycholoog ontvangt van POBOS voor een consultatie 65 euro/uur. Voor een crisisinterventie betaalt POBOS de psycholoog 85 euro/uur. Wat een organisatie of bedrijf betaalt aan POBOS, is onder andere afhankelijk van wat contractueel afgesproken werd over het aantal aangeboden sessies per aanmelding (in principe blokken van vijf sessies die telkens verlengd kunnen worden), de gegarandeerde beschikbaarheid van een psycholoog in de eigen regio en de interventiesnelheid (variërend: binnen 3 uur, 24 uur of 3 dagen).

Naar aanleiding van een Koninklijk Besluit uit 1992 over de aanpak van ongewenst seksueel gedrag binnen privéondernemingen werd in 1993 Limits als vzw opgericht. Die organisatie registreert meldingen over geweld, pesten en ongewenst seksueel gedrag op het werk en zorgt voor bemiddeling. Diverse bedrijven en overheidsdiensten (zoals het Vlaamse onderwijs) doen een beroep op Limits als centraal meldpunt voor het eigen personeel. Ze leidt vertrouwenspersonen op en werkt aan een positief beleid rond respectvol omgaan met elkaar op het werk. In 1998 richtten enkele professoren van de universiteiten van Leuven en Nijmegen, gespecialiseerd in

werkorganisatie, gedrag, gezondheid en welzijn, het Instituut voor Stress en Werk (ISW) op. Later sluiten professoren van de universiteiten van Luik en Louvain-la-Neuve zich daarbij aan. In 2005 fuseren ISW en Limits tot één organisatie en in 2015 sluit ook Eupora Counseling Services daarbij aan. Het bedrijf wordt een belangrijke Europese speler die zich vanaf 2017 profileert onder de naam Pulso (https://pulso-europe.eu) dat onder andere een Employee Assistant Program (EAP) aanbiedt. Na een openbare aanbesteding heeft Pulso in 2017 het contract met de Vlaamse overheid (dat wil zeggen: de verschillende Agentschappen) overgenomen van POBOS.

ICAS (htttp://www.icas.be) is een andere internationale organisatie die in 1987 in Engeland werd opgericht en sinds 2000 actief is in België. Ook ICAS biedt een EAP aan en helpt organisaties om het psychosociaal welzijn van werknemers te verbeteren en de prestaties op de werkvloer te verhogen. Het omvat onder andere een modulaire telefonische hulplijn die 24 uur per dag bereikbaar is voor werknemers en hun gezin, die er terechtkunnen voor persoonlijke en werkgerelateerde problemen die mogelijk een impact hebben op het arbeidsgerelateerde functioneren. In het verlengde van de telefonische hulpverlening werkt ICAS met een netwerk van psychologen en psychotherapeuten voor individuele begeleiding of behandeling.

Een kritische opmerking bij deze commerciële diensten is hier op zijn plaats. Ze worden immers net zoals een hospitalisatieverzekering gratis door de werkgever aangeboden aan het personeel. Voor het bedrijf zijn dat van de belasting aftrekbare bedrijfskosten. Uiteindelijk betaalt dus elke burger mee voor die private service en organiseert de overheid zelf de concurrentie met de door haar gesubsidieerde voorzieningen. Dat de Vlaamse administratie voor haar personeelsleden met psychische problemen geen beroep doet op de door haarzelf gesubsidieerde cgg's, maar die zorg uitbesteedt aan een commerciële brugorganisatie roept toch wel vragen op.

Welke rol spelen de ziekenfondsen?

In de voorbije twintig jaar ontwikkelden bijna alle ziekenfondsen vanuit hun aanvullende ziekteverzekering een of andere vorm van terugbetaling voor psychologische of psychotherapeutische interventies, elk met eigen specifieke voorwaarden. Tussen de ziekenfondsen zijn er grote verschillen zowel betreffende de beoogde doelgroep als het zorgaanbod en de voorwaarden om als zorgverstrekker daarvoor in aanmerking te komen, en de bepalingen veranderen jaarlijks. Een overzicht voor Vlaanderen vindt men bij het Vlaams Patiëntenplatform (http://vlaamspatientenplatform.be/themas/geestelijke-gezondheid).

Het zeer diverse zorgaanbod varieert van cursussen mindfulness, intelligentieonderzoek, 'fit & wel'-therapie, luisterlijnen, psychologische begeleiding of psychologische bijstand tot psychotherapie en gezinstherapie. De afbakening tussen psychologische begeleiding en psy-

chotherapie is onduidelijk. Ook de frequentie van het aanbod varieert per ziekenfonds: een eenmalige reeks van twaalf sessies, of een onbeperkt aantal sessies gedurende maximaal twee jaar, of jaarlijks herhaalbare reeksen van maximaal twaalf sessies. De terugbetaling schommelt van 5 tot 45 euro per sessie. De meeste ziekenfondsen richten zich alleen op minderjarigen (door enkele ondertussen uitgebreid tot 'allen die recht hebben op kinderbijslag'), terwijl andere hun aanbod uitbreiden voor volwassenen.

De voorwaarden om als zorgverstrekker in aanmerking te komen, zijn eveneens erg verschillend: bij het ene ziekenfonds volstaat een masterdiploma in de psychologie met een erkenning door de Psychologencommissie, terwijl bij een ander ziekenfonds een afgeronde 'erkende' psychotherapieopleiding voldoende is. Omdat tot op heden geen enkele psychotherapieopleiding door de overheid is erkend (en dat nog enige tijd op zich zal laten wachten), hanteren die ziekenfondsen onvermijdelijk eigen criteria of verwijzen ze naar criteria van enkele beroepsverenigingen die ze zelf als degelijk inschatten (want ook deze verenigingen zijn nog niet door de overheid erkend).

In deze bijdrage focussen we alleen op het eerstelijnspsychologische zorgaanbod. Het is echter moeilijk om in het totale terugbetaalbare aanbod van de ziekenfondsen eenduidig aan te geven wat onder eerstelijns- en wat onder gespecialiseerde psychologische zorg valt. Wat bij het ene ziekenfonds 'psychotherapie' heet, is bij een ander 'psycho-educatie'. Eén ziekenfonds biedt trouwens een totaalpakket aan met de naam 'WELL2DAY-relatie- en gezinstherapeut, eerstelijnspsycholoog'. Het is dan ook wenselijk dat de ziekenfondsen onderling afspraken maken en meer helderheid scheppen. Kwamen de ziekenfondsen niet op voor de patiëntenbelangen?

Via de gedeeltelijke terugbetalingen vervullen ze in ieder geval een pioniersrol in het toegankelijk maken van de psychologische zorg. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE; Kohn et al., 2016) adviseert de ziekenfondsen om – naar analogie van de adviserend geneesheer – tevens de functie te creëren van 'adviserend psycholoog' die beslist over de verlenging van psychologische behandelingen. Maar in het nieuwe federale voorstel (dat we later toelichten) is het echter de huisarts die deze rol krijgt toebedeeld en beperken de ziekenfondsen zich tot de administratieve controle van het bewijs van verstrekte hulp en van de facturering via de psychiatrische ziekenhuizen.

TEJO verkleint de kloof

Sinds 2010 komt TEJO (htttp://www.tejo.be) enigszins tegemoet aan de meest acute psychische zorgvragen bij jongeren van 10 tot 20 jaar. Die zeer laagdrempelige vrijwilligersorganisatie begon haar activiteiten in Antwerpen en groeide uit tot een netwerk van dertien afdelingen (functionerend als afzonderlijke vzw's) verspreid over heel Vlaanderen en een in

Nederland (in Goes, Zeeland). Recent werd de koepel-vzw TEJO Vlaanderen opgericht. Er is het voornemen om ook in Brussel en Wallonië te starten en er is interesse vanuit Duitsland.

TEJO staat voor onmiddellijke, kortdurende, anonieme en gratis therapeutische hulp. De dienstverlening wordt uitgevoerd door ruim vijfhonderd professionele therapeuten op vrijwillige basis. Ze werken vanuit hun eigen therapeutisch denkkader met als doel de jongeren te deblokkeren en hen opnieuw in hun kracht te zetten. Op die manier komt TEJO tegemoet aan dringende hulpvragen zodat de probleemsituatie niet verder escaleert en de jongeren in een vroeg stadium geholpen worden. Uit de beperkte registratie blijkt dat er tot en met 2017 al 6443 jongeren werden geholpen.

TEJO wordt gedragen door vrijwilligers en rekent op sponsors. Op dit moment leveren enkele lokale overheden enige logistieke ondersteuning en geeft de Vlaamse overheid een beperkte subsidie voor de opleiding van de vrijwilligers.

TEJO was aanvankelijk erg controversieel: onbekend was onbemind! Ondertussen wordt het steeds meer omarmd als een waardevolle aanvulling en een gerespecteerde zorgpartner. In een ideale wereld is TEJO overbodig, zoals ook hulpverlening overbodig zou zijn. Maar in de huidige maatschappelijke context van schaarse middelen is dit professionele vrijwilligersinitiatief een zegen! TEJO is meer dan een noodzakelijk zorgaanbod. Het wordt steeds meer een maatschappijkritische beweging die opkomt voor de rechten van jongeren. TEJO wil ouders, opvoeders, burgers en beleidsverantwoordelijken wijzen op de problemen die er leven bij jongeren, hen oproepen tot het nemen van hun verantwoordelijkheid en tevens constructieve oplossingen aanreiken.

Vlaanderen

In Vlaanderen lopen sinds 2011 zeven door de Vlaamse overheid gefinancierde pilotprojecten 'eerstelijnspsychologische functie voor volwassenen' die geëvalueerd (Coppens, Neyens, & Van Audenhove, 2015) en meermaals verlengd werden (Wallyn, Massant, & Oosterlinck, 2017). De financiering ervan stopt echter eind februari 2019. Daarnaast zijn er nog verschillende gelijkaardige projecten die gefinancierd worden door bijvoorbeeld lokale overheden of groepspraktijken van huisartsen.

Op basis van die ervaringen besliste de Vlaamse overheid om in het bredere kader van het uitbreidingsbeleid voor de jeugdzorg '1 Gezin = 1 Plan' (Jeugdhulp, 2017) de eerstelijnspsychologische functie voor kinderen en jongeren structureel te installeren. Twaalf nieuwe regionale samenwerkingsverbanden gaan op 1 september 2018 van start en drie begin 2019 (Jeugdhulp, 2018). Elk samenwerkingsverband ontvangt één miljoen euro om uitbreiding van de rechtstreeks toe-

gankelijke jeugdhulp te realiseren. Ze moeten niet noodzakelijk regiodekkend zijn, maar wel ten minste tweehonderd gezinnen begeleiden. Binnen elk samenwerkingsverband moet ten minste één voltijdse eerstelijnspsychologische functie worden ingezet voor de doelgroep kinderen en jongeren. Daarvoor wordt een budget van 75.000 euro gereserveerd per voltijdsequivalent.

Uit de goedgekeurde projecten blijkt dat de eerstelijnspsychologen vooral worden toegevoegd aan Huizen van het Kind en wijkgezondheidscentra of deel uitmaken van nieuwe netwerkteams. Ze zullen gratis consultaties aanbieden. De financiering van die eerstelijnspsychologen gebeurt op basis van een budget van Jeugdzorg dat via de penhouder van het netwerk (de administratief verantwoordelijke organisatie) wordt overgemaakt aan het betreffende cgg dat de formele werkgever is van de eerstelijnspsychologen en die detacheert naar de locaties in de eerste lijn. Van die eerstelijnspsychologen wordt verwacht dat ze zich verbinden aan het programma 'vroegdetectie en vroeginterventie' (Zorg & Gezondheid, 2017) van de provinciale netwerken voor ggz ten behoeve van kinderen en jongeren. Maar hoe dat er concreet moet uitzien, blijft onduidelijk.

Federaal

In het zomerakkoord van 2017 besliste de federale regering dat er jaarlijks een budget van 22,5 miljoen euro wordt vrijgemaakt voor terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg uitgevoerd door erkende klinisch psychologen en orthopedagogen. Op 18 mei 2018 concretiseerde het kernkabinet dat het zou gaan om vier sessies voor volwassenen die voldoen aan de criteria van de meest voorkomende psychische problemen (angststoornissen, depressie en alcoholverslaving). Het is de bedoeling op die manier 120.000 patiënten te bereiken. Dat zorgaanbod wordt ingebed in de ggz-netwerken voor volwassenen, meer bepaald in Functie 1 van die netwerken, die staat voor vroegdetectie, screening en diagnosestelling. Die functie krijgt ook de opdracht om de eerstelijnspsychologische zorg praktisch te organiseren. *Rekening houdend met de* bestaande bevoegdheidsregels en de daaruit voortvloeiende financiële procedures, wordt het federaal gefinancierde psychiatrisch ziekenhuis van het netwerk het administratieve vehikel om dat doel te realiseren. Het fungeert als uitbetalingsinstantie voor het eerstelijnspsychologische aanbod dat op contractuele basis door zelfstandigen wordt uitgevoerd.

Kritische kanttekeningen bij het federale beleid

Op voorschrift of op verwijzing?

Een belangrijke zin in de kabinetsnota is de vermelding: "Per patiënt worden maximaal vier consultaties voorzien, met mogelijkheid om een traject van vier consultaties eenmalig te ver-

lengen (opnieuw na voorschrift)." In de Wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen (FOD, 2014) worden de klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog ingedeeld bij het hoofdstuk van de autonome zorgberoepen. Die autonomie van het beroep van klinisch psycholoog en orthopedagoog impliceert dat ze hun professionele activiteiten op het gebied van diagnostiek en psychologische interventies uitoefenen zonder dat er een voorschrift nodig is van een andere professionele zorgverstrekker. Het is evident dat de klinisch psycholoog en orthopedagoog werken in een multidisciplinaire context in functie van de behoeften van de patiënt. Het organisatorische concept van 'verwijzen naar' geeft beter de geest weer van de maatregel en komt meer overeen met het karakter van de autonomie van die zorgverstrekkers dan het concept 'op voorschrift'. Dat laatste suggereert immers een hiërarchische ondergeschiktheid die de gelijkwaardige samenwerking dreigt te ondergraven.

Werken op verwijzing van artsen kan uiteraard wel, zoals trouwens ook andere professionals kunnen verwijzen naar klinisch psychologen en orthopedagogen, en zoals ook zij verwijzen naar artsen. Echte multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn impliceert respect voor elkaars competenties en autonomie. Cliënten vragen niet om medicalisering van hun psychische problemen. Ze wensen gehoord te worden en zorg op maat te ontvangen van zorgverleners die samenwerken op basis van gelijkwaardigheid.

Groeien naar rechtstreekse toegankelijkheid, ook voor ouderen

Essentieel voor de eerstelijnspsycholoog is de rechtstreekse toegankelijkheid (Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen [VVKP], 2015). Dat is ook een van de conclusies in het KCE-rapport (Kohn et al., 2016). Omwille van de controle over het budget is voorlopig het hanteren van een filter aanvaardbaar. We pleiten voor een graduele opbouw. De 'filterfunctie' in deze opstartfase mag echter niet worden beperkt tot huisarts en psychiater, maar moet worden verbreed tot alle professionele hulpverleners. In een volgende fase moet de rechtstreekse toegankelijkheid voor iedereen gegarandeerd zijn, zoals we die ook kennen bij de huisarts.

Voor veel patiënten is de verplichting om langs de huisarts te gaan een extra **drempel**. Zij vinden het moeilijk om hun problemen te bespreken en verkiezen dat te doen bij iemand anders dan de huisarts. Vaak hebben mensen uit kwetsbare bevolkingsgroepen geen huisarts. De verplichte verwijzing via een arts is in veel gevallen een hindernis en leidt tot overbodige kosten voor de patiënt en de gemeenschap. De eerstelijnspsycholoog rechtstreeks toegankelijk maken, betekent ook een vermindering van de belasting van huisartsen en psychiaters.

In het kader van de budgetbewaking geeft men prioriteit aan kinderen, jongeren en volwassenen. Vanuit een generalistische visie op eerstelijnspsychologische zorg betekent dat een

valse start en een onderschatting van de psychische problemen bij ouderen. We pleiten ervoor om zo snel mogelijk de eerstelijnspsycholoog toegankelijk te maken voor de doelgroep ouderen.

Mogelijkheden van het netwerkexperiment beter benutten

De rol van het psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de eerstelijnspsychologische zorg is vergelijkbaar met zijn rol in de ggz-netwerken voor kinderen en jongeren. Ook daar fungeert een psychiatrisch ziekenhuis als uitbetalingsinstantie voor de verschillende programma's, zoals bijvoorbeeld de mobiele teams. Een lid van zo'n team kan een werknemer zijn van dat psychiatrisch ziekenhuis of van een ander ziekenhuis of van een cgg, of van een organisatie in de jeugdzorg of gehandicaptenzorg, enzovoort. *Het enige verschil is dat de eerstelijnspsycholoog voor volwassenen geen werknemer is met een bediendestatuut, maar een zelfstandige die werkzaamheden verricht op basis van een contractuele overeenkomst. Het is echter de vraag of het wijs* is vast te houden aan *die eis van zelfstandigheid. De mogelijkheid om ook werknemers op basis van een bediendestatuut tewerk te stellen, biedt meer flexibiliteit en lost onder andere het probleem op van de niet-vergoede overlegtijd.*

Het blijft echter vreemd dat het psychiatrisch ziekenhuis een centrale rol krijgt in de organisatorische aansturing van de eerstelijnspsychologische zorg. Het zou eerder voor de hand liggen om de eerstelijnspsychologische functie te organiseren vanuit de eerstelijnszones, waarin ook de klinisch psychologen vertegenwoordigd worden door de psychologenkringen die nu in hoog tempo worden opgericht. Maar omdat dat alles nog volop in ontwikkeling is, zou het zorginhoudelijk interessanter zijn verder te bouwen op de expertise van de cgg's. Door van bij de start de aansluiting te verzekeren tussen de eerste- en tweedelijns-ggz is er meer garantie voor een goede wederzijdse verwijzing, communicatie en uitwisseling van expertise.

De Functie 1 (vroegdetectie, screening en diagnosestelling) wordt in de twintig ggz-netwerken telkens op een andere wijze samengesteld en functioneert erg verschillend. Interessanter is het aan te sluiten bij initiatieven[5] die in verschillende netwerken functieoverstijgend gegroeid zijn in nauwe samenwerking met en vaak gedeeltelijk ingebed in een cgg. Een cgg is een verplichte partner in de op te richten eerstelijnszones. Cgg's hebben een goed overzicht van de zelfstandige psychiaters, klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en psychotherapeuten in hun regio en werken goed met hen samen. Bovendien beschikken ze over multidisciplinaire expertise ten behoeve van indicatiestelling en verwijzing van de aangemelde psychische problematieken. Het ligt dan ook voor de hand de cgg's hierin een regierol te geven. Tevens kan het elektronisch patiëntendossier (epd) van het cgg door de eerstelijnspsycholoog als instrument voor registratie en communicatie worden gebruikt. Naast het vervullen van de brugfunctie tussen eerste lijn en gespecialiseerde ggz kan het

cgg ook inhoudelijke ondersteuning bieden aan zelfstandigen, zoals multidisciplinair overleg, intervisie, opleiding; dat alles ter bevordering van de efficiëntie en de kwaliteit van de zorg.

Een meer innovatieve en billijkere vergoeding in overleg met de betrokkenen

Zowel het KCE (Kohn et al., 2016) als de denktank Itinera (Van Herck, Sermeus, & Annemans, 2013), de koepelorganisatie (Zorgnet-Icuro, 2017) en de VVKP (2017) bepleiten een alternatief voor louter prestatiefinanciering. In het alternatief wordt een beperkte prestatiegebonden financiering gecombineerd met forfaitaire vergoedingen, kwaliteitsprikkels en een eigen bijdrage van de patiënt. Ook de Nederlandse gezondheidseconoom Schrijvers (2014) betoogt dat men met een dergelijk 'cappucinomodel' met hetzelfde budget meer zorg kan bieden. Het is jammer dat men in de voorgestelde regeling toch terugvalt op de oude prestatiefinanciering en geen werk maakt van de innovatieve voorstellen. Het federale beleid bepaalt dat voor de eerste sessie van één uur 60 euro wordt vergoed en voor de drie vervolgsessies van 45 minuten telkens 45 euro (inclusief de eigen bijdrage van de patiënt). Na evaluatie en een nieuw voorschrift (!) van de huisarts kan het aantal sessies met maximaal vier sessies van 45 minuten verlengd worden, waarbij hetzelfde tarief geldt. Ter vergelijking, Heyns (2015) berekende het honorarium voor een zelfstandige klinisch psycholoog op basis van het officiële barema van een psycholoog in loondienst van een cgg en komt op 56 euro per sessie voor een psycholoog zonder anciënniteit en 75 euro per sessie voor een psycholoog met 23 jaar anciënniteit. Indien de overheid samenwerking en kwaliteit wil, dan is het noodzakelijk een billijke vergoeding te bieden, waarbij ook rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de noodzaak van overleg en bijscholingseisen!

In België is het gebruikelijk om erkende zelfstandige gezondheidszorgbeoefenaars voor de geleverde prestaties op basis van nomenclatuur[6] te vergoeden met RIZIV-middelen. De tarieven worden vastgelegd in de RIZIV-conventiecommissie en goedgekeurd in het RIZIV-verzekeringscomité. De ziekenfondsen dienen zorg te dragen voor een correcte uitbetaling en controle van de geleverde zorg. Opvallend in het voorstel van de federale regering is dan ook dat de ziekenfondsen geen rol spelen in de terugbetaling en de monitoring van de eerstelijnspsychologische zorg. Ook is er geen sprake van de oprichting van een nieuwe conventiecommissie voor de psychologische zorg of van een vertegenwoordiging van psychologen in het verzekeringscomité. Wil men echt werk maken van een biopsychosociale gezondheidszorgbeleid, dan moet dat toch een logisch gevolg zijn. Het is dan ook noodzakelijk dat de federale overheid daartoe de nodige maatregelen neemt.

Vragen ter concretisering

De uitvoering van het federale beleid stuit op praktische hindernissen en roept nog heel wat vragen op. Zo blijkt bijvoorbeeld de koppeling aan de erkenning van klinisch psychologen en orthopedagogen voorlopig onuitvoerbaar, simpelweg omdat nog niemand erkend is. Het is wachten op de federale uitvoeringsbesluiten en vervolgens op de onderscheiden gemeenschappen die bevoegd zijn om die erkenning af te geven, maar die deze extra administratieve taak zonder extra financiële middelen moeten zien te klaren.

Er zijn ook nog tal van praktische vragen. Hoe wordt het nieuwe aanbod gecommuniceerd aan de potentiële patiënten en zorgverstrekkers? Wat zijn de inhoudelijke elementen van het contract met de zelfstandige zorgverstrekker? Vervalt de eigen bijdrage voor patiënten die de maximale eigen bijdrage voor hun gezondheidszorgen bereikt hebben (maximumfactuur/plafondbedragen medische kosten), zoals recent werd ingevoerd voor de cgg's? Mag de patiënt veranderen van netwerk of regio in de periode van de acht sessies met behoud van het recht op voortzetting van de psychologische interventies in het nieuwe netwerk? Welke garantie heeft de patiënt om het zorgaanbod voort te zetten bij dezelfde eerstelijnspsycholoog na het beëindigen van de acht sessies? Kan na het beëindigen van acht sessies een nieuwe reeks worden gestart vanwege een andere psychische stoornis? Hoeveel tijd moet er verstreken zijn om opnieuw een reeks van acht sessies te mogen starten voor eenzelfde psychische stoornis? Kan men tijdens de reeks van acht sessies veranderen van eerstelijnspsycholoog? Welke (wetenschappelijke) criteria hanteert men om de meest voorkomende psychische problemen (angststoornissen, depressie en alcoholverslaving) te bepalen en te onderscheiden van andere aandoeningen? Wie is verantwoordelijk voor de budgetcontrole? Wat gebeurt er als het budget overschreden wordt?

Conclusie

De eerstelijnspsychologische praktijk kent een lange voorgeschiedenis, maar is nog steeds weinig overzichtelijk en transparant. Soms is ze organisatorisch ingebed in vrijwilligerswerk of welzijnswerk in de nulde lijn. Vaak maakt ze deel uit van zelfstandige praktijken die kenmerken hebben van een tweedelijns psychotherapeutisch aanbod. Die verwarring blijkt ook uit de VVKP-nota (2015), waarin men het arbitraire onderscheid maakt tussen de 'eerste lijn' en de 'ambulante ggz' om het verschil aan te geven tussen eerstelijnspsychologische praktijken en initiatieven die voortvloeien uit een psychotherapeutische traditie, zoals residentiële settings die een ambulante dienst opzetten in de eerste lijn. Door die onduidelijke afgrenzingen blijft het profiel van de eerstelijnspsycholoog onduidelijk en ondergewaardeerd als generalistisch specialisme (in vergelijking met de huisarts).

We kunnen ons vinden in het standpunt van de VVKP (2015) dat er niet één zaligmakend organisatiemodel voor de eerstelijnspsycholoog bestaat. Dat er naast gesubsidieerde ook commerciële zorgaanbieders bestaan, stimuleert de gezonde ondernemingszin en bevordert de kwaliteit. Werkgevers hebben de wettelijke verplichting om zowel preventief als curatief zorg te dragen voor hun werknemers. In het kader van arbeidsongevallen is het trouwens nooit de overheid (RIZIV) die betaalt, maar wel de werkgever (*in casu* de verzekeraar van de werkgever). Het is op dat terrein dat de brugorganisaties hun verbindende functie vervullen. Het zou interessant zijn te onderzoeken of ze dat ook kostenefficiënter doen dan de door de overheid gesubsidieerde instanties. Dat elke burger meebetaalt voor dit bedrijfsaanbod, is uiteindelijk niet zoveel anders dan dat elke burger betaalt voor de gesubsidieerde voorzieningen. Maar een belangrijk verschil is wel dat het zorgaanbod in het eerste geval exclusief voorbehouden is aan eigen personeelsleden, die bovendien niet met wachtlijsten worden geconfronteerd. Op die manier organiseert de overheid zelf de duale gezondheidszorg.

Het is wenselijk dat de VVKP (2015) haar nog ruwe en zeer pragmatische beschrijving van de kerntaken van de eerstelijnspsycholoog verder uitwerkt en preciezere criteria voor doorverwijzing naar de tweede of derde lijn formuleert. Bovendien is het aangewezen dat ze stelling neemt en zich uitspreekt over de mogelijkheden die geboden worden in de recent erkende eerstelijnszones (Zorg & Gezondheid, 2018), waardoor een totaal nieuwe context ontstaat waarbinnen eerstelijnspsychologen zullen werken.

Omdat de eerstelijnspsycholoog een generalist hoort te zijn, is het geen goede ontwikkeling dat Vlaamse en federale overheden totaal los van elkaar een model van eerstelijnspsychologische zorg organiseren voor kinderen en jongeren enerzijds en voor volwassenen met enkele specifieke psychische stoornissen anderzijds. Mogen we straks daarenboven nog andere eerstelijnspsychologen voor ouderen of voor psychotische kwetsbaarheden verwachten? Nergens ter wereld – voor zover wij konden nagaan – wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijnspsychologen op basis van leeftijdsgroepen of stoornistype. Als de eerstelijnspsycholoog een generalist wil zijn, moet dat absoluut vermeden worden.

Door de vermaatschappelijking van de zorg verschuift het zwaartepunt van residentiële naar ambulante en mobiele zorg en wordt eerstelijnspsychologische zorg belangrijker. Nieuwe wijkgerichte organisatievormen en de digitale transformatie die zich vertaalt in diverse vormen van e-mental health, ondersteunen die ontwikkeling (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, & Van Os, 2016). Het net startende, maar op voorhand al als volstrekt ontoereikend ingeschatte overheidsaanbod van eerstelijnspsychologische zorg ligt er opnieuw versnipperd bij. Een krachtiger en beter geïntegreerd beleid dringt zich op, maar de prioriteiten van de huidige beleidsmakers liggen duidelijk elders.

Pas vanaf 2016 werd in Vlaanderen gestart met een tweejarige gespecialiseerde Permanente Vorming voor Eerstelijnspsychologische Zorg.[7] Terecht pleit Van de Vijver (2018) voor een meer psychodynamische invulling van de opleiding. Ik ben het echter niet eens met haar stelling dat een psychotherapeutische opleiding noodzakelijk is voor goede eerstelijnspsychologische zorg. Zo'n opleiding kan een meerwaarde zijn, maar kan ook een valkuil zijn waardoor eerstelijnsvragen ten onrechte in een langer durend psychotherapeutisch proces worden gezogen. De eerstelijnspsychologische praktijk verschilt immers in vele opzichten van het traditionele klinisch psychologische en psychotherapeutische zorgaanbod. Moderne eerstelijnszorg is relatief *snel bewegend*, met consultaties van soms minder dan vijftien minuten; *chaotisch*, met vele onderbrekingen en veranderingen in planning om zich aan te passen aan crisissen en urgente problemen die zich in de loop van een dag voordoen; meer gericht op *gezondheid én ziekte*; *gecompliceerd*, met veel verschillende gezondheidsproblemen die tegelijk worden behandeld; *teamgedragen*, wat noodzakelijk is voor een totale benadering; toegepast in *verschillende settings*, zoals ambulant/poliklinisch, ziekenhuis, thuis en andere settings; en *multimodaal*, gebruikmakend van face-to-faceconsultaties, telefoon en computer. Het meest opvallende kenmerk van eerstelijnszorg is misschien *het brede bereik en de diversiteit* van mensen en problemen waarop ze zich richt (McDaniel & deGruy, 2014, p. 329). In lijn met internationale ontwikkelingen groeit ook in Vlaanderen de eerstelijnspsychologische zorg uit tot een specialisme dat specifieke competenties vergt (McDaniel et al., 2014). Nederland bouwt verder op een stevige traditie van bijna veertig jaar (Derksen, 2009, 2015). Een eerste raming (Cools, 2017) op basis van het Nederlandse model van Delespaul et al. (2016) gaf aan dat we in België behoefte hebben aan 12.880 voltijdse eerstelijnspsychologen. Er is dus nog een lange weg te gaan!

Noten

1. Het Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders van 3 maart 2004 (Vlaamse Regering, 2004) definieert eerstelijnsgezondheidszorg als "zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod".
2. Het Agentschap Zorg & Gezondheid (2017) definieert de eerste lijn als volgt:
   - Verwijst naar rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijns(gerelateerde)problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard.
   - Vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg.
   - Kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen.
   - Biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie.
   - Houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen.
   - Verzekert continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders.
   - Ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt/cliënt. (p. 8)
3. Zie https://www.compsy.be/btw-vrijstelling

4. We gaan hier niet in op de diverse consultatiemogelijkheden naar aanleiding van kanker die al enkele jaren bestaan. We bespreken ook niet de recente projectoproepen van verschillende overheden in het kader van burnoutpreventie, hoewel bepaalde vormen ook tot de eerstelijnspsychologische praktijk horen. Opvallend is dat deze projectoproepen allemaal een beroep doen op de private sector en zich vooral richten op grote bedrijven. Het gaat onder andere om het initiatief van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (https://socialsecurity.belgium.be/nl/sociaal-beleid-mee-vorm-geven/pilootprojecten-geintegreerd-preventiebeleid-burn-out), het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (https://fedris.be/nl/pilootproject-burn-out) en de Nationale Arbeidsraad (http://www.cnt-nar.be/Dossier-NL-burnout.htm). Voor meer informatie verwijzen we naar https://www.bfp-fbp.be/werkgroep-burnout
5. Bijvoorbeeld het Netwerkpunt van het PAKT (http://www.pakt.be/initiatieven-van-het-pakt/netwerkpunt), het Aanmeldingsteam van het GGZ-netwerk Kempen (http://ggzkempen.web11.holoncom.eu/), het Knooppunt van het Emergo-netwerk (http://www.netwerkemergo.be/1ste-lijn).
6. Gecodeerde lijst met de geneeskundige prestaties die geheel of gedeeltelijk vergoed of terugbetaald worden door de ziekteverzekering.
7. Zie htttp://www.vvkp.be/permanente-vorming-eerstelijnspsychologie

Literatuur

Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017, 16 februari). *Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn* (Beleidsvisie; conferentie eerstelijnszorg; reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen). Geraadpleegd via https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ %20beleidstekst %20hervorming %20eerstelijnszorg.pdf

Cools, B. (2009). Commercialisering geestelijke gezondheidszorg: bedreiging of kans? *Sociaal, 30*(1), 7-11.

Cools, B. (2017). Hoeveel klinisch psychologen zijn er (nodig) en hoeveel mag dat kosten? *Tijdschrift Klinische Psychologie, 47*(4), 13-23.

Coppens, E., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2015). *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen* (Onderzoeksrapport LUCAS). Geraadpleegd via https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/onderzoeksrapport-eerstelijnspsychologische-functie

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie.* Leusden: Diagnosis.

Derksen, J. (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice, 40,* 493-501. doi10.1037/a0015743

Derksen, J. (2015). *Iedereen een psychische aandoening? Een visie op 35 jaar ambulante ggz.* Utrecht: De Tijdstroom.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2014). *4 april 2014. Wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.* Geraadpleegd via http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2014/04/04/2014022198/justel

Heyns, E. (2015). Een honorariumberekening voor de zelfstandig werkzame klinisch psycholoog in België: versie 2.0. *e-Psychologos, 30*(1), 1-15.

Hodge, L. (2017). Therapeuten voor Jongeren: innovatieve hulpverlening in Vlaanderen. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 47*(1), 28-32.

Jeugdhulp. (2017, 24 juli). *Oproep versterking rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp: 1 gezin = 1 plan.* Geraadpleegd via https://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/nieuws/2017/7/24/oproep/

Jeugdhulp. (2018, 30 januari). *Twaalf regio's starten laagdrempelige jeugdhulp* [Persbericht]. Geraadpleegd via http://www.jeugdhulp.be/nieuws/persbericht-12-regios-starten-laagdrempelige-jeugdhulp

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). Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf

Koninklijk Besluit ter bescherming van werknemers tegen ongewenst seksueel gedrag op het werk. (18 september 1992). *Belgisch Staatsblad,* 7 oktober 1992, erratum *Belgisch Staatsblad,* 6 november 1992.

McDaniel, S.H., & deGruy, F.V., III. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist, 69*, 325-331. https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-a0036222.pdf

McDaniel, S., Grus, C., Cubic, B., Hunter, C., Kearney, L., Schuman, C., ... Johnson, S. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist, 69*, 409-429. http://dx.doi.org/10.1037/a0036072

Monthaye, M. (1987). *De psycholoog bij de eerste lijn: een verslag uit de praktijk.* Leuven: Acco.

Schrijvers, G. (2014). *Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel: voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg.* Amsterdam: Thoeris.

Van de Vijver, A. (2018). Indicatiestelling en behandelconsequenties in de eerste lijn: een psychoanalytische bijdrage. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 48*(3), 148-160.

Van Herck, P., Sermeus W., & Annemans, L. (2013). *You get what you pay for: naar een nieuw business model van zorg* (Analyse). Brussel: Itinera Institute. Geraadpleegd via http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20130424_zorgcongres_pvh_nl.pdf

Vlaamse Regering. (2004). *Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.* Geraadpleegd via http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/decreet/2004/03/03/2004035536/justel

Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. (2015). *De eerstelijnspsycholoog: eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis.* Geraadpleegd via http://www.vvkp.be/nota-over-de-eerstelijnspsycholoog

Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. (2017). *Naar een betere toegang tot de klinisch psycholoog: voorstel tot financiering van de klinisch psycholoog als zelfstandig zorgverstrekker.* Geraadpleegd via http://www.vvkp.be/voorstel-tot-financiering-klinisch-psychologische-zorg

Wallyn, S., Massant, D., & Oosterlinck, T. (2017). The pivotal role of the Primary care Psychologist in integrated care: From an experience in Flanders towards policy development. *International Journal of Integrated Care, 17*(5):A605, 1-8. http://doi.org/10.5334/ijic.3925

Zorg & Gezondheid. (2017, 20 juli). *Geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren: oproep met template voor vroegdetectie en interventie.* Geraadpleegd via https://www.zorg-en-gezondheid.be/oproep-vroegdetectie-en-interventie

Zorg & Gezondheid. (2018). *Eerstelijnszones in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 30 juli 2018 via https://www.zorg-en-gezondheid.be/eerstelijnszones-in-vlaanderen

Zorgnet-Icuro. (2017*). Terugbetaling psychologische zorg: budgettaire impactanalyse en scenario voor implementatie.* Brussel: Auteur.

Personalia

Bob Cools, klinisch psycholoog-psychoanalytisch therapeut, directeur Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont in de regio Mechelen-Rupelstreek, docent geestelijke gezondheidszorg aan de Odisee Hogeschool te Brussel en secretaris van TEJO Vlaanderen vzw.
E-mail: bob.cools@cggdepont.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.