



# Nota “Naar een betere toegang tot de klinisch psycholoog”

- Voorstel tot financiering van de klinisch psycholoog als zelfstandig zorgverstreker -

12 mei 2017

# De Nota

***“Naar een betere toegang tot de klinisch psycholoog -  
Voorstel tot financiering van de klinisch psycholoog als zelfstandig zorgverstreker”***  
wordt u aangeboden door de werkgroep zelfstandigen van de Vlaamse Vereniging van  
Klinisch Psychologen.

## **Voorzitters**

Patrick Engelhardt  
Koen Lowet

## **Co-auteurs**

Patrick Engelhardt (eindredactie),  
Koen Lowet  
Katelijne Michiels  
Carlo Scheerlinck  
Annie van de Vijver

## **Met inbreng van**

Joeri Calsius  
Ellen Excelmans  
Thom Heijnen  
Elke Van Hoof  
Chloë Soens



# Inhoudstafel

## Voorwoord

<b>Inleiding</b>	2
<b>1. Actuele situering van de klinisch psycholoog</b>	5
1.1 Juridisch kader	
1.2 Opleidingen	
1.3 Actuele situering van de klinisch psycholoog	
1.4 Actuele tarifiering van klinisch psychologen	
1.5 Kritische noot bij de gehanteerde tarieven en juridisch statuut	
<b>2. Wat dient er gefinancierd te worden: klinisch psychologisch handelingen en hun randvoorwaarden</b>	14
2.1. Klinisch psychologische handelingen	
2.2. Randvoorwaarden	
<b>3. Kwaliteit in het klinisch psychologisch handelen</b>	21
3.1 Het goede goed doen	
3.2 Welke zorgverstrekkers komen in aanmerking om terugbetaald te worden?	
3.3 “Evidence – based psychology” in het klinisch psychologisch handelen: wat gaan we terugbetalen?	
3.4 Kwaliteitsindicatoren	
<b>4. Organisatie van klinisch psychologische zorg in de zelfstandige praktijk</b>	27
4.1 Positionering Eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde zorg	
4.1.1 Eerstelijnspsychologische zorg	
4.1.2 Gespecialiseerde psychologische zorg (2 <sup>e</sup> lijn)	
4.2 Nood aan een goed doordacht beleid	
4.2.1 Eénzijdige focus ELP	
4.2.2 Eénzijdige nadruk op symptoom en functioneel herstel	
4.3 Organisatie van klinisch psychologische zorg- aanbevolen echelonering	
4.3.1 Getrapte zorg, met rechtstreekse toegang 2 <sup>e</sup> lijn	
4.3.2 Aanbevelingen en te huldigen principes	
<b>5. Naar een verantwoorde terugbetaling van klinisch psychologische prestaties</b>	32
5.1 Doelstellingen van een terugbetaling	
5.2 Indicatie voor een prijssetting	
5.3 Model van financiering	
5.4 Naar een verantwoorde terugbetaling van klinisch psychologische prestaties	
5.4.1 Identieke financiering van klinisch psychologische zorg	
5.4.2 Budgettering van klinisch psychologische zorg volgens gemengd financieringsmodel	
5.4.3 Randvoorwaarden	
5.4.4 Simulatie budget klinisch psychologische zorg	
<b>Besluit</b>	41
A. Mogelijk standpunt rond KCE (Patrick Engelhardt)	
B. Kritische bespreking van het KOP-model als basisdenkkader voor de tweejarige opleiding Permanente Vorming Eerstelijnspsychologie (Annie van de Vijver)	
<b>Referenties</b>	49

## Voorwoord

Beste collega's,

VVKP heeft als beroepsvereniging van klinisch psychologen als doel genomen om te ijveren voor een autonoom statuut van de klinisch psycholoog als gezondheidszorgberoep. VVKP wil hiermee zowel de positie van de klinisch psycholoog vrijwaren, als de toegang van de cliënt tot klinisch psychologische zorg verbeteren. De realisatie van de wet op de gezondheidszorgberoepen is een eerste stap in een traject om dat doel te bereiken. Een volgende belangrijke stap is de toekomstige financiering van onze beroepspraktijk.

De realisatie van de wet op de gezondheidszorgberoepen was voor ons dan ook slechts een eerste stap in een traject om dat doel te bereiken. Een volgende belangrijke stap is de toekomstige financiering van ons beroep.

De werkgroep zelfstandige praktijkvoering heeft, onder meer op vraag van het bestuur, zich bijna 2,5 jaar lang gebogen over deze vraag. We hebben de werkgroep met zorg samengesteld en getracht om collega's uit de verschillende oriëntaties en geledingen van ons beroep samen te brengen. Er werd grondig gedebatteerd, externe experts werden geconsulteerd en het resultaat ging over veel meer dan enkel financiering, maar eigenlijk over de eigenheid van klinische psychologie als discipline.

Het resultaat van de werkgroep werd een eerste keer gepresenteerd op onze studiedag. Het is een advies vanuit de werkgroep zelfstandige praktijkvoering, waar het bestuur enorm erkentelijk is voor de (vrijwillige) inspanningen en opofferingen die de leden van de werkgroep gedaan hebben en in het bijzonder de voorzitter Patrick Engelhardt die uiteindelijk ook de eindredactie van deze tekst voor zijn rekening genomen heeft.

Als bestuur hechten we enorm belang aan een democratische inspraak van onze leden in zo'n fundamenteel dossier dat belangrijke gevolgen heeft voor de eigenheid van ons beroep en de manier waarop we klinische psychologie beoefenen. We hopen dan ook dat u als lid deze tekst grondig zult doornemen en ons uw feedback zult bezorgen. De toekomstige financiering van klinische psychologie heeft immers een breed draagvlak nodig.

Met collegiale groeten,

Lotte De Schrijver  
Voorzitster VVKP

## Inleiding

Onze maatschappij is grondig aan het veranderen. Het bindweefsel van de kernfamilie en de lokale gemeenschap is lossier aan het worden. De grote levensparadigma's die de basis vormen voor een solide identiteit (gedragen door onze levensbeschouwelijke visies en overtuigingen) komen in een diverse en verdraagzame maatschappij meer en meer onder druk te staan. Verder dienen mensen aan alsmaar meer verwachtingen te voldoen in een bijzonder competitieve prestatie maatschappij. Heel wat burgers zijn (zelf-) kritischer en mondiger geworden en zoeken dan ook antwoorden op levensvragen in deze veranderende wereld. Bovendien is er een groeiende groep mensen die niet meer mee kunnen.

Onze gezondheidszorg staat dan ook voor grote uitdagingen. Er is een vergrijzing van de bevolking, er is een toenemende nood aan chronische zorg, onze sociale zekerheid staat onder druk omwille van een veranderende economische realiteit, het absentisme omwille van psychische problematiek was nog nooit zo hoog.

We hebben nood aan een "holistische" gezondheidszorg waarin de mens benaderd wordt vanuit een allesomvattend "bio – psycho – sociaal" model.

Een louter "biomedische" benadering van onze gezondheidszorg is voorbijgestreefd. Ze is onvoldoende om de complexe uitdagingen van morgen het hoofd te bieden. Het is namelijk een feit dat de gezondheid van een mens niet louter het gevolg is van biologische determinanten.

Momenteel wordt er sterk de nadruk gelegd op het feit dat de burger ook een impact heeft op zijn eigen somatische en mentale gezondheid via de gedragingen die hij stelt. Klinisch psychologen kunnen mensen dan bijsturen om hun leven in eigen handen te nemen. Ook dit model, zoals het puur biomedische model, kent zijn beperkingen. Het creëert de illusie van de maakbare mens (er zijn immers heel wat factoren die niet veranderbaar zijn en waarmee eenieder zal moeten leren leven). Ons gedrag is immers niet louter het gevolg van gedragsdeterminanten.

Het bio-psycho-sociaal model, waarin klinisch psychologen worden opgeleid, heeft ook een sociale zijde, die niet automatisch uit het psychologische voortvloeit. Mensen leven immers niet in een vacuüm, ze leven in sociale omstandigheden die bevorderlijk versus beperkend kunnen zijn. Er bestaan ziekmakende factoren in onze maatschappij (armoede, arbeidsdruk, digitalisering enz.) waarvoor geen 'ad hoc' oplossingen zijn. De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) heeft ook hierin een opdracht. Medicatie dekt dit enkel toe, gedragstraining en behandelprotocollen creëren de illusie van de beheersbaarheid van het menselijke lijden.

Klinisch psychologische begeleidingen en behandelingen, vanuit het bio-psycho-sociaal model, maken mensen weerbaarder, waardoor ze een grotere impact op hun welzijn terugwinnen. Op deze manier kunnen ze hun eigen somatische en mentale gezondheid bijsturen, nl. lijden te verminderen en beperkingen leren aanvaarden.
---

Recent onderzoek toont het belang van amplitie. Amplitie richt zich op het versterken, vergroten en vermeerderen van positieve toestanden, zoals bevoegenheid. Amplitie richt zich niet alleen op risicogroepen (wat vaak bij curatie of preventie wel het geval is) maar juist op de hele bevolking. Tot op heden is in de wetenschappelijke psychologie vooral aandacht besteed aan negatieve psychische toestanden. Hierdoor is de kennis op het terrein van psychologische aandoeningen en beperkingen veel omvangrijker dan de kennis omtrent de potenties en krachten van de menselijke psyche. De laatste jaren is er in de wetenschap een omslag ontstaan waarbij de onderzoekers zich steeds meer richten op de studie van menselijke kracht en functioneren, rekening houdend met de beperkingen en talenten die eenieder in zich draagt.

Ook in de somatische geneeskunde en de verpleegkunde is er verandering gekomen in de doelstelling van behandeling en zorg. Het doel is niet meer louter het 'genezen' van ziekte (curatie)

maar ook het verbeteren van de kwaliteit van leven door in te spelen op onderliggende somatische processen of op symptoomreductie. Chronische zorg heeft in de gezondheidszorg een grote plaats ingenomen. QOL (Quality Of Life) staat tegenwoordig voorop.

Toch blijft het huidige gezondheidszorgmodel sterk geïnspireerd op het biomedisch model. De gevolgen hiervan zijn dan ook navenant. Elk jaar opnieuw worden enorme middelen verspild, er is overmedicalisering in de somatische gezondheidszorg, met name in technische overdiagnostiek en overbehandeling (Annemans, 2014). De toenemende psychische problematiek wordt in ons land nog steeds sterk gemedicaliseerd, waardoor het verbruik van psychofarmaca ontploft; bovendien kennen we nog steeds het hoogste aantal psychiatrische opname bedden in Europa.

In 2014 achtte de wetgever het daarom noodzakelijk om de discipline van de klinische psychologie en het beroep van klinisch psycholoog een wettelijk kader te geven als een autonoom gezondheidszorgberoep. Autonoom, opdat de klinische psychologie zou aanzien worden als een volwaardige discipline naast de medische discipline, om aldus werk te kunnen maken van een holistische benadering van de mens en zijn gezondheid binnen een “bio – psycho – sociaal” model. België was hierbij het laatste Europese land om dit te doen. De doelstelling van dit wetgevend werk was om de bevolking een betere toegang te kunnen verzekeren tot kwaliteitsvolle psychologische hulpverlening.

Eén van de belangrijkste hinderpalen die vandaag de Belgische bevolking de toegang ontzegt tot psychologische hulpverlening is immers een gebrekkige financiering (Solidaris, 2012).

Om van de zelfstandige klinisch psycholoog een toegankelijke kwalitatief betrouwbare zorgverstrekker te maken, dient hij net als andere zelfstandige zorgverstrekkers een prioritaire plaats in deze financiering te bekommen.

De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) is een wetenschappelijke en professionele vereniging die de klinisch psychologen in Vlaanderen groepeerd. Ze maakt deel uit van de Belgische Federatie van Psychologen. Naast het behartigen van de belangen van haar leden is ze statutair ook verplicht om de belangen van de cliënten van de psychologen te behartigen. Klinisch psychologische interventies kunnen enkel maar effect hebben indien de cliënt voldoende betrokken wordt en in staat is om ze uit te voeren. De psycholoog en de cliënt zijn dan ook onlosmakelijk verbonden in het welslagen van de interventie. De VVKP richtte in 2014 een werkgroep op rond zelfstandige praktijkvoering met als eerste en voornaamste taak een advies te formuleren naar het bestuur rond een toekomstig model van financiering voor klinisch psychologische zorg.

Het voorstel omvat een financiering van het geheel aan klinisch psychologische zorg, ongeacht in welk statuut of setting deze zorg aangeboden wordt. Net zoals bij de collega's artsen pleiten wij ervoor dat de financiering rechtstreeks verbonden wordt aan de zorgverstrekker die de klinisch psychologische zorg verstrekt. Dit maakt de klinische psychologie onafhankelijk van enig instituut, voorziening of andere verstrekkers. De psycholoog in kwestie heeft dan ook de keuze in welk statuut (zelfstandige of loondienst) of setting (praktijk, centrum, ziekenhuis,...) men wenst te werken. Dit lijkt de werkgroep noodzakelijk om de klinische psychologie ten volle tot wasdom te laten komen, gezien de noodzakelijke autonomie in het uitoefenen van het beroep van klinisch psycholoog in de verschillende settings en echelons gegarandeerd wordt. Eén van de grote voordelen van een dergelijke benadering, naast de volle ontwikkeling van de klinische psychologie in België, is dat er op die manier eindelijk een ernstige budgetinjectie kan gebeuren in de (geestelijke) gezondheidszorg. De werkgroep stelt daarnaast ook maatregelen voor om te voorkomen dat klinisch psychologen zich zouden terugtrekken op zichzelf.

Dit advies gaat ook veel verder dan het louter “terugbetalen van interventies”. Ze geeft de visie van de werkgroep weer over wat er gefinancierd zou moeten worden om tot goede kwaliteitsvolle zorg te komen. Naast het financieren van eigenlijke zorg omhelst het voorstel ook de financiering van kwaliteitssystemen, opleiding en ondersteuning in de praktijkvoering.

Het tot stand komen van dit advies is een bijzonder proces geweest, voor al wie betrokken was van dichtbij of veraf. Die discussie heeft het spanningsveld vertegenwoordigd waarin verschillende elementen vervat liggen: de klinisch psycholoog als een vrij beroep, de verwachtingen van een samenleving als ze zorg financiert, de biomedische cultuur die sterk aanwezig is in onze gezondheidszorg, de zoektocht naar de identiteit van de klinisch psycholoog. We hebben getracht om deze verschillende elementen te integreren en te komen tot een evenwichtig en haalbaar financieringsvoorstel voor de zelfstandige klinisch psycholoog.



# 1. Actuele situering van de klinisch psycholoog

## 1.1 Juridisch kader

Sinds 01 september 2016 is de klinisch psycholoog erkend als een gezondheidszorgberoep via de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen (KB 78). Om de klinische psychologie te kunnen beoefenen dient men te beschikken over een erkenning als klinisch psycholoog.

*“§ 3. Onder de uitoefening van de klinische psychologie wordt verstaan het gebruikelijk verrichten van autonome handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, bij een mens en in een wetenschappelijk onderbouwd klinisch psychologisch referentiekader, de preventie, het onderzoek, het opsporen of het stellen van een psychodiagnose van echt dan wel ingebeeld psychisch of psychosomatisch lijden en die persoon te behandelen of te begeleiden.” (Wet tot regeling van de gezondheidszorgberoepen 04.04.2014 Muylle)*

Een erkenning kan men bekomen na het volgen van een 5 - jarige master in het domein van de klinische psychologie. Om de klinische psychologie autonoom te kunnen blijven beoefenen, dient men aanvullend een professionele stage te volgen bij een door de overheid erkende stageplaats en stage meester.

Ook de psychotherapie werd binnen de wet op de GGZ - beroepen opgenomen als een specialisatie van de bestaande gezondheidszorgberoepen van arts, klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog. Een recent arrest van het Grondwettelijk Hof schortte de uitwerking van de artikelen 11 en 12 voorlopig op in afwachting van een definitief arrest. Dit maakt dat de psychotherapie op dit moment niet meer beschermd is en door om het even wie beoefend kan worden.

De intrede van de wet op de GGZ - beroepen was voor de klinisch psycholoog enorm belangrijk. Ze biedt klinisch psychologen immers de kans om een duidelijke identiteit aan te nemen. Tot dan toe identificeerden vele psychologen zich als “lid van een psychotherapeutische vereniging” als behorend tot een therapeutische school. De klinisch psycholoog die handelt, vertrekkend vanuit een wetenschappelijk onderbouwd klinisch psychologisch referentiekader, hanteert een overkoepelend concept. Het concrete handelen steunt immers op het geheel van de empirische psychologie (psychologisch referentiekader) waaronder de door de Hoge Gezondheidsraad erkende psychotherapeutische modellen (HGR, 2005). Dit biedt een gemeenschappelijke basis van waaruit iedere klinisch psycholoog interventies kan afleiden en zijn eigen manier van werken verder kan ontwikkelen. Er is dus geen beperking tot één persoonlijkheidstheorie of mensvisie.

De autonomie die de wet op de GGZ - beroepen verleent aan klinisch psychologen is cruciaal om de broodnodige impact van psychologie in onze gezondheidszorg te vergroten. Tot aan de wet verkeerden vele psychologen binnen de diverse voorzieningen immers vaak in een soort ‘paramedisch’ statuut, waardoor ze nooit ten volle hun capaciteiten hebben kunnen ontplooiën.

Sinds 1993 werd de titel van psycholoog beschermd en bewaakt door de Psychologencommissie. Iedereen die in België de titel van psycholoog wenst te dragen, dient zich te registreren. Sinds 2014 werd de Psychologencommissie ook bevoegd om de deontologie van psychologen te bewaken. Hiermee kreeg ze een tweede, meer tuchtrechtelijke opdracht. Momenteel wordt er onderzocht in welke mate de Psychologencommissie zal evolueren naar een orde van (klinisch) psychologen. De Psychologencommissie, die momenteel onder voogdij staat van de minister van middenstand, zou dan onder een co - voogdij komen of zelfs geheel overgaan naar het voogdijchap van de minister van volksgezondheid.

## 1.2 Opleidingen

In België kan men de opleiding psychologie volgen aan de volgende universiteiten:

- Katholieke Universiteit Leuven
- Universiteit Gent
- Université Catholique de Louvain - la - Neuve
- Université de Liège
- Université de Mons
- Université Libre de Bruxelles/
- Vrije Universiteit Brussel

Alle universiteiten bieden een afstudeerrichting klinische psychologie aan. De opleidingen zijn divers. Er is een grote homogeniteit in de verschillende programma's. Recent bracht de Hoge Gezondheidsraad nog een advies uit over het competentieprofiel van de klinische psychologie in België (HGR, 2015). Naar aanleiding van dit profiel zijn de opleidingen volop in transformatie om zich te conformeren naar dat advies.

Veel klinisch psychologen specialiseren zich na hun basisopleiding in één of andere discipline verder. Zo bestaan er post - academische opleidingen in de psychotherapie, psychodiagnostiek, neuropsychologie, eerstelijnspsychologie, ... Een klinisch psycholoog - psychotherapeut heeft dan ook al snel een academisch opleidingstraject van minimum 9 jaar achter de rug.

### **Internationaal**

Klinische psychologie als wetenschap en als beroep is stevig internationaal en Europees verankerd. In de meeste Europese landen is het beroep erkend als een gezondheidszorgberoep, grote internationale verenigingen zoals de EFPA (European Federation of Psychological Associations) of de APA (American Psychological Association) vaardigen richtlijnen uit en ondersteunen de praktijk. Als wetenschap overstijgt de onderzoek output van psychologie al vele jaren die van de geneeskunde.

## 1.3 Actuele situering van de klinisch psycholoog

### **De klinisch psycholoog - historiek**

Klinisch psychologen zijn sinds de jaren '60 actief in onze gezondheidszorg. De eerste opleidingen zijn toen gestart om de expertise vanuit de wetenschappelijke psychologie te gaan vertalen naar de diverse sectoren waaronder de gezondheidszorg. Vanuit deze expertise werden psychologen in de jaren '60, nota bene door het medische korps, gevraagd om hun expertise in te brengen in de psychiatrische ziekenhuizen. Naast het verstrekken van expertise en het opleiden van klinisch psychologen, investeerde men ook in wetenschappelijk onderzoek. Dit wetenschappelijk onderzoek ligt mede aan de basis van het bio-psycho-sociaal model. Daarnaast wordt nog steeds veel onderzoek verricht naar de effectiviteit van interventies, naar de elementen die de interventies dan zo effectief maken, naar de verschillende stromingen binnen het behandelkader zoals bv. cognitieve gedragstherapie, positieve psychologie, systeemtherapie , ... Door de jaren heen kregen de onderzoekers steeds meer gegevens in handen om de kwaliteit van de psychologie meer vorm te geven.

Na hun intrede in de psychiatrische ziekenhuizen werden klinisch psychologen ook tewerkgesteld in de decretaal bepaalde ambulante gesubsidieerde centra (CLG, CAW, ...). Daarnaast waren er ook klinisch psychologen die het statuut van zelfstandige hadden en onder deze vorm in de gesubsidieerde centra werkten en/of zich als vrij beroeper vestigden in een eigen praktijk, meestal een solopraktijk.

Klinisch psychologen gebruiken hun psychologische kennis en professionele ervaring om cliënten met problemen rond hun psychische gezondheid of emotioneel welzijn te helpen. Het kan daarbij gaan om relatief vaak voorkomende emotionele problemen (bijv. angst of stress), gedragsproblemen (bijv. verslavingen), gezins- en relatieproblemen of om minder vaak voorkomende psychische stoornissen.

Vandaag de dag bestaan er al een aantal conventies binnen het RIZIV waarin de aanwezigheid van een psycholoog vereist is. Denk vb. maar aan de diabetes – conventie, centra voor genetische screening of pijncentra.

De psychologen die het statuut van zelfstandige hadden, dienden deze activiteiten te verrichten onder de bepalingen van het BTW-wetboek. Voor de psychologen die klinisch werk verrichtten, zorgde dit voor een dubbel probleem: de meerkost van de BTW kon door de eindgebruiker (de cliënt of de opdrachtgever (bvb. CAW, CLG)) niet gec recupereerd worden en de andere gezondheidszorgberoepen moeten de bepalingen van het BTW-wetboek niet volgen.

In mei 2008 wordt de interpretatie van artikel 44 dat de van BTW-vrijgestelde activiteiten opsomt breder geïnterpreteerd door de Federale Overheid Dienst Financiën, waardoor de activiteiten van de zelfstandig klinisch psycholoog gelijkaardig aan die activiteiten gedaan in een CLG vrijgesteld van BTW worden. Hoewel de titel van psychotherapeut niet beschermd is kan de zelfstandig klinisch psycholoog die deze activiteit verricht toch van de vrijstelling genieten.

Sinds 26 mei 2014 beschikken psychologen over een nieuwe, herwerkte deontologische code (zie <https://www.compsy.be/>). Het naleven van deze code is wettelijk gekoppeld aan de titelbescherming van psycholoog via een tuchtrecht. De tuchtrecht wordt beheerd door de Psychologencommissie.

## **Het vrije beroep van psycholoog - stand van zaken**

### Een eigen praktijk uitbouwen

Gezien er geen terugbetaling is, was en is het uitbouwen van een eigen kwaliteitsvolle voltijdse zelfstandige praktijk geen sinecure. Men dient voldoende instroom van cliënten te genereren, een sessieprijs te bepalen, zich te positioneren “in de markt van de (geestelijke) gezondheidszorg” (dit is vooral zeer moeilijk t.o.v. zelfstandige klinisch psychologen die werken in gesubsidieerde centra en aldaar van de faciliteiten genieten) en dit alles met beperkte ondersteuning vanuit de beroepsvereniging.

Instroom van cliënten: een mogelijk kanaal waren de andere gezondheidswerkers (vooral huisartsen, psychiaters, de laatste jaren ook meer CGGs, CAWs enz.). Verder werd er door mond aan mond-reclame een bepaalde reputatie opgebouwd. Sinds de opkomst van het internet en door een grotere mondigheid van de burger, vinden meer en meer mensen hun weg naar de zelfstandige psycholoog.

Bepalen van een sessieprijs: Mensen met problemen uit eigen zak laten betalen voor iets waar ze nood aan hebben voor hun gezondheid, vroeg om een voldoende uitgebouwd zelfrespect van de behandelaar. Is het immers aan de psycholoog om het 'tekort' dat het gezondheidssysteem opleverde volledig te compenseren? Toch hebben zelfstandige psychologen over de jaren heen hun tariefsetting kunstmatig laag gehouden om toch enigszins bereikbaar te zijn voor de bevolking. De persoon met moeilijkheden moest zelf deze zorg betalen. Zo hebben de burger en de psycholoog voor de overheid bijgedragen aan de volksgezondheid (preventie, vroegdetectie, begeleiding en behandeling).

De laatste decennia hebben zich in groeiende mate praktijken van zelfstandige psychologen ontwikkeld. Solo-praktijken die enkel door consultaties moesten rondkomen hebben het bijzonder moeilijk gehad. Veel zelfstandige psychologen moesten andere inkomstkanalen vinden om een 'redelijk' inkomen te garanderen. Dit waren in veel gevallen een deeltijdse job in dienstverband, andere zelfstandige activiteiten (expertises, opleidingen....) of het uitbouwen van een groepspraktijk. Voor de wet van april 2014 (wet Muylle) was er geen duidelijkheid over wie nu als gezondheidszorgberoep mocht werken. Het enige wat duidelijk was, was dat klinisch psychologen 'illegaal' de geneeskunst uitoefenden indien zij een diagnose zouden stellen of mensen met gezondheidsproblemen gingen behandelen. Een grote groep lanceerde zich met het engagement 'best practice' aan te bieden (lidmaatschap beroepsvereniging = deontologie en permanente vorming). Op basis van cijfers verschaft door de Psychologencommissie zijn er naar schatting zo'n 3500 klinisch psychologen actief als zelfstandige in hoofd – of bijberoep in Vlaanderen.

### Welke "aanbod"-strategieën hanteren zelfstandige psychologen ?

De diensten die zelfstandige psychologen aanbieden zijn zeer uiteenlopend en bieden een goed idee van wat de 'zorgnoden' zijn.

Mogelijks zijn 2 strategieën succesvol geweest binnen het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Eén strategie doet een aanbod aan de bestaande stakeholders binnen de gezondheidszorg. Men *vertrekt vanuit de nood die er leeft bij andere zorgverstrekkers* (zoals huisartsen) en de mutualiteiten, en past zijn aanbod aan het behandelingsmodel van de doorverwijzer aan. Er wordt geredeneerd dat er vanuit een klacht een behandeling geformuleerd kan worden en dat dit voor een groot deel van de bevolking opgaat (klinisch psycholoog als collega-expert binnen medische paradigma). Men vertrekt vanuit een problematische situatie (vermoeden van pathologie) en vraagt een expert een diagnostische uitspraak of een behandeling voor een specifieke pathologie aan te bieden. De klinische psychologie heeft op dit vlak ook een aanbod te doen. Vooral als het over goed afgelijnde problemen of vraagstellingen gaat - denk maar aan neuropsychologisch onderzoek en behandeling, of ...

De *klantgerichte andere strategie* vertrekt vanuit het idee dat aan de cliënt een aanbod moet worden gedaan dat bij zijn hulpvraag past. Dit vraagt de vaardigheid om samen met iemand te reflecteren waar je in je leven staat, dat er erkenning gegeven wordt voor het feit dat er lijden is en dat er gezocht wordt om een manier te vinden om het lijden dat inherent is aan het leven dragelijker te maken (wie ben ik ? wat heb ik meegemaakt ? in wat voor een wereld leef ik ?). Hiervoor bestaan uiteenlopende 'coping' strategieën om de levenskwaliteit te verhogen, zowel om te veranderen als om met beperkingen te leren leven. De klinisch psycholoog moet een generalist zijn om zich aan te passen aan de grote diversiteit van mensen die zich in zijn praktijk aandienen.

### Het succes van de zelfstandige psycholoog: poging tot verklaring

Er zijn altijd mensen bereid geweest te betalen om aan hun persoonlijke ontwikkeling te werken. De laatste jaren is het bewustzijn bij heel veel mensen gestegen voor het feit dat psychologisch lijden niet louter een vraag van karakter is, maar dat we door wat we meemaken, hoe we in elkaar zitten en wat we geleerd hebben bepaald worden. Dat deskundigen kunnen helpen om strategieën aan te reiken om anders met onze moeilijkheden om te gaan, alsook om het 'lijden' als onderdeel van ons bestaan te aanvaarden, is gemeenschappelijk goed geworden. Er is dus een grotere groep mensen die aanspraak maakt op deze vorm van psychologische gezondheidszorg.

De modale burger is bewuster geworden van zijn psychologisch welzijn en is ook meer bereid een eigen budget hiervoor vrij te maken (zie ook de boom rond fitness en wellness). Door zich goed te informeren is er ook de bereidheid gegroeid te betalen voor het 'serieuze' werk rond psychologisch

gezondheidszorg. Niettegenstaande de inspanningen die psychologen leveren om hun tarieven bewust laag te houden, houdt de keuze van de modale burger om zelf te betalen voor zijn psychologische behandeling in dat andere keuzes niet gemaakt worden (namelijk dat er een terugbetaling voorzien wordt) . Dit is een hoogst onrechtvaardige situatie.

Daarnaast zoeken mensen steeds meer hulp in settings die voor hen vertrouwd zijn. De overgrote meerderheid van eerstelijnsactoren zijn net zelfstandige zorgverstrekkers die actief zijn in het dorp of in de wijk, dichtbij de cliënt. Veel zelfstandige klinisch psychologen zijn, omwille van diverse redenen, dit voorbeeld gaan volgen en zijn zich daarom gaan vestigen in een eigen praktijk of groepspraktijk.

## 1.4 Actuele tarifiering van de zelfstandige klinisch psycholoog

### Hoe bepalen zelfstandige klinische psychologen hun tarieven – een overzicht

Klinisch psychologen opereren vandaag als een vrij beroep en hanteren hierbij een vrij tarief. Dat vrije tarief is ook noodzakelijk om de diversiteit in het veld te kunnen dekken. Bovendien kiezen sommige psychologen ervoor om met specifieke doelgroepen te werken of ze laten hun tarieven variëren in functie van het inkomen van de cliënt.

Deze tarieven variëren zeer sterk in functie van een aantal variabelen:

- sociaal statuut van de zelfstandig psycholoog (hoofd- of bijberoep)
- klinisch psychologische handelingen/specialisaties (vb. psychodiagnostiek of psychotherapie (individueel koppel, gezin of in groep))
- beoogde doelgroep
- kostenstructuur
- duur van de sessie
- avond en weekend-tarieven

#### Sociaal statuut

Een groot deel van de klinisch psychologen die vandaag praktijk uitoefenen als zelfstandig psycholoog, doen dit als zelfstandige in bijberoep. De voornaamste reden hiervoor is dat de tariefsetting voor zelfstandig psychologen in de markt vrij laag ligt. De prijs van een gemiddeld psychologisch consult ligt vandaag rond de 50 à 55 euro per consult (varieert tussen € 35-€ 75). De reden voor deze lage tarieven ligt hem in het ontbreken van een financiering voor dergelijke prestaties vanwege de overheid. Om enigszins bereikbaar te blijven voor de bevolking houden psychologen hun tarieven kunstmatig laag, maar dat maakt evenwel dat het onmogelijk is om aan dit tarief een praktijk uit te bouwen als zelfstandige in hoofdberoep. Wie dat toch doet, zal een hoger tarief dienen te hanteren.

#### Klinisch psychologische handelingen /specialisaties

Een andere variabele die een invloed heeft op de tariefbepaling is de inhoud van de prestatie. Zo zal een psychodiagnostisch consult doorgaans een hoger tarief kennen dan een begeleidingsconsult. Dit heeft enerzijds te maken met de hogere kostenstructuur van een diagnostisch consult (vb. aankoop testmateriaal), anderzijds vraagt het meer werk voor en na het consult (plannen van het onderzoek, scoring, interpretatie en rapportage).

Voor sommige prestaties zoals vb. psychotherapie is een langdurige, specialistische opleiding vereist die uitzicht biedt op een verhoogd competentieniveau. Zowel de kostprijs, investering in de opleiding alsook het verhoogd competentieniveau vertaalt zich vaak in een hoger tarief.

#### Beoogde doelgroep

Eén van de manieren die zelfstandige psychologen vaak hanteren, en die in wezen ook gehanteerd wordt door de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, is het tarief te laten variëren naargelang de financiële draagkracht. Zo compenseren financieel sterkere cliënten vaak voor de kostprijs van de begeleiding van de kansarme doelgroep. Deze strategie kan wellicht enkel door zelfstandigen in bijberoep gehanteerd worden, gezien men anders nooit tot een leefbaar loon kan komen en geen loonzekerheid kan opbouwen.

Indien men als zelfstandige in hoofdberoep werkt dient men zich vooral te richten op mensen die een behandeling zelf kunnen financieren. Deze praktijkvoering is dan hoogdrempelig en stelt de zelfstandige psycholoog in staat een bepaalde inkomenszekerheid op te bouwen.

Er is ook een tussengroep die de behandeling 'enigszins' kan financieren maar vraagt om de frequentie van consulten te verlagen om het betaalbaar te maken. Een voldoende hoge frequentie en continuïteit is echter noodzakelijk voor het therapeutisch proces. Het betekent inboeten op de noodzakelijke kwaliteit van hulpverlening om toch enige begeleiding te kunnen bieden.

### Kostenstructuur

Het veld van de klinische psychologie is erg breed en divers. Afhankelijk van de specialisaties waarop de klinisch psycholoog zich toelegt, verschilt de kostenstructuur en dus de tariefsetting. Een psycholoog die zich voornamelijk toelegt op psychodiagnostiek, weet zich geconfronteerd met andere kosten (vb. in testmateriaal) in vergelijking met een psycholoog die zich vooral bezig houdt met klinisch psychologische behandelingen.

Tabel 1 geeft een overzicht weer van de standaard kosten waarmee een praktiserend klinisch psycholoog zich geconfronteerd weet (Heyns, 2015).

	op jaarbasis
Kosten huisvesting*:	
700,00 euro per maand:	8.400,00 euro
Kosten gas, elektriciteit en water:	
150,00 euro per maand:	1.800,00 euro
Kosten praktijkinrichting:	
informatica (hardware)*:	500,00 euro
informatica (software):	300,00 euro
inktpatronen:	250,00 euro
meubilair*:	700,00 euro
aankleding*:	500,00 euro
onderhoud*:	250,00 euro
spelmateriaal:	300,00 euro
test- en therapiemateriaal*:	1.500,00 euro
bureaumateriaal*:	800,00 euro
drukwerk*:	700,00 euro
vakliteratuur*:	800,00 euro
Telefoon- en internetaansluiting (vast en mobiel):	
150,00 euro per maand:	1.800,00 euro
Postzegels:	260,00 euro
Aankondiging Gouden Gids*:	480,00 euro
Bijdragen beroepsverenigingen*:	370,00 euro
Bijscholing*:	1.150,00 euro
Kosten personenwagen:	
afschrijving*:	1.000,00 euro
brandstof*:	448,00 euro
onderhoud*:	125,00 euro
autoverzekering*:	215,00 euro
verkeersbelasting*:	56,00 euro
Boekhouding*:	
160,00 euro per maand:	1.920,00 euro
Brandverzekering:	300,00 euro
Verzekering beroepsaansprakelijkheid:	63,00 euro
Verzekering ziekte en invaliditeit*:	
265,00 euro per kwartaal:	1.060,00 euro
Gemeente- en provinciebelastingen*:	100,00 euro
<b>Totaal:</b>	<b>26.147,00 euro</b>

Toelichting bij de uitgaven

Kosten huisvesting:

huur praktijkruimte bestaande uit consultatiekamer, spelkamer, wachtruimte, sanitair, en opberg- en archiefkamer

Kosten informatica:

computer, printer (all-in-one), tablet en modem gerekend aan 2.500 euro, afgeschreven over 5 jaar

Kosten meubilair:

bureau, opbergkasten, boekenkasten, stoelen, tafel(s) gerekend aan 7.000 euro, afgeschreven over 10 jaar

Kosten aankleding:

gordijnen, overgordijnen, tapijten, verlichtingstoestellen, klok, wanddecoratie, schilderwerken gerekend aan 5.000 euro afgeschreven over 10 jaar

Kosten onderhoud:

stofzuiger, reinigingsproducten en –materiaal, sanitaire behoeftes

Kosten test- en therapiemateriaal:

psychologische testen en (gedrags)vragenlijsten, materiaal te gebruiken bij het uitvoeren van therapieën Vb. Intelligentietest: de meest courant gebruikte intelligentietest (Wechsler) kost zo'n 3.000 à 4.000 € per test. De psycholoog heeft er 3 nodig wil hij het leeftijdsbereik van zijn cliënten coveren. Bovendien herhaalt deze investering zich zo om de 8 jaar omwille van de hernormering van de testen.

Kosten bureaumateriaal:

papier, schrijfmateriaal, dossiermappen, klasseurs, enveloppen, schrijfmateriaal, bord of flip-over en andere kantoorbenodigdheden

Kosten drukwerk:

officiële ontvangstbewijzen, afspraken- en naamkaartjes, voorgedrukte formulieren

Kosten vakliteratuur:

5 boeken (à 70 euro per boek) en 5 tijdschriften (à 90 euro per tijdschrift)

Kosten aankondiging Gouden Gids:

aankondiging in klein kader met naam in vette letters

Bijdragen beroepsgroeperingen:

lidmaatschap BFP, VVKP, therapie- en alumnivereniging en psychologencommissie

Kosten bijscholing:

5 dagen bijscholing gerekend aan gemiddeld 100 euro per dag voor drie dagen bijscholing in België en 175 euro per dag voor twee dagen bijscholing in het buitenland (en 250 euro per dag voor kosten van overnachting en maaltijden)

Kosten personenwagen:

afschrijving: aankoop van personenwagen met kostprijs 20.000 euro die voor 25 % beroepsmatig gebruikt wordt en die afgeschreven wordt over 5 jaar  
brandstof: 16.000 km per jaar (waarvan 25 % beroepsmatig) à 8 liter per 100 km, gerekend aan 1,40 euro per liter

onderhoud: 2 onderhoudsbeurten per jaar die samen 500 euro kosten

verzekering: 3 jaren omnium aan 1210 euro per jaar en 2 jaar zonder omnium aan 330 euro per jaar, gedeeld door 5

verkeersbelasting: wagen met belastbare grondslag van 9 pk

Kosten boekhouding:

boekhouder, belast met het voeren en organiseren van de boekhouding van de praktijk, het geven van adviezen en het opstellen van de jaarlijkse aangifte in de personenbelasting

Kosten verzekering ziekte- en invaliditeit:

gewaarborgd inkomen van 1.250 euro per maand bij volledige invaliditeit

Gemeente- en provinciebelastingen:

belastingen voor zelfstandigen in verband met hun beroepsactiviteit



## 1.5 Kritische noot bij de gehanteerde tarieven en juridisch statuut

Omwille van een afwezige financiering is de tariefsetting van zelfstandige klinisch psychologen in België laag in vergelijking met de ons omringende landen (zie onder punt 5.2). Psychologen doen dit om nog enigszins bereikbaar te blijven voor de bevolking.

De consequentie is wel dat psychologen die een eigen praktijk hebben, dit vaak in bijberoep doen. Een volwaardig hoofdberoep uitbouwen (waarvoor je minimaal een jaaromzet van 100.000 € nodig hebt) is immers onmogelijk met een gemiddeld tarief van 50 à 55 €.

Collega Heyns (2015) berekende dat een psycholoog (1 VTE) in staat is om maximaal 1320 contacturen te hebben op jaarbasis (220 effectieve werkdagen en 6 contacturen per werkdag). Volgens de werkgroep is dit een realistisch cijfer, zeker als we kijken dat het aantal consultaties in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg niet hoger ligt (950 consultaties in de volwassenwerking op jaarbasis; 725 consultaties in de kinderwerking op jaarbasis, cijfers verschaft door één van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg). De klinisch psycholoog vertrekt vanuit een hypothese om de zorgvraag van de cliënt te begrijpen, om te kijken wat het zorgaanbod zou kunnen zijn, eventueel in overleg met andere zorgaanbieders. Klinisch psychologisch werk vraagt van bij aanvang een intellectuele en emotionele investering (zorgvuldig luisterwerk, denkwerk, inlevingswerk, contextueel begrip, om te verwoorden, te vertalen en te checken bij de cliënt wat de zorgvraag zou kunnen zijn). Burn-out door een overload aan casussen is bij klinisch psychologen een groot gevaar.

In de gesubsidieerde voorzieningen ligt het cijfer van aantal haalbare consulten per dag, week of jaar zeker niet hoger.

Er is algemene consensus binnen de psychologengemeenschap dat, om een voltijdse werking te kunnen uitbouwen een jaaromzet van minimaal 100.000 € gehaald moet kunnen worden. Dit bedrag van 100.000 € werd door 3 bronnen ondersteund (een lezing over budgettering gegeven door UNIZO, de dagprijs van een consultant dient minimaal 450 € te bedragen om rond te komen en de boekhouder van een lid van de werkgroep), en is noodzakelijk om goed te kunnen leven. Bovendien weten we op basis van cijfers uit één van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg dat één CGG – medewerker een gemiddelde jaarkost heeft van zo'n 120.000 € (loonkost + overhead).

Rekening houdend met bovenstaande parameters kom je dan uit op volgend basistarief:

$$\mathbf{\text{€}100.000 \text{ jaaromzet} / 1320 \text{ consultaties} = 75,75 \text{ € per consult}}$$

Dit prestatietarief beschouwen wij als een absoluut minimum om als zelfstandige klinisch psycholoog rond te komen. Zeker als wij willen voldoen aan de bijkomende taken rond permanente vorming, netwerking (overleg) en kwaliteitsbewaking (verzamelen data). Zie ook verder tarieven die de inrichtende macht betaalt voor loopbaanbegeleiding of kostprijs consult in gesubsidieerde centra (Hoofdstuk 5).

Een hele generatie klinisch psychologen heeft jarenlang voor heel bescheiden bedragen aan de burgers van ons land hoogstaande klinisch psychologische zorg geboden, in een voor hen onzekere juridische en economisch-fiscale context. Terugbetaling van deze zorg zou voor hen eindelijk veiligheid en eindelijk erkenning en maatschappelijke waardering van hun werk betekenen.

## 2. Wat dient er gefinancierd te worden: klinisch psychologische handelingen en hun randvoorwaarden

### 2.1. Klinisch psychologische handelingen

De wet Muylle van 2014 stelt een 3 – tal klinisch psychologische handelingen centraal: preventie, diagnostische activiteiten, en psychologische behandelingsvormen. Dit is een brede, algemene omschrijving die nader ingevuld en geconcretiseerd dient te worden.

Het geheel van deze interventies kan ingezet worden binnen diverse settings, voor diverse doelgroepen en voor diverse zorgvragen. Afhankelijk daarvan verandert hun aard, inhoud, maar bijvoorbeeld ook hun kostenstructuur. Enkele voorbeelden: een klinisch neuropsychologisch onderzoek is totaal verschillend van een screening voor depressieve klachten of een inschatting van suïcidaliteit in een crisissituatie, wat op zijn beurt dan weer anders is dan klinisch diagnostisch onderzoek naar ontwikkelingsstoornissen bij kinderen. Crisisinterventies hebben een totaal andere aard dan een preventieve interventie en een intensieve, psychotherapeutische behandeling vereist een totaal andere voorbereiding dan een kortdurende interventie op de eerste lijn. Bovendien kunnen diagnostische alertheid of case-finding en verschillende therapeutische interventies ook tegelijkertijd worden opgepakt door de klinisch psycholoog. Binnen langdurige en intensieve individuele psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen bijvoorbeeld, of bij opvolging na therapie op lange termijn aan lage frequentie (een zogenaamde onderhoudsbehandeling), is blijvende alertheid voor risicogedrag altijd geboden.

De klinisch psycholoog beroept zich in zijn handelen in de eerste plaats op een klinisch **psychologisch wetenschappelijk referentiekader**.

In het klinisch psychologisch wetenschappelijk referentiekader wordt de mens als een betekenisgevend wezen gezien. Het gedrag, het voelen, het denken en de lichamelijke reacties, en hun wederzijdse interacties nemen een belangrijke plaats in. Veel van deze fenomenen zijn niet rechtstreeks meetbaar en men kan enkel tot uitspraken komen na interpretatie.

Het verbindende element (over de verschillende modellen heen) van de psychologie als wetenschap is dat elke behandeling/begeleiding vertrekt van het unieke van de persoon. Psychisch lijden is onlosmakelijk verbonden met de levensvisie en overtuiging van de persoon die om hulp komt vragen (uniciteit op biologisch, psychologisch, sociaal en cultureel vlak). Een behandelaar/onderzoeker die hiermee geen rekening houdt verlaat dus het gebied van wat wetenschappelijk onderbouwd te noemen is. Een interventie dient niet om het patroon, de diagnose of de cluster te vinden die iemand voldoende beschrijft (zodat je hem tot de cluster kan reduceren, en er de bij die cluster horende methodieken op kan toepassen), maar om het unieke en de eigenheid progressief te ontdekken en tot uiting te laten komen.

De voorgeschiedenis, leerervaringen, patronen, relaties, driften en verlangens zijn zo specifiek dat je daar als klinische psycholoog niet enkel deductieve (reducerende/reductionistische) wetenschapsmodellen (zoals die uit de positieve wetenschappen) op kunt loslaten, maar ook individuele, inductieve modellen.

Het is precies omwille van die complexiteit dat het klinisch psychologisch wetenschappelijk referentiekader zich niet laat herleiden tot een positief - wetenschappelijke benadering enerzijds of een geesteswetenschappelijke benadering anderzijds. Ze wordt net gedefinieerd door de complementariteit van beide benaderingen.

Binnen het veld van de klinische psychologie kunnen we wel aan beschrijvende diagnostiek doen, er is immers vaak onzekerheid over de veranderbaarheid van etiologische factoren. Heel wat interventies richten zich op het versterken van coping strategieën of op het bewerken van de beleving en minder op het weghalen van de veroorzakende factoren (deze zijn vaak niet veranderbaar). Samen met een persoon een kader scheppen waarbinnen een vertrouwensrelatie kan ontstaan, een behandelingsplan opstellen en doelen definiëren, is eigen aan onze werkmethode. Klinisch psychologische interventies bieden op deze manier ook de beste garantie voor het bewaken van de eerbiediging van de waardigheid en de rechten van de persoon (vandaar het belang van onze deontologische code). De adaptiviteit en de bereidheid zich in te schrijven in het lijden van de ander maakt volgens ons de 'ziel' uit van ons beroep.

De hedendaagse persoonsgerichte gezondheidszorg heeft dit paradigma al voor een groot stuk geïntegreerd, ze besteedt immers in haar verschillende opleidingen rond psychologische aspecten en communicatievaardigheden meer aandacht aan het subjectieve standpunt van de cliënt.

In het contact met de hulpvrager lopen de 3 klinisch psychologische handelingen vaak door elkaar.

#### 1. Preventie:

Psycho-educatie en interventies met de bedoeling om preventief gedragsverandering te bekomen gericht op de bevordering van gezondheid bij individuen, groepen en de algemene bevolking en om cliënten efficiënter toe te leiden naar de aangewezen klinisch psychologische behandelingsvorm. Zowel primaire, secundaire als tertiaire preventie is mogelijk in de psychologie.

Op vlak van primaire preventie is er heel wat nuttige informatie beschikbaar uit de klinische psychologie als wetenschap. Deze gezondheidspsychologische informatie zou breed door psychologen ter beschikking kunnen gesteld worden in mediacampagnes, info-sessies in lokale wijken, in het onderwijs, enz. Dit is nodig, want er hangt nog steeds een groot taboe op het zoeken naar hulp of het praten over psychische problemen. Nochtans speelt het gedrag van de mens een belangrijke rol in het ontstaan van gezondheidsklachten.

Op vlak van secundaire preventie bestaan er goede programma's die specifieke gedragingen of doelgroepen beogen. Zo brengen psychologen pas ontslagen werknemers bij elkaar en geven informatie mee over hun cognities, emoties, gedragingen. Na de aanslagen in Zaventem had een pro-actieve follow up van psychologen en huisartsen heel wat PTSS - klachten kunnen vermijden.

Op vlak van tertiaire preventie onderneemt de psycholoog ook actie binnen specifieke doelgroepen die reeds een uitval hebben om erger te voorkomen. Zo kan er met cliënten met obesitas gewerkt worden aan gezonde voeding voor hun kinderen of het versterken van opvoedingsvaardigheden. Lokale psychologenkringen kunnen meewerken aan het opstellen van zorgpaden in de regio, in een interdisciplinaire context (bv. via LMN), samen met huisartsen, medische specialisten (kinderendocrinologen) en paramedici (diëtisten, kinesisten, verpleegkundigen) en ook schoolartsen en schoolpsychologen in de eerstelijns bij de aanpak van kinderobesitas in een gemeente. Ze kunnen klinisch kinderpsychologen aanspreken die bereid zijn om zich op deze problematiek preventief of psychotherapeutisch toe te leggen, en deze psychologen voor de lokale gemeenschap bekendmaken. Vandaag de dag worden klinisch psychologen op die manier al ingezet in bijvoorbeeld het chronic care project Hageland (rond chronische pijn).

Het belang van preventie is niet te onderschatten om stigma's en taboes te doorbreken wat de toegankelijkheid dan weer ten goede komt.

Preventie op de verschillende niveaus kan diverse vormen aannemen. Zo kan preventie toegepast worden in een individueel consult, groepsconsulten of nog ruimere activiteiten zoals info-sessies, verspreiden van psycho - educatief materiaal, enz.

Het voorbeeld van obesitas:

Preventie kan uiteraard ook op microniveau worden toegepast door de individuele klinisch psycholoog, bijvoorbeeld tijdens psychotherapie van een obese volwassene met kinderen, of bij screening bij aanvraag voor obesitaschirurgie. De periode van zwangerschap is bijvoorbeeld de ideale periode om cliënten te motiveren tot gezondheid bevorderend gedrag, voor zichzelf en het ongeboren kind. Eetproblematiek zoals binge-gedrag, kan tijdens de zwangerschap preventief voor het kind, maar ook voor de volwassene in samenspraak met gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw en diëtist worden aangepakt.

Een ander voorbeeld zijn de stress gerelateerde problemen; de ELP is perfect geplaatst om hier zowel de huisarts als de arbeidsgeneesheer te ondersteunen door de cliënt te behandelen maar ook door aanbevelingen te doen naar 'redelijke' aanpassingen of werkhervatting. Ook intensieve psychotherapie kan op die manier 'preventief' uitpakken.

Preventie omvat op microniveau ook correcte psycho-educatie (bvb het beschikbaar stellen van GGZ-folders of verwijzing naar degelijke websites en die gezamenlijk doornemen) of groepsbegeleiding zoals relaxatietherapie, of sociale vaardigheidstraining, assertiviteitstraining. Verwevenheid van deze initiatieven binnen een netwerk van psychotherapeutische activiteit en binnen de eerstelijnsgezondheidszorg tout court is een meerwaarde (bvb. klinisch psychologen binnen groepspraktijken van kinesisten of ELP-psychologen die voor een huisartsenkring werken).

## 2. Diagnostiek/Assessment:

Interventies met de bedoeling om screening en onderzoek te doen naar psychisch en psychosomatisch lijden teneinde het stellen van een psychodiagnose mogelijk te maken. De doelstelling van deze interventies kan zijn om een indicatiestelling te doen (vb. in eerstelijnszorg), de hulpvragen te helpen formuleren, een ruimer psychodiagnostisch onderzoek teneinde een diagnose te stellen, of om de psychologische begeleiding of het therapeutisch proces samen met de cliënt of het systeem te monitoren, met als doel de begeleiding of de therapie verder te zetten of af te sluiten, of in de gewenste richting bij te sturen.

Klinisch psychologische diagnostiek kenmerkt zich door een hypothese - toetsend model en een gefaseerde werking. Bij aanvang zal de klinisch psycholoog problemen trachten te detecteren, vervolgens te screenen op hun ernst om tot slot daadwerkelijk over te gaan naar een grondige assessment teneinde tot een beeld te kunnen komen wat helder en verklaarbaar is voor de cliënt van waaruit een mogelijke psychologische behandeling zou kunnen starten.

Deze assessment kenmerkt zich door zijn hypothese - toetsende aard. In tegenstelling tot veel klassieke medische diagnostiek formuleert de klinisch psycholoog expliciet hypothesen over wat er mogelijks aan de hand zou kunnen zijn. In zijn onderzoek zal hij daarom trachten deze hypothesen te toetsen teneinde tot zijn diagnose te kunnen komen. In essentie tracht de psycholoog vooral tot een beeld te komen samen met de cliënt over het wat, hoe en waarom van zijn klachten.

Afhankelijk van de vraag kan klinisch psychologische diagnostiek dus breed gaan. Diagnostiek bevat altijd een onderzoek naar de klachten, de omstandigheden en de persoonlijkheidsfactoren. Voor veel problematieken bestaan specifieke vragenlijsten en onderzoeksmethoden, denk bvb. aan ontwikkelingsgerichte diagnostiek bij kinderen, leerproblemen, ADHD, ASS... Belangrijk hierbij is dat deze onderzoeksmethoden wetenschappelijk verantwoord zijn. De psycholoog maakt hierbij

gebruik van verschillende instrumenten: observaties, interviews, vragenlijsten, specifieke tests, enz. om de hulpvraag en de afgeleide onderzoeksvraag te beantwoorden.

Een voorbeeld van klinische psychodiagnostiek: Een jongen van 11 jaar wordt aangemeld in een ambulant centrum omwille van aandachtsproblemen en teruggelopen schoolresultaten. In de thuissituatie doen zich gedragsmoeilijkheden voor. Recent is de grootmoeder, met wie hij een goede band had overleden. Screening leert dat de jongen inderdaad significant meer aandacht - en gedragsproblemen vertoont dan zijn leeftijdsgenoten. Een breed psychodiagnostisch onderzoek wordt opgezet, waarin naast de klinisch psycholoog ook de kinderpsychiater en de logopediste betrokken wordt. Het klinisch psychodiagnostisch proces bestond uit een intakegesprek (1u), een schoolobservatie (1,5u), een klinisch interview met de ouders (1,5u), het testonderzoek met de jongere zelf (4u), een vragenlijstonderzoek (1u), een multidisciplinaire teambespreking (0,5u), de verwerking van alle interview- en testgegevens en de kinderpsychiatrische en logopedische gegevens, de verslagvoering, en tot slot een adviesgesprek met de jongen en zijn ouders (1u). Al deze activiteiten vragen een voorbereidingstijd, een reistijd, coördinatie en vaak intellectueel opzoekwerk van de klinisch psycholoog.

### 3. Psychologische begeleidingen en/of behandelingen:

De klinisch psychologische behandeling beschrijft methoden op dewelke de behandelaar kan terugvallen om interventies af te leiden. Ze vertrekt van de hulpvraag en is geënt op een brede waaier van klachten en omstandigheden (assessment/psychodiagnostiek). Er worden uitspraken gedaan over bij wie en op welk tijdstip een interventie een bepaald effect zal hebben (behandelplan). De interventies zijn uit de psychologie als wetenschap afgeleid.

Deze behandelingen kunnen kortdurend van aard zijn (crisisinterventie, kortdurende interventies, advies en zorg coördinatie) of langdurend aan een lage intensiteit (opvolging van chronische problematiek, levensloopproblematiek). Ze kunnen echter evenzeer intensief zijn, gebaseerd op een behandelplan of gespecialiseerd (zoals vb. psychotherapie).

Het uitgangspunt is de beleving en het gedrag. De interventie vindt plaats in de interactie tussen hulpverlener en hulpvrager.

De psychologische behandeling is hypothese-gedreven. Dit betekent dat er zoveel mogelijk samen met de cliënt een hypothese over de mogelijke oorzaken van het probleem of de huidige situatie wordt opgesteld, met het oog van daaruit behandelingsdoelen af te leiden. Tijdens de behandeling worden de hypothesen herhaaldelijk op hun bruikbaarheid getoetst. De deskundigheid van de cliënt speelt daarbij een belangrijke rol: de cliënten zijn experts over zichzelf, de psychologen zijn deskundigen van psychologische kennis en psychologische wetmatigheden. Deze uitwisseling leidt tot een optimaal behandelingssucces.

De hypothese-gedreven aanpak stoelt verder op een operationele eenheid van diagnose en therapie - de diagnostische stappen zijn tegelijkertijd ook interventies. Het inzicht dat eruit wordt afgeleid kan weer dienen om de onderliggende hypothesen te toetsen.

Een behandeling/begeleiding dient om het unieke en de eigenheid progressief te ontdekken en tot uiting te laten brengen (persoonlijke ontwikkeling) en dit binnen de mogelijkheden en beperkingen van de betrokken persoon (fysiek, psychologisch, sociaal en cultureel). Het palet van psychologische behandelingen gaat dus erg breed en is vaak onvoldoende gekend, ook door de verschillende gezondheidszorgactoren. Hieronder volgt daarom een ruime introductie in de verschillende ambulante interventies.

Een voorbeeld van crisisinterventie: een dochter vraagt een snel consult omdat ze zich ongerust maakt over haar moeder die vreemd doet en brengt haar moeder mee naar het eerste gesprek: het wordt snel duidelijk dat de cliënt paranoïde decompenseert naar aanleiding van een aantal crisissituaties thuis. De eerstelijnspsycholoog neemt telefonisch contact met de dienstdoende psychiater van de PAAZ met de vraag naar een dringend psychiatrisch consult, of met het ambulante psychiatrisch crisisteam van de regio, waarna kan gekeken worden of alleen medicamenteuze behandeling en thuisbegeleiding soelaas kan brengen, of ook een opname geïndiceerd is. De psycholoog informeert de huisarts ook over het voorgestelde beleid. Indien de wachtlijst te lang zou zijn, kan de eerstelijnspsycholoog eventueel ingeschakeld worden in de opvang.

Een voorbeeld van kortdurende interventie: een kort geleden gepensioneerde vrouw komt op intake met gevoelens van leegte, verveling na de pensionering, die zonder erkentelijkheid van de werkgever niet gevierd is, en dreigende depressie omwille van een onbevredigende relatie, hoewel ze niet wil scheiden. Ze is kinderloos en heeft zich heel haar werkend leven als secretaresse in een transportbedrijf, op haar job geconcentreerd. In de drie gesprekken die volgden, blijkt dat ze vooral nood heeft aan zinvolle contacten met anderen en zich nuttig wil maken. Ze wil de relatie met haar man niet in vraag stellen. Er wordt voorgesteld dat ze zich aanmeldt als vrijwilliger bij een welzijnsorganisatie in de regio. De psycholoog legt zelf ook de eerste contacten met deze welzijnsorganisatie. Cliënt meldt zich ook effectief aan en in een opvolggesprek blijkt ze hierover positief. De begeleiding wordt na 3 gesprekken afgerond. Een depressie is vermeden. De cliënt weet dat ze steeds opnieuw contact kan opnemen indien zich verdere problemen zouden voordoen.

Een voorbeeld van advies: telefonische vraag van een moeder die een intelligentieonderzoek wil voor haar dochter, omdat ze een conflict heeft met het lokale CLB over het beleid hiervan. De psycholoog geeft haar onmiddellijk de coördinaten mee van een lokaal centrum, waarvan hij weet dat men er professioneel en onpartijdig dergelijke situaties bekijkt en eventueel een bemiddelingsrol zou kunnen opnemen in het conflict met het CLB.

Een voorbeeld van zorg coördinatie: de psycholoog stelt als centrale behandelaar de vraag naar een multidisciplinair overleg voor een cliënte met een dissociatieve identiteitsstoornis, die reeds jaren met verschillende actoren in de psychiatrische gezondheidszorg in contact kwam. Dit overleg vindt ook plaats en moet opgevolgd worden.

Een voorbeeld van opvolging van chronische problematiek of levenslooppromblematiek: een vrouw van 50 die een lang psychotherapeutisch traject volgde omwille van een ernstige borderline-problematiek a.g.v. een traumatische voorgeschiedenis en na 10 jaar relatief adequaat functioneert. De psychotherapeut blijft beschikbaar op laagfrequente basis, bvb. 1 maal/maand of per 2 maand.

Voorbeeld van psychologische begeleiding in de omgeving van een cliënt met psychiatrische problematiek: een jong koppel consulteert met de vraag naar relatietherapie. Mevrouw is hoogzwanger van haar tweede kind. De man vermeldt ernstige burn-out klachten en depressiviteit, waarvoor hij recent in behandeling is gegaan. Hij twijfelt nu ook aan de relatie met zijn echtgenote. Mevrouw is verrast: zij heeft de problemen nooit als relationeel ervaren, zij vermoedde dat veranderingen op het werk van de man, samen met het snel zwanger zijn geworden van het tweede kind, belastend geweest waren voor haar man. De man wordt opgenomen o.w.v. ernstige depressie. Mevrouw staat voor haar bevalling: de psycholoog brengt haar collega van de kraamafdeling op de hoogte, voor de opvang van mevrouw in het ziekenhuis. Naderhand begeleidt ze de echtgenote, die ontredderd is door de afwezigheid van de jonge vader, en door het door hem in vraag blijven stellen van het huwelijk.

Casus intensieve psychotherapie in samenwerkingsverband ambulant:

Een echtpaar consulteert een zelfstandige psycholoog-psychotherapeut op advies van het CGG, waar de man in een verder verleden in individuele therapie geweest is en de vrouw in een recenter verleden individuele therapie heeft gehad. De therapie van mevrouw stukt daar immers op relationele thema's met name een grote teleurstelling in haar man en hoe die zich thuis gedraagt, in haar ogen te weinig betrokken. In de voorgeschiedenis van de man is er een burn-out die zich later heeft doorgezet in majeure depressie met zelfverwaarlozing, waarvoor na de individuele therapie ambulant, zowel opname op PAAZ als langdurige opname in een psychiatrische afdeling voor depressie is nodig geweest. Meneer is blijvend werkonbekwaam en dus thuis, maar zeer sociaal actief. Relatietherapie wordt opgestart, waarbij inzichtelijk teruggekeken wordt naar het ontstaan van de relatie, en naar de verwachtingen in de relatie die bij mevrouw en meneer nu leven, en hoe de verwachtingen o.w.v. de depressie van de man en o.w.v. de ontwikkeling van mevrouw die in diezelfde periode anders liep dan ze had gehoopt, moeten worden bijgesteld. Om de relatietherapie meer kracht bij te zetten verwijst de klinisch psycholoog beiden terug naar de eigen individuele klinisch psycholoog van het CGG uit het verleden. De verdieping in de individuele therapie van beiden en relatietherapie is nu groot, omdat er een voeding is vanuit de relatietherapie naar de individuele therapie en omgekeerd. De relatie krijgt terug een kans.

Casus eerstelijnspsychologie:

Een moeder meldt aan in crisis bij de eerstelijnspsycholoog omwille van het plotse overlijden van haar 15 - jarige zoon. De jongen werd 2 nachten geleden dood aangetroffen in zijn slaapkamer na hartfalen. De zoon en diens broer zijn in het verleden in begeleiding geweest bij de psycholoog en moeder maakt zich zorgen omtrent de impact van het plotse overlijden op het gezin en de broer in het bijzonder. Tijdens de consultatie wordt er stil gestaan bij het overlijden en wordt er psycho - educatie meegegeven omtrent (ab)normale rouw. De psycholoog besluit dat er actueel niets anders aan de hand is behalve een normale rouwreactie op een zeer ongewone situatie. Er worden afspraken gemaakt op welke signalen er gelet dient te worden, hoe er contact kan genomen worden bij verdere vragen en een follow up consult wordt gepland.

## 2.2. Randvoorwaarden

Naast de specifieke klinisch psychologische handelingen , zijn er ook een aantal randvoorwaarden die moeten voldaan zijn om de klinische psychologie adequaat te kunnen beoefenen:

- Permanente vorming: Klinische psychologie is een snel evoluerende wetenschap en discipline. De kennis en vaardigheden uit de wetenschappelijke masteropleidingen moeten zoals in andere gezondheidsdisciplines regelmatig worden bijgewerkt. Bovendien maakt de aard van het klinisch psychologische werk dat de psycholoog voortdurend blootgesteld wordt aan heuristieken, die de kwaliteit van zijn werk kunnen verhinderen. Helaas toont onderzoek aan dat psychologen, na het verlaten van hun opleiding, snel vervallen in heuristieken, waardoor een performant accreditatiesysteem onontbeerlijk is om te komen tot goede, kwaliteitsvolle klinisch psychologische zorg.
- Netwerking: klinische psychologie vertrekt vanuit het "bio – psycho – sociale" model en benadert de mens holistisch. Vanuit dit denken zit de tendens om inter-, multi – en zelfs transdisciplinair te werken inherent verbonden aan de klinische psychologie. Het is dan ook ondenkbaar dat de zorg rond een cliënt zich enkel afspeelt in het kabinet van een klinisch psycholoog. De klinisch psycholoog dient verankerd te zijn in een lokaal, multidisciplinair zorgnetwerk, waarbinnen duidelijk afspraken zijn gemaakt omtrent het samen zorg dragen voor een cliënt. Daarnaast is het essentieel dat de klinisch psycholoog ook behoort tot zijn lokaal verankerd netwerk, de regionale psychologenkring. Op deze manier verwerft de psycholoog kennis over het beschikbare aanbod binnen zijn regio. Het financieren van klinisch psychologen die geen deel uitmaken van dergelijke netwerken, heeft dan ook geen

zin. Anderzijds dienen klinisch psychologen ook gefaciliteerd te worden om te kunnen deelnemen aan dergelijke netwerken.

- Digitalisatie: om volop te kunnen deelnemen aan die (regionale) multidisciplinaire zorg dient de psycholoog gedigitaliseerd te worden. Vandaag de dag zijn klinisch psychologen nauwelijks gedigitaliseerd. Dit heeft alles te maken met de gebrekkige financiering en het vooralsnog ontbreken van een lijst van erkende klinisch psychologen. Klinisch psychologen werken aan veel te lage tarieven om nog enigszins bereikbaar te blijven voor de bevolking. Nochtans is het digitaal kunnen uitwisselen van informatie essentieel voor een goede kwaliteitsvolle zorg. Elk financieringsvoorstel dient dan ook rekening te houden met de investeringsgolf die de sector zal moeten doen om deze achterstand in te halen. Een goede digitalisatie kan ook helpen om de administratieve last bij klinisch psychologen in te perken, die ongetwijfeld zal toenemen met de erkenning als gezondheidszorgberoep. Net zoals de andere zorgverstrekkers dient de psycholoog zich bezig te kunnen houden met zorg.
- Beschikbaarheid: Een groot deel van de consultaties bij psychologen speelt zich af in de avonduren. Werkgevers of scholen aanvaarden immers niet altijd een attest van een psycholoog om de afwezigheid te dekken. Om een gemiddeld aantal van 6 consultaties te halen, zou de psycholoog in theorie bezig moeten zijn tot 23.00 's avonds. Dit is uiteraard niet realistisch. Begeleidende maatregelen zouden dan ook genomen moeten worden zodat een consult bij de psycholoog ook overdag kan plaats vinden.



## 3. Kwaliteit in het klinisch psychologisch handelen

### 3.1. Het goede goed doen

Kwaliteit heeft 2 dimensies:

- het goede doen
- het goede goed doen

Binnen de GGZ vertrekt **het goede doen** van de mensvisie en de ethiek die de behandelaar hanteert. Dit omvat maar overstijgt de deontologie waaraan iedere psycholoog wettelijk gebonden is. Het verbindende element (over de verschillende modellen heen) van de psychologie als wetenschap is dat elke behandeling/begeleiding vertrekt van het unieke van de persoon.

Er is wel een dubbele verwarring, eventueel zelfs verdeeldheid rond wat het 'doel' van een behandeling zou moeten zijn.

Moet je naar zelfontplooiing werken of naar aanpassing (socialisering en normalisering)? Dit hoeven geen tegenstrijdigheden te zijn.

Anderzijds is er het spanningsveld tussen het verminderen of oplossen van bepaalde symptomen tegenover de aanpak om met een bepaalde beperking te moeten leren leven.

Het goede **goed doen** gaat over de competenties die je nodig hebt om vanuit die uniciteit een antwoord te vinden op de klachten/moeilijkheden. De zorg moet de cliënt vooruit helpen, diens veerkracht verhogen en mag niet schaden (evenwichtsoefening tussen steun geven en confronteren). Hiervoor dient de klinisch psycholoog zijn competenties en beperkingen te kennen (bescheidenheid) en dat de expertise in het proces met de cliënt gedeeld wordt. De deskundigheid van de behandelaar heeft dan zowel te maken met het toepassen van technieken en interventies als met het toetsen van het effect van deze.

Voor iedere behandelaar zou het een blijvende uitdaging moeten zijn vertrekkend vanuit de uniciteit van de persoon de meest effectieve en efficiënte methode te zoeken. Ook dit is een evenwichtsoefening, namelijk tussen steun geven en confronteren.

Kwaliteitsvol handelen wordt dan vervolledigd als de methode veilig is en de zorg toegankelijk is voor alle burgers.

De hiervoor vermelde principes kunnen echter onder druk komen te staan in een economisch 'discours' dat budgetten beheersbaar moeten zijn (het doel is besparen) te volgen. Uiteraard dienen wij ons in te schrijven in een solidaire samenleving en ernaar te streven dat gezondheidszorg financierbaar en betaalbaar blijft. Gezondheidszorg is een publiek goed en wij dienen in de gesolidariseerde zorg onze bijdrage te leveren. Echter, als wij de redenering van het economisch "discours" in het extreme volgen, dan riskeren we bij het volgende uit te komen:

- cliënten die binnen die "wetenschappelijke onderbouwde technieken" passen (diagnose) .
- hulpverleners die "wetenschappelijk onderbouwde technieken" gebruiken (het werkt = recept)

Indien de "wetenschappelijke onderbouwde technieken" bij een bepaalde combinatie cliënt hulpverlener niet werken, zal het wel aan de inefficiënte hulpverleners of therapieresistente cliënten liggen.... (de methode is immers bewezen).

Op termijn gaan nog enkel cliënten met de juiste diagnose door hulpverleners behandeld mogen worden die met de "bewezen" technieken resultaat bekomen.

Een nuttig kader om te denken over kwaliteit is de definitie van de WHO over kwaliteit binnen de gezondheidszorg.

Basic concepts of quality World Health Organization. Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Geneva: WHO, 2006, p.9-10

"The following working definition is used throughout .... It suggests that a health system should seek to make improvements in six areas or dimensions of quality, which are named and described below. These dimensions require that health care be:

effective, delivering health care that is adherent to an evidence base and results in improved health outcomes for individuals and communities, based on need;

efficient, delivering health care in a manner which maximizes resource use and avoids waste;

accessible, delivering health care that is timely, geographically reasonable, and provided in a setting where skills and resources are appropriate to medical need;

acceptable/patient-centred, delivering health care which takes into account the preferences and aspirations of individual service users and the cultures of their communities;

equitable, delivering health care which does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, race, ethnicity, geographical location, or socioeconomic status;

safe, delivering health care which minimizes risks and harm to service users"

Kwaliteit wordt dus beschreven aan de hand van 6 parameters

effectiviteit, efficiëntie, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid, rechtvaardigheid en veiligheid.

### 3.2 Welke zorgverstrekkers komen in aanmerking om terugbetaald te worden?

Op dit moment kent de markt een overaanbod van klinisch psychologen. Klinische psychologie is jarenlang een populaire studierichting geweest, maar de onderfinanciering van de GGZ maakte dat er onvoldoende arbeidsplaatsen beschikbaar waren in het gesubsidieerde circuit. Veel jonge collega's zijn zich dan ook gaan vestigen als zelfstandige.

In de toekomst kan het aantal psychologen dat de klinische psychologie kan beoefenen beperkt worden aan de hand van de noodzakelijke 6e jaar professionele stage. Het aantal stageplaatsen zal beperkt dienen te worden aan de hand van de reële nood in onze samenleving aan psychologische zorg. Dit kan gebeuren aan de hand van een kadaster. Dat kadaster zal ten vroegste operationeel kunnen zijn in 2022 – 2023. Dat zal immers het jaar zijn waarop de eerste professionele stages moeten doorgaan.

Een kadaster kan helder in kaart brengen welke klinisch psychologen bepaalde types van zorg aanbieden en waar ze werken. Op basis van deze informatie kan een planningscommissie (net zoals bij de artsen) gaan bepalen hoeveel bijkomende klinisch psychologen en eventuele specialismen er verder nog nodig zijn. Immers, op basis van prevalentie – onderzoek op populatie – niveau kan er een inschatting gemaakt worden over hoe groot de nood is aan psychologische zorg is, zoals dit recent nog werd gedaan voor de netwerken GGZ kinderen en jongeren.

Er zijn 3 groepen van zorgverstrekkers die gefinancierd dienen te worden:

- de klinisch psycholoog in opleiding
- de klinisch psycholoog
- de klinisch psycholoog - specialist

De klinisch psycholoog in opleiding omhelst de groep van psychologen die hun 6e jaar professionele stage aanvatten. De stage is een professionele stage en valt buiten de masteropleidingen. Deze zorgverstrekkers zijn met andere woorden geen studenten meer en dienen aldus gefinancierd te worden.

De klinisch psychologen zijn de reguliere klinisch psychologen die na hun de professionele stage hun erkenning bekomen en aan de slag gaan in de ruimere gezondheidssector. Zij worden geacht te beschikken over de 14 competenties zoals beschreven in het advies 9194 van de Hoge GezondheidsRaad (HGR, 2015).

De klinisch psychologen - specialisten zijn die psychologen die ervoor kiezen om zich na hun professionele stage verder te specialiseren in één van de verschillende domeinen van de klinische psychologie zoals vb. psychotherapie, neuropsychologie of eerstelijnspsychologie.

Als criteria voor deze drie categorieën van zorgverstrekkers om gefinancierd te worden, stelt de werkgroep het volgende voor:

#### Klinisch psycholoog in opleiding

Criteria:

- Beschikken over een erkende stageplaats tot klinisch psycholoog
- Geregistreerd zijn bij de Psychologencommissie

#### Klinisch psycholoog

Criteria:

- Beschikken over een erkenning als klinisch psycholoog
- Geregistreerd zijn bij de Psychologencommissie
- Inbedding in lokaal multidisciplinaire overleg (operationeel netwerk)
- Aangesloten bij min. 1 regionale psychologenkring
- Geaccrediteerd zijn

#### Klinisch psycholoog – specialist

Criteria:

- Beschikken over de erkenning tot klinisch psycholoog
- Beschikken over een bijkomende specialisatie: ELP, psychotherapie, neuropsychologie, psychodiagnostiek, psycho – oncologie, ...
- Geregistreerd zijn bij de Psychologencommissie
- Inbedding in lokaal multidisciplinaire overleg (operationeel netwerk)
- Aangesloten bij min. 1 regionale psychologenkring
- Geaccrediteerd zijn

De werkgroep heeft stilgestaan bij de vraag hoe de inbedding van de klinisch psycholoog in een operationeel netwerk van zorgactoren in de regio te definiëren is.

Er is consensus over de verplichting dat klinisch psychologen bereid moeten zijn multidisciplinair samen te werken en bindende afspraken te maken met de andere zorgactoren. Multidisciplinair samenwerken is de bereidheid tot overleg op casusniveau, mits toestemming van de cliënt. De werkgroep wenst te beklemtonen dat de autonomie op casusniveau dient bewaakt te worden. Bindende afspraken hebben betrekking op de organisatievorm en wederzijdse ondersteuning (bvb. dat er rond bepaalde problematieken structureel samengewerkt wordt, en overleg mogelijk is). Ook op vlak van samenwerking dient autonomie bewaakt te worden. De klinisch psycholoog dient niet verplicht te worden de samenwerking te beperken tot enkele zorgactoren of tot een bepaalde regio.

De noden van de cliënt staan centraal en in functie daarvan werkt hij samen met de andere zorgactoren. De graad waarin een klinisch psycholoog zich engageert in een dergelijk netwerk hangt ook sterk af van de zorg die hij verleent. Zo zal een klinisch psycholoog die zich meer toelegt op preventie ook meer de noden van de lokale bevolking voor ogen nemen, terwijl een klinisch psycholoog die zich meer toelegt op gespecialiseerde zorg het netwerk voornamelijk zal inschakelen in functie van de noden van zijn cliënt. Er dient vermeden te worden dat de toegang tot hulpverlening beperkt wordt vanuit een 'operationeel' netwerk of 'regio', gezien dit ten koste van de keuzevrijheid gaat en "matched care" zou bemoeilijken.

### 3.3 "Evidence – based psychology" in het klinisch psychologisch handelen: wat gaan we terugbetalen?

Klinische psychologie is een wetenschap, waarbij klinisch psychologen in eerste instantie opgeleid worden als "scientists – practitioners". Het is echter een unieke wetenschap en als dusdanig niet onmiddellijk vergelijkbaar met andere wetenschappen zoals geneeskunde. Het is bovendien een wetenschap in volle ontwikkeling. Een wetenschap die 2 wetenschapstheoretische kaders kent: een positief – wetenschappelijke en een geesteswetenschappelijke benadering. Elk met zijn eigen relevante bijdragen voor het brede domein van de klinische psychologie.

"Evidence – based psychology" kent dus een andere invulling dan "evidence – based medicine".

"Evidence-based practice is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences." (APA, 2005)

"Evidence – based psychology" zoals gedefinieerd door de American Psychological Association (APA, <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/>), vereist drie dingen:

- de klinisch psycholoog dient ten alle tijde op de hoogte te zijn van de meest recente ontwikkelingen in het wetenschappelijk domein van de klinische psychologie (vb. via goede guide – lines en best – practices)
- Relevante en persoonlijke praktijkervaring dient gedeeld te worden (vb. opwaardering van intervisie en supervisie)
- Therapeutische vrijheid en autonomie is essentieel in het toepassen en aanpassen van bovenvermelde elementen aan de cliëntvariabelen

Als wetenschappelijk opgeleide psycholoog, mag er verwacht worden dat elke (zelfstandige) psycholoog het wetenschappelijke uitgangspunt hanteert. Dit vraagt de bereidheid de kennis die verworven is in vraag te blijven stellen en het besef dat je nooit de waarheid kunt kennen.

Een wetenschappelijke ingesteldheid veronderstelt een blijvende nieuwsgierigheid om de waarde van de verschillende benaderingen (interpretaties van dezelfde fenomenen) te kennen en te erkennen. Dat wil zeggen dat men aandacht besteedt aan de eigen bekwaamheden en beperkingen. Indien men zich vanuit een bepaalde oriëntatie profileert, is het belangrijk de sterktes en zwaktes (evt. blinde vlekken) ervan te kennen. Ook is het erkennen van onze grenzen ten aanzien van cliënten belangrijk; hun competentiegebied blijft hun beleving en hun levenskeuzes.

Het is een oefening in bescheidenheid over ons kennen en kunnen, waarin de vakbekwaamheid en de grenzen van de verschillende scholen of theorieën erkend wordt.

Kwaliteit in het klinisch psychologisch handelen gaat dus hand in hand met een (zelf-)kritische ingesteldheid en het bewaken van de deontologie.

Psychisch lijden is onlosmakelijk verbonden met de levensvisie en overtuiging van de persoon die om hulp komt vragen (uniciteit op biologisch, psychologisch, sociaal en cultureel vlak). Een behandelaar/onderzoeker die hiermee geen rekening houdt verlaat dus het gebied van wat wetenschappelijk onderbouwd te noemen is.

De deontologie van psychologen is opgedeeld volgens vijf waarden of principes:

1. Het **beroepsgeheim**: een psycholoog is in alle omstandigheden verplicht tot geheimhouding van de vertrouwelijke informatie die tussen hem en zijn cliënt wordt uitgewisseld.
2. **Eerbiediging van de waardigheid** en de rechten van de persoon: een psycholoog dient de rechten van zijn cliënt te respecteren, meer bepaald zijn vrijheid, waardigheid, privacy, autonomie en zijn integriteit.
3. De **verantwoordelijkheid**: een psycholoog is verantwoordelijk voor de keuzes die hij maakt en de adviezen die hij verstrekt (middelenverbintenis en continuïteit van zorg).
4. De **competentie**: een psycholoog dient zijn deskundigheid in stand te houden en verder te ontwikkelen. Wanneer hij op de grenzen van zijn kunnen stoot, moet hij hierover kritisch reflecteren.
5. **Integriteit en eerlijkheid**: als beroepsbeoefenaar neemt een psycholoog een onafhankelijke positie in. Hij mag echter binnen zijn beroepsuitoefening zijn persoonlijke belang niet laten primeren.

In de deontologie ligt een belangrijk fundament voor kwaliteit vevat. Deze is te beschouwen als ethisch kompas voor "Evidence – based psychology". Het naleven van deze principes is volgens de werkgroep dan ook de basis voor kwaliteitsvol handelen.

De wetenschappelijke masteropleiding in de klinische psychologie, de permanente vorming verzekerd door de accreditatie en de deontologische opvolging zijn dan ook een voldoende garantie om ervoor te zorgen dat de klinisch psycholoog "evidence – based" te werk gaat.

Ook de wetgever achtte voorgaande criteria als zijnde voldoende om de praktijk van de klinische psychologie op autonome wijze te beoefenen.

### 3.4 Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsvol werken is echter meer dan enkel opleiding en permanente vorming. Het betekent tevens het verzamelen van data over de eigen werking ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit. Het betekent tevens het aanleveren van data ten behoeve van de samenleving zodat het gezondheidszorgaanbod nog beter en efficiënter kan georganiseerd worden. Het moge duidelijk zijn dat digitalisering hiervoor een absolute must is en de stem van de cliënt een belangrijke factor is.

Data verzamelen over de eigen werking

Onderzoek (Rober, 2012 ; Stinckens, 2012) heeft al duidelijk aangetoond dat feedback gericht werken een duidelijke verbetering oplevert in de kwaliteit van psychologische zorg. Feedback gericht werken houdt in dat de therapeut systematisch zijn cliënt bevraagt over zijn beleving van de therapie. Het houdt een stuk resultaatsbevraging in, procesbeleving en patiënttevredenheid in. De bedoeling is dat de therapeut deze informatie gaat gebruiken om de kwaliteit van de hulpverlenersrelatie en het behandelproces te verbeteren.

Er bestaan vandaag al goede, digitale instrumenten hiervoor. Deze zijn echter nog niet wijdverspreid gezien de hoge kostprijs en de afwezige financiering ervoor.

## Data aanleveren ten behoeve van de samenleving

Het is belangrijk dat we zicht krijgen of de manier waarop we psychologische hulpverlening organiseren en financieren ook daadwerkelijk ten behoeve is van de samenleving. Met andere woorden, slagen we erin om het medicatieverbruik terug te dringen? Slagen we er in om het aantal ziekenhuisopnames terug te dringen? Aantal suïcides? Het absentisme – cijfer als gevolg van psychische problematiek? Is het onderscheid tussen eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde zorg inderdaad nuttig?

Hiervoor is het essentieel dat standaard data verzameld worden door de psychologen over hun zorg, ongeacht waar deze plaats vindt. Deze data zou dan bewaard en gedeeld kunnen worden via een elektronisch patiënten dossier (EPD) wat gedeeld kan worden via E-health en Vita – link . We denken dan in de eerste plaatsen aan variabelen zoals hulpverleningstraject, procesbeleving, aantal sessies, opvolging na afloop van de behandeling, enz.

De werkgroep meent echter dat dit luik op dit moment onvoldoende ontwikkeld is in de geestelijke gezondheidszorg. Er is een algemene nood aan meer data, meer transparantie, ook wat betreft het klinisch psychologische werk. Deze data dienen in de eerste plaats de kwaliteit van het klinisch psychologisch werk ten goede te komen. Het is echter nog veel te vroeg om het resultaat van dergelijke indicatoren al te koppelen aan financiering. De werkgroep beveelt daarom aan dat dit luik verder ontwikkeld zou worden binnen de cel Kwaliteit. Hamvragen zoals “wat verstaan we onder kwaliteit van klinisch psychologische zorg” dienen verder uitgeklaard te worden. Bevoorrechte partners voor deze vraag zouden onder andere de cliënten van de klinisch psychologen kunnen zijn.

## 4. Organisatie van de klinisch psychologische zorg in de zelfstandige praktijk

In dit onderdeel beschrijven we de organisatie van de gefinancierde klinisch psychologische zorg. De hierna volgende voorstellen hebben met andere woorden geen enkele betrekking op de klinische psychologische zorg die niet gefinancierd is. Deze blijft dus rechtstreeks toegankelijk voor mensen die hier zelf voor betalen.

Er is nood aan een betere toegang tot klinische psychologische zorg in het algemeen. De werkgroep erkent het onderscheid tussen eerstelijnspsychologische hulpverlening en gespecialiseerde psychologische hulpverlening. Beide onderscheiden zich door hun aard van werken, de werkgroep doet verder geen uitspraken over de eventuele competenties die hiervoor nodig zijn.

Een nadere omschrijving van de klinische psychologie, de klinische psychologische zorg, de eerstelijnspsychologie en de psychotherapie zijn noodzakelijk. Pas dan kunnen er duidelijke competentieprofielen opgemaakt worden en is er een duidelijke differentiatie tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnsfunctie mogelijk.

### 4.1 Positionering Eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde zorg

#### 4.1.1 Eerstelijnspsychologische zorg

Eerstelijnspsychologische zorg omhelst verschillende functies: kortdurende, oplossingsgerichte en generalistische zorg, psychodiagnostische screening, vlotte triage en doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ, ondersteuning binnen een multidisciplinair eerstelijnsnetwerk, laagdrempelige opvolging van chronische problematiek, crisisinterventies, enz. ....

Het werken in de eerstelijns impliceert bijkomende klinische ervaring en competenties (ref. Nota eerstelijnspsychologie), deze kunnen behaald worden via een bijzondere voortgezette opleiding en/of aanvullende professionele ervaring. Deze bijzondere competenties dienen tevens behouden te worden aan de hand van permanente vorming en accreditatie.

In het belang van die toegankelijkheid is het essentieel dat die klinisch psycholoog op de eerstelijns een breed generalistisch aanbod kan ontwikkelen, dat kortdurend van aard is. Een wezenlijk aspect van de werking is de inschatting of een bepaalde zorgvraag in een beperkt aantal sessies kan behapt worden. Zoniet dient hij door te verwijzen naar de 2<sup>e</sup> lijn.

Voor de financiering van de zorg leidt deze eerstelijnswerking binnen de klinische psychologie tot een lager aantal sessies per dossier (een beperking tot bijvoorbeeld 10 consultaties), en ze leidt tot een hoger aantal dossiers dat door de psycholoog zal moeten gevolgd worden. Bovendien zal er, gezien de triage-functie, veel meer overleg nodig zijn met andere actoren. De zelfstandige eerstelijnspsycholoog werkt samen in een multidisciplinair en regionaal netwerk (hij onderhoudt contacten en overlegt op een autonome wijze met andere zorgverstrekkers).

Om breed toegankelijk te blijven en een aanbod te kunnen doen naar uiteenlopende doelgroepen is het tevens van belang dat de klinische psychologie op de eerste lijn gekenmerkt wordt door een veelheid aan modellen en benaderingen. Deze diversiteit zou dan moeten weerspiegeld worden in het opleidingsaanbod (basisopleiding, permanente vorming, specialisatie – opleiding). Een billijke financiering van de eerstelijns zal maken dat er voldoende interesse zal bestaan, waardoor het opleidingsaanbod voldoende zal uitbreiden om die diversiteit te waarborgen.

Tot slot, evenzeer vanuit die brede toegankelijkheid dient de klinisch psycholoog actief te kunnen zijn binnen een brede range van settings gaande van zelfstandig psychologen in een eigen praktijk tot psychologen binnen andere eerstelijnsvoorzieningen zoals CAW's of huisartsenpraktijken.

Dit zou moeten kunnen leiden tot een grotere vertrouwdheid van de bevolking met de klinisch psycholoog en leiden tot een vaste, stabiele zorgrelatie. In die zin zou je in de toekomst kunnen spreken van de “huispsycholoog”, naast de huisarts en recent de “huisapotheker”.

#### 4.1.2 Gespecialiseerde psychologische zorg (2<sup>e</sup> lijn)

Onder gespecialiseerde psychologische zorg verstaan we technieken en toepassingen zoals psychotherapie of neuropsychologie. Dergelijke gespecialiseerde zorg vereist verdere training en opleiding bij de klinisch psycholoog om de nodige competenties te verwerven. Deze hulpverlening kenmerkt zich door haar specialistische aard, intensieve werking en de integratie met andere disciplines. Gespecialiseerde psychologische hulpverlening voltrekt zich aan de hand van een behandelplan, gezamenlijk opgesteld met de persoon met een zorgnood waarin diens doelstellingen centraal staan. Dat behandelplan zou geïntegreerd moeten kunnen worden in een gezamenlijk, multidisciplinair plan indien nodig. De invulling van dat plan behoort tot de therapeutische vrijheid van de psycholoog, opnieuw in samenspraak met de cliënt.

De duur van de behandeling en dus het aantal sessies is onmogelijk te bepalen op voorhand. De gespecialiseerde zorg onderscheidt zich onder andere van de eerstelijnspsychologische zorg door de mogelijkheid om, indien nodig een langduriger en intensievere behandelrelatie te kunnen installeren. Dit is o.a. afhankelijk van de aard van de problematiek, de eigenschappen van de cliënt, de gekozen behandelvorm, etc. Om toch een goed rendement van de behandeling te verzekeren (vb. om ook therapiemoeheid en overconsumptie te voorkomen) is het raadzaam om na 20 sessies een evaluatie – moment in te bouwen. In het financieringsmodel gaan we dan ook uit van een hoger gemiddeld aantal sessies, of een hogere intensiteit van behandeling (wekelijkse sessies of meermaals per week, of een combinatie van ggz-begeleidingen – psychiater, psycholoog, psychiatrisch verpleegkundige, sociaal werk).

De werkgroep is het er niet eens over geraakt over hoe deze evaluatie eruit zou moeten zien. Een mogelijk spoor is dat deze evaluatie door een onafhankelijke collega psycholoog – supervisor dient te gebeuren. Deze zou dan mee het verloop van de behandeling bekijken in functie van het opgestelde behandelplan en mee indiceren of een verdere verlenging van de behandeling noodzakelijk is. Er is wel eensgezindheid dat deze collega – supervisor onafhankelijk zou moeten zijn en dus niet verbonden aan een verzekeringsinstelling is (cfr. het systeem in Duitsland). Het is tevens cruciaal dat deze supervisor beschikt over dezelfde competenties als de behandelende psycholoog.

Ook gespecialiseerde klinisch psychologische zorg dient beschikbaar te zijn in een brede range van settings. Centra voor geestelijke gezondheidszorg of multidisciplinaire psychiatrische diensten zijn vaak voorkomende settings, maar evenzeer de vrijgevestigde psycholoog – psychotherapeut wordt veelvuldig gefrequenteerd door personen met een zorgnood, die intensievere en gespecialiseerde zorg vereist. Opnieuw is het hier noodzakelijk dat men de persoon met een zorgnood, diens behoeften en de eigen intrinsieke motivatie centraal stelt.

Eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde klinisch psychologische zorg vereisen specifieke en aparte competenties. Dat neemt evenwel niet weg dat beide functies wel degelijk gecombineerd kunnen worden in één en dezelfde zorgverstrekker. In het kader van zorgcontinuïteit kan de persoon met een zorgnood dit zelfs wenselijk achten. Bijzondere voorzorgen dienen dan echter genomen te worden opdat er voldoende eerstelijnspsychologische capaciteit in het eerstelijnsnetwerk beschikbaar blijft.



## 4.2 Nood aan een goed doordacht beleid

Met de uitvoering van de zesde staatshervorming is de geestelijke gezondheid erg versplinterd geraakt qua bevoegdheden en financiering. Bepaalde gewesten, zoals Vlaanderen, nemen de vlucht vooruit en maken volop gebruik van hun nieuwe bevoegdheden. De klinisch psychologische zorg wordt echter verstrekt op verschillende niveaus en raakt derhalve verschillende bevoegdheidsdomeinen. Momenteel stellen we vast dat Vlaanderen de focus erg legt op de hervorming van de eerstelijnszorg. Hier krijgt de zelfstandig klinisch psycholoog voor het eerst een uitgesproken plaats in het hulpverlenerslandschap. Dat is toe te juichen, doch we moeten ook waakzaam zijn dat de verschillende vormen van klinisch psychologische zorg goed met elkaar kunnen sporen. Hier volgen dan ook een aantal kritische bedenkingen (zie hiervoor ook in bijlage “Mogelijk standpunt rond KCE” en “Kritische bespreking van het KOP-model”).

### 4.2.1 Eenzijdige focus ELP

Wij willen waarschuwen voor het eenzijdig beklemtonen (en bijna reduceren) van de zelfstandige klinisch psycholoog tot eerstelijnspsycholoog, die gedragsmatig en oplossingsgericht werkt. In beleidsnota's, teksten, discussies... wordt vaak enkel voorzien in een 'technisch' kortdurende aanpak (diagnose-behandeling combinatie) en werkt de klinisch psycholoog nog altijd in een sterk 'pathologie'-bepaald model. Het gevaar is volgens ons niet denkbeeldig dat de ELP-behandeling door het beleid als een verkapte vorm van protocollaire behandeling gezien wordt. De belangrijkste heuristiek lijkt dan het betaalbare en controleerbare te zijn, en artsen blijven aan het roer staan.

Op dit moment is er nog onvoldoende ervaring met het psychologisch denken in de eerste lijn en we stellen vast dat men nogal eens de neiging heeft om de klinisch psycholoog ook te beschouwen als een “medisch” zorgberoep, waarnaar verwezen kan worden door “poortwachters”, die in een vast aantal sessies een duidelijk afgebakend aantal problematieken kan “genezen”.

Aan de gespecialiseerde klinische psychologische behandeling wordt er nauwelijks aandacht besteed. Deze wordt vaak gereduceerd tot het werken met ‘zware’ pathologie en er is een totaal gebrek aan visie hoe de 2<sup>e</sup> lijn in te schrijven in het behandelen van het psychisch lijden dat niet door een kortdurende aanpak verlicht kan worden. Nochtans vraagt het werken in de 2<sup>e</sup> lijn een ander paradigma dan de ELP, het unieke van de persoon/systeem staat daar immers centraal en het werken in een ‘veilige’ ruimte biedt de garantie dat de persoon bijzonder kwetsbare stukken kan delen (vanwaar ook het belang van het beroepsgeheim).

Momenteel zijn heel wat klinisch psychologen, vaak met een psychotherapieopleiding, werkzaam als zelfstandigen. Een groot deel van hen doet dit werk zonder te differentiëren tussen eerste- en tweedelijnswerk. Omdat ze rechtstreeks toegankelijk zijn voor de burger, werken ze de facto in de eerste lijn. De psycholoog schrijft zich in in de hulpvraag van de cliënt. Vertrekend vanuit een indicatiestelling wordt in samenspraak met de cliënt telkens gekeken of er eerder kortdurend dan wel langdurend gewerkt wordt, en of er ondersteunend begeleidend, dan wel psychotherapeutisch gewerkt wordt. De klemtoon ligt doorgaans op gezamenlijk een behandelplan opstellen en een proberen aan de hulpvraag te voldoen. Deze groep van klinisch psychologen krijgt weinig aandacht, terwijl zij al jaren een elementaire bijdrage leveren aan de GGZ.

Een nieuw organisatie-model voor klinisch psychologische zorg zal dan ook de nodige aanpassing, energie en tijd vergen voor deze collegae. Hiervoor dient de nodige ondersteuning, sensibilisering en aanmoediging voorzien te worden. De psychologenkringen en beroepsverenigingen kunnen hierbij een prominente rol spelen.

### 4.2.2 Eenzijdige nadruk op symptoom en functioneel herstel

Het risico te vertrekken vanuit de heersende “medische” benadering is dat de klemtoon te eenzijdig gelegd wordt op symptoom- en functioneel herstel, dit zijn immers kwantificeerbare factoren. De gehanteerde methoden zullen dan vaak tot vastlopen leiden, zoals bij een éenzijdige benadering van het protocollaire werken. De klinisch psycholoog dreigt dan de expert te worden die aan het roer staat (hij bepaalt/diagnosticeert wanneer wat nodig is) en er wordt te weinig rekening gehouden met

de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Geestelijke gezondheid en vooral zelfredzaamheid, bewaak je als je mensen in hun waardigheid herstelt/laat en ook de verantwoordelijkheid voor hun leven in hun handen behoudt. De cliënt is de expert, niet de zorgverstreker.

De sterke focus op de klinisch psychologische zorg op de eerste lijn maakt dat klinische psychologie gereduceerd dreigt te worden tot EHBP (eerste hulp bij psychisch lijden). Voor ernstige klachten of nood aan betekenisgeving zijn er dan veel minder aandacht en bijhorende financiële middelen. Hiermee wordt het '(vrije) beroep' van de klinisch psycholoog uitgehold en dreigen we de ziel van de klinische psychologie te verliezen aan de hegemonie van de kortdurende oplossingsgerichte aanpak. Daartegenover staat een visie op gezondheidszorg die het herstel van de persoon (het zelf) centraal stelt en de verschillende modellen en mensvisies valoriseert. Er dient ook belang gehecht te worden aan de motiveerbaarheid van de cliënt, deze hangt sterk af van de vaardigheid van de hulpverlener zich in te schrijven in de hulpvraag en een 'werkalliantie' op te bouwen.

Er dient over gewaakt te worden dat er in de 1<sup>e</sup> lijn ook een aanbod is dat kortdurend op herstel van het zelf gericht is (waarbij centraal staat dat de persoon terug een gevoel van controle over het eigen leven verwerft) en dat er vanuit een diversiteit van paradigma's gewerkt kan worden.

Gezien wij de autonomie van de klinisch psycholoog en de vrije keuze van behandelaar centraal stellen zijn volgens ons het ethisch werken en de permanente vorming de beste garantie om efficiënte en effectieve zorg aan te bieden (als kerncompetentie kan men kritisch denken en zijn eigen paradigma's in vraag blijven stellen beschouwen).

Bezorgdheden rond de invulling van de eerstelijnspsychologie:

- a. Onvoldoende diversiteit van modellen (bvb. KOP-model, gericht op kortdurend gedragsmatig werken). Wij menen dat ook andere psychotherapeutische modellen vanuit het eerstelijnsdenken methodes kunnen ontwikkelen
- b. Er wordt een verwachting gecreëerd dat psychologische problemen met een kortdurende aanpak op te lossen zijn, dit zet zowel hulpverlener als cliënt onder druk. Verleiding van te denken dat 'menselijk lijden' te vatten is in regels, technieken en de heuristiek van het haalbare en betaalbare. Het beperkt cliënt en therapeut in zijn handelen. De gevolgen van deze redenering zijn in Nederland zichtbaar.
- c. Nadruk op ELP, er wordt volop hierop ingezet zonder de 2<sup>e</sup> lijn te beschrijven en gefinancierde toegankelijkheid te garanderen (tot nog toe wordt die beperkt tot 'externe' medewerker van de CGG)
- d. Gevaar dat de hulpverlener als expert aan het roer staat (hij bepaalt/diagnosticeert wanneer wat nodig is). Er is weinig plaats voor de persoon als expert in zijn eigen levenskeuzes (risico voor bevoogding). Er moeten garanties zijn dat de hulpvrager zelf aan het roer staat m.b.t. zijn levenskeuzes. Gevaar van uniformisering, onvoldoende garantie voor diversiteit en aanpassing aan de noden van de cliënt (cliënt wordt zoals in protocolaire behandeling in een bepaalde behandelingsvorm geduwd/gegoten = sociale disciplineren)
- e. Wij doen uitspraken over ELP, psychotherapie en klinisch psychologisch handelen zonder dat deze duidelijk gedefinieerd is.

### **4.3 Organisatie van klinisch psychologische zorg – aanbevolen echelonering**

Het is duidelijk dat vroegdetectie en vroeginterventie heel wat meerwaarde kunnen betekenen voor de geestelijke gezondheidszorg in België. Bovendien is de gespecialiseerde zorg (CGGs) moeilijk toegankelijk en ondergefinancierd. Binnen de CGGs wordt voorrang gegeven aan mensen met 'zwaardere' psycho-sociale problemen en worden mensen in het gesubsidieerde circuit op grond van inkomen geweerd. Deze kunnen wel bij zelfstandige psycholoog terecht, maar moeten hun behandeling volledig zelf bekostigen.

Dit creëert de absurde situatie dat de Belg gestimuleerd wordt om te wachten met het zoeken van hulp tot zijn probleem voldoende groot en beperkend is geworden.

Het is dan ook belangrijk om in het organisatiemodel de eerstelijnspsycholoog breed toegankelijk te maken, dit door een laagdrempelige financiering, een brede uitrol van deze zorg en een goede inbedding in het bestaande hulpverleningslandschap.

Ook in de 2<sup>e</sup> lijn dient er een voldoende groot gefinancierd aanbod gegarandeerd te worden. Een goed werkende 1<sup>e</sup> lijn gaat zowel te behandelen 'psychisch lijden' detecteren alsook mensen motiveren hieraan te werken. Er is dus te verwachten dat bij het uitrollen van de eerste lijn, er een grote vraag gaat zijn naar gespecialiseerde behandelingen en gespecialiseerde onderzoeken.

#### **4.3.1 Getrapte zorg, met rechtstreekse toegang 2<sup>e</sup> lijn (echelonering wordt aanbevolen, niet verplicht)**

Bij voorkeur worden personen met een eerste zorgvraag naar klinische psychologische zorg in de eerstelijns geleid. Wij dienen ons ervan bewust te zijn, dat veel Belgen gewend zijn om te kiezen voor een specialistisch traject, terwijl ze eigenlijk veel efficiënter zouden geholpen zijn met een aanbod in de eerstelijnszorg.

Binnen de werkgroep willen we echter niet zover gaan tot het installeren van een verplichte echelonering. Er bestaat immers een groep van cliënten die voldoende health-literate is om zelf rechtstreeks in te stappen in de gespecialiseerde zorg. Om duidelijk te maken dat dit niet het preferentiële traject is en om overconsumptie te vermijden stelt de werkgroep voor om die rechtstreekse toegang hoogdrempelig te maken door een hogere eigen bijdrage te voorzien.

#### **4.3.2 Aanbevelingen en te huldigen principes**

Er is terughoudendheid geboden om 'normerende' en/of 'reglementerende' uitspraken te doen over de organisatie van de zorg zolang wij geen 'gedeelde' visie over de klinische psychologie kunnen uitdragen. Deze visie dient inclusief te zijn, waarin er wederzijds respect voor mekaars sterktes is en bescheidenheid m.b.t. de eigen beperkingen.

Er dient verdere differentiatie komen over hoe de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnfunctie eruit gaan zien. De werkgroep kon onvoldoende onderzoeken wie waar op de echelons met welke competenties werkt. Er dienen competentieprofielen opgemaakt te worden en ook de zelfstandige neuropsycholoog en psychodiagnosticus dient verdere uitwerking. De specialismen dienen verder uitgewerkt te worden.

Wel wensen wij volgende drie principes mee te geven, die als een kompas kunnen dienen bij het organiseren van de klinisch psychologische zorg:

1. Alle burgers hebben recht op gefinancierde klinisch psychologische zorg, ongeacht de zwaarte van de 'objectiveerbare' klacht/pathologie en ongeacht de eigen financiële draagkracht.
2. De diversiteit aan modellen en mensvisies die wetenschappelijk onderbouwd zijn dienen vertegenwoordigd te zijn in het aanbod naar de burger. Zowel oplossingsgerichte, inzichtgevende of ervaringsgerichte methoden dienen gefinancierd te worden.
3. Financiering van de klinisch psychologische zorg dient de diversiteit in settings te vrijwaren (om de vrije keuze van behandelaar te garanderen), zowel solo-praktijken, groepspraktijken en gesubsidieerde centra moeten ondersteund worden en tot samenwerking aangemaand worden.

## 5. Naar een verantwoorde terugbetaling van de klinisch psychologische prestaties

### 5.1 Doelstellingen van een terugbetaling

Wanneer we een terugbetaling installeren, dient deze een oplossing te bieden voor de geschetste problemen die we vandaag de dag tegenkomen in onze (geestelijke) gezondheidszorg.

Situering GGZ – problematiek (vb. Itinera – rapport):

- Treatment gap
- Ontoegankelijkheid reguliere zorg
- Overmedicalisering van zorg
- Klasse – maatschappij in de zorg

Tegelijkertijd moet een financiering het ook mogelijk maken voor de psychologen om hun job op een kwaliteitsvolle manier uit te oefenen, aangepast aan de noden van een veranderende arbeidspopulatie. Zo merken we ook in de klinische psychologie een stijgende nood aan het zoeken naar balans tussen werk en privé - leven.

#### Drempelverlaging om het “treatment gap” aan te pakken

Om dit te bereiken dient er een aanbod te zijn in een verscheidenheid van settings. Momenteel wordt er op de eerstelijns een gefinancierd aanbod gedaan vanuit de CAWs en de huisartsen. Er zijn ook de projecten binnen Artikel 107 die een aanbod doen en tot slot de eerstelijnspsychologen uit de Vlaamse ELPF - projecten.

Vandaag de dag merken we dat mensen hun zorg uitstellen. Gemiddeld wacht men 10 jaar alvorens de zorg op te zoeken voor psychische klachten. 2 belangrijke drempels werken dit in de hand: de financiële drempel en het taboe op (reguliere) GGZ.

Die toegankelijkheid kan gevoelig uitgebreid worden door het gefinancierde aanbod in de eerste lijn uit te breiden naar de zelfstandige psychologen, deze kunnen in een huisartsenpraktijk of in een multidisciplinaire praktijk met andere gezondheidszorgberoepers samen werken, in een solo-praktijk of in een groepspraktijk met andere klinisch psychologen.

De gespecialiseerde GGZ is moeilijk bereikbaar. Momenteel wordt enkel een gefinancierd aanbod gedaan door de Centra voor geestelijke gezondheidszorg. Mensen met psycho-sociale problemen en/of zwaardere pathologie krijgen voorrang. Indien er ‘voldoende’ inkomen is wordt er doorverwezen naar de bestaande vrij gevestigde psychologen, waar geen terugbetaling is.

Ook in de tweedelijns kan de toegankelijkheid gevoelig uitgebreid worden.

Door klinisch psychologische interventies op te nemen in de algemene ziekteverzekering normaliseren we psychologische zorg, verlagen we de financiële drempel en stellen we het aanbod beschikbaar voor de brede bevolking. En reduceren we het taboe en stigma omdat terugbetaling impliciet verwijst naar aanvaarding als “normale” interventies binnen de gezondheidszorg. Het stigma zorgt ervoor dat mensen te laat psychologische hulp zoeken waardoor de druk op de 2 en 3de lijn vergroot. De health committee van OECD (2016) berekende al dat investeren in sensibilisatie ter vermindering van het stigma/taboe, rendeert na 3 jaren. Het gelijk schakelen van de financiering van psychologische zorg, ongeacht waar en in welk statuut deze aangeboden wordt, zal de behandelcapaciteit gevoelig uitbreiden. Het model van de zelfstandige zorgverstrekkers zal daarbij uiteindelijk ook ontsloten moeten worden. Het is een interessant model, dat nauw aansluit bij de andere zelfstandig zorgverstrekkers op de eerste en tweede lijn, lokaal verankerd, en dicht bij de cliënt in vergelijking met de afstandelijke, reguliere GGZ.

### Ontoegankelijkheid van de reguliere zorg

Eén van de redenen voor bovenvermelde treatment – gap is de ontoegankelijkheid van het huidige GGZ – aanbod. Naast het imago – probleem, veel mensen kiezen bewust niet voor het bestaande gesubsidieerde aanbod, is er een duidelijk capaciteitsprobleem in de GGZ. Mede hierdoor kent de markt van de zelfstandig zorgverstrekkers in de klinische psychologie zo'n explosieve groei. Echter, deze groei kent zijn beperkingen. De actuele tarieven van klinisch psychologen zijn kunstmatig laag omwille van de bereikbaarheid voor de cliënt. Een goede financiering van psychologenpraktijken zal ervoor zorgen dat volwaardige praktijken uitgebouwd kunnen worden, waardoor een belangrijke bijdrage aan het capaciteitsprobleem geboden kan worden.

### Overmedicalisering en het klinisch psychologisch paradigma

We blijven in België koplopers in aantal ziekenhuisopnames en in de consumptie van psychofarmaca. Het systeem is zelfs zo pervers geworden dat het makkelijker is om je te laten opnemen in een ziekenhuis, dan een ambulante behandeling op te starten. Versterken van alternatieven zoals psychologische behandelingen zal helpen dit meer in evenwicht te brengen. Het is echter een illusie om te denken dat het enkel financieren van psychologische behandelingen ervoor zal zorgen dat deze medicalisering zal afnemen. Hiervoor dienen er tevens richtlijnen te komen voor het voorschrijven van psychofarmaca en dient implementatie van behandelrichtlijnen bij psychiatrische problematiek bevorderd te worden. Een financiering van psychologische zorg gaat dan ook bij voorkeur samen met een geheel aan maatregelen om de GGZ te hervormen.

Kwalitatieve klinisch psychologische zorg vertrekt per definitie vanuit de hulpvraag van de persoon. Er dient dus vraaggericht gewerkt te worden, de zorg dient zich aan de persoon aan te passen en niet omgekeerd. De klemtoon ligt momenteel sterk op symptoomherstel en functioneel herstel, terwijl er ook een uitgesproken vraag naar herstel van het zelf is bij hulpvragers, waarin hoop, positieve identiteit en controle over het eigen leven centraal staat.

Zelfstandige psychologen hebben over decennia heen een kwaliteitsvol aanbod uitgebouwd, waarin de hulpvraag van de persoon centraal stond. Het lijkt ons dan ook vanzelfsprekend dat er op deze expertise teruggrepen dient te worden.

### Klasse – maatschappij in de zorg

Vandaag de dag is er een klasse – maatschappij aan het ontstaan in de GGZ. De burgers die het kunnen betalen zoeken hun heil bij zelfstandige psychologen. Sterker nog, de CGG's weigeren en verwijzen mensen expliciet door op basis van hun financiële mogelijkheden. Mensen zonder middelen moeten vaak lang wachten om geholpen te worden en dat maakt de druk op de hulpverlener groot om kortdurend en oplossingsgericht te werken.

Als Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen die ook de belangen behartigt van de cliënten van de psychologen vinden we dit onaanvaardbaar. Elke burger, ongeacht zijn financiële situatie en de zwaarte van 'kwantificeerbare' (psycho)pathologie, moet toegang kunnen hebben tot dezelfde kwaliteit van zorg bij de zorgverstrekker van zijn of haar keuze. Dat is één van de fundamentele principes van onze sociale zekerheid. Het is onbegrijpelijk dat dit niet het geval is voor geestelijke gezondheid en het is hoog tijd om hierin verandering te brengen.

## **5.2 Indicatie voor een prijssetting**

Zoals eerder gesteld was België één van de laatste Europese landen waar het beroep van klinisch psycholoog gereguleerd werd. Andere landen zoals Nederland of Duitsland staan al veel verder hierin en hebben de discipline al langer gevaloriseerd. Het loont dus de moeite om te kijken naar de gesubsidieerde tariefsetting van zelfstandige psychologen in deze landen.

## Nederland

Nederland kent een vrij uniek organisatie – systeem voor de geestelijke gezondheidszorg. Het systeem kent op zich zware kritiek, doch de bespreking daarvan valt buiten de scope van dit document. Interessanter is te kijken naar de valorisering van de klinische psychologie (in Nederland omschreven als GZ – psychologie of gezondheidszorgpsychologie). We merken dat de tarieven in Nederland variëren van 84 € tot 94 € per contactuur.

Bron: <http://werkenmetdbcs.nza.nl/ggz>

Bron: <http://www.pvgpsychologen.nl/tarieven/>

## Duitsland

Ook in Duitsland bestaat er al lang (sinds 1991) een financieringsvorm voor psychologische behandelingen. Deze verloopt via de zorgkassen. Deze staan integraal in voor de financiering van psychologische zorg. Gezien er onvoldoende aanbod is binnen de door de zorgkassen gefinancierde psychologische zorg, gaan vele Duitse burgers ook bij een privaat gevestigde psycholoog in behandeling. De tarieven in Duitsland schommelen rond de 100 €.

Bron: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/psychotherapie-warum-es-zu-wenige-psychologen-in-deutschland-gibt-a-820748.html>

Bron:

[http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPtK\\_Infomaterial/Wege\\_zur\\_PT/BPtK\\_Paths\\_To\\_Psychotherapy.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/Wege_zur_PT/BPtK_Paths_To_Psychotherapy.pdf)

## België

### **Stand van zaken van de kosten van klinische psychologen in Belgische gesubsidieerde centra**

In België wordt psychologische zorg op dit moment enkel gefinancierd binnen de subsidiëring van de ambulante en residentiële zorg. Er bestaan geen cijfers over hoe groot de component “klinisch psychologische zorg” is of hoe deze gevaloriseerd wordt.

Evenmin bestaan er exacte cijfers over het totaal aantal klinisch psychologen die in een eigen praktijk actief zijn. Schattingen op basis van cijfers aangeleverd door de Psychologencommissie doen vermoeden dat zo'n 5775 van de 12000 geregistreerde psychologen als zelfstandige actief is in hoofd- of bijberoep. We beschikken op dit moment niet over cijfers over hoeveel psychologen in hoofd - of in bijberoep werken.

Wel is het zo dat de geestelijke gezondheidszorg op dit moment hopeloos onder gefinancierd is. Slechts 6 % van ons gezondheidsbudget wordt besteed aan geestelijke gezondheidszorg.

De inrichtende macht betaalt momenteel de volgende tarieven per consult loopbaanbegeleiding:

Loopbaanbegeleiding via loopbaancheques gesubsidieerd door de Vlaamse overheid via de VDAB. Hier verdient de loopbaancoach €555 voor 4 uren loopbaanbegeleiding, dus €138,75 per consultatie (onder voorwaarde dat de coach 3 jaar voltijdse ervaring in coaching heeft en meer bepaald het behandelen van loopbaanvraagstukken). Psychologen dienen aan hogere kwaliteitsstandaarden te voldoen.

Een ander belangrijk element in de discussie is de derdebetalersregeling die door veel actoren naar voren wordt geschoven. De werkgroep heeft haar bedenkingen met het principe van de derdebetalersregeling. In het bijzonder vreest ze een effect op de motivering van de cliënten en de veralgemening ervan. Het effect van een behandeling wordt mede bepaald door de inspanningen die de cliënt levert in zijn proces. Het zelf dragen van een zekere financiële inspanning bevordert zeker en vast de motivatie om zich maximaal in te zetten. De ervaring leert ons immers dat gratis zorg vaak als te vrijblijvend wordt beleefd wat een nadelig effect heeft op therapietrouw en drop-out.



Verder brengt de derdebetalersregeling extra administratie met zich mee en dient de betaling binnen van de geleverde prestaties dan ook onmiddellijk op de rekening van de zorgverstrekker gestort worden.

### 5.3 Model van financiering

Het model van financiering dient te beantwoorden aan de noden van de cliënt én aan de noden van de psycholoog om kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden.

Prestatie gebonden financiering is het model dat vandaag gangbaar is bij de psychologen. Het is een model dat in de gezondheidszorg zijn deugden kent (bijzonder hoge kwaliteit van zorg) en tevens zijn beperkingen (inperking van het zorgaanbod, overleg, misbruik, verspilling, etc.).

#### **Gemengd financieringsmodel als advies van de werkgroep**

Nieuwe modellen die gewag maken van combinaties van prestatie – gebonden financiering in combinatie met forfaitaire vergoedingen en kwaliteitsprikkels worden voorgesteld in het kader van de herfinanciering van de gezondheidszorg (Itinera, 2013; KCE, 2016). De werkgroep heeft deze nieuwe modellen grondig onderzocht en gesimuleerd. Ze werden als interessant bevonden en bieden een mogelijk antwoord op o.a. meer zekerheid voor vb. jonge, zelfstandige collega's. Niettemin dienen compensatie – mechanismen voorzien te worden voor vb. langdurige zorg of chronische problematiek.

### 5.4 Naar een verantwoorde terugbetaling van klinisch psychologische prestaties

#### 5.4.1 Identieke financiering van klinisch psychologische zorg

De werkgroep pleit in eerste instantie voor een financiering van klinische psychologische zorg vanuit het perspectief van de zelfstandig zorgverstrekker. Toch zou ze het logisch vinden dat klinische psychologische zorg op dezelfde manier gevaloriseerd wordt, ongeacht het statuut van de zorgverstrekker (in dienstverband of als zelfstandige) of de setting (privé praktijk, CGG, PAAZ enz.) waarin deze zorg verstrekt wordt. Bovendien zou de financiering rechtstreeks gekoppeld dienen te worden aan de zorgverstrekker, zijnde de klinisch psycholoog, geregistreerd op het kadaster (dus ongeacht het statuut, in dienstverband in voorzieningen of als zelfstandige). Het kadaster is ten vroegste in 2022 operationeel.

#### 5.4.2 Budgettering van klinisch psychologische zorg volgens gemengd financieringsmodel

De sociale zekerheid dient met zorg beheerd te worden en op dat vlak zijn de klinisch psychologen ook bereid om hun verantwoordelijkheid te nemen. Een financieringsmodel dient helder en logisch opgebouwd te worden zodat het transparantie en overzicht biedt ten behoeve van democratische controle. Het dient echter tevens billijk zijn en ten goede te komen aan zowel een kwaliteitsvolle zorgverstrekking alsook een toegankelijke zorg.

#### **Vast aantal zorgverstrekkers op basis van de noden uit het kadaster**

Gebaseerd op cijfers van de Psychologencommissie, spreken we in de overgangperiode over een groep van max. 12.000 VTE. Zij zouden maximaal 15,8 miljoen consultaties op jaarbasis kunnen houden. Gerekend aan het basistarief spreken we dus over een budget voor psychologische hulpverlening voor de ganse Belgische bevolking van 1,59 miljard euro (dit budget dekt de kost voor klinisch psychologen werkzaam in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn ongeacht hun statuut, werkzaam in loondienst of als zelfstandige). Dit is te beschouwen als een absoluut maximum budget. Een belangrijk aantal van deze 12.000 psychologen beschikt immers niet over een bijkomende competentie. Echter, we kunnen hier geen schatting van maken aangezien we geen data hebben.

We zullen over meer betrouwbare cijfers beschikken als de erkenningscommissies eenmaal hun werk hebben gedaan.

### **Gemengd financieringsmodel**

Een simulatie gebaseerd op de voorgaande parameters (o.a. Heyns) maakt dat we volgend financieringsmodel kunnen voorstellen voor het geheel van psychologische zorg. Dit financieringsmodel is gebaseerd op een forfaitair gedeelte, een prestatie – gebonden gedeelte en een kwaliteitsgerelateerde vergoeding. Ze maakt een onderscheid tussen zorg wat verstrekt wordt door 3 categorieën van zorgverstrekkers:

- Klinisch psychologen in opleiding
- Klinisch psychologen
- Klinisch psychologen – specialisten

Deze verstrekkingen kunnen plaats vinden in twee contexten:

- De eerstelijnszorg
- De gespecialiseerde gezondheidszorg (2<sup>e</sup> lijn)

#### 1. Forfaitaire vergoeding:

Formule:  $Kost/N$

Kost = de jaarlijkse onkosten die een klinisch psycholoog heeft.

N = Aantal cliënten op jaarbasis

Deze cijfers kunnen variëren in functie van type zorg en specialisatie. Ze kunnen daarenboven ook op regelmatige wijze bijgestuurd worden aan de hand van effectieve data.

#### *Simulaties*

Simulatie klinisch psycholoog actief op de eerstelijns met een gemiddelde van 5 sessies geeft 264 cliënten op jaarbasis. Vaste onkosten: 26.147 euro (Heyns, 2015).

Forfaitaire vergoeding van 99,04 € per dossier.

Simulatie klinisch psycholoog actief in de gespecialiseerde zorg met een gemiddelde van 20 sessies (hernieuwbaar) geeft 66 cliënten op jaarbasis.

Forfaitaire vergoeding van 396,17 € per dossier of verlenging.

#### 2. Prestatievergoeding

De forfaitaire vergoeding wordt aangevuld met een prestatie - vergoeding. De prestatievergoeding wordt bepaald door het verschil te nemen van het totaal aantal aan forfaitaire vergoedingen met de bruto – omzet (verschil totaal nodig om valabel inkomen te hebben gedeeld door het aantal sessies). Voor de prestatievergoeding wordt 80% van dit bedrag voorzien, de resterende 20 % voor de kwaliteitsgerelateerde vergoeding.

We onderscheiden drie categorieën van klinisch psychologen die gefinancierd moeten worden:

- Klinisch psycholoog in opleiding met een jaaromzet van 100.000
- Klinisch psycholoog met een jaaromzet van 125.000
- Klinisch psycholoog - specialist met een jaaromzet van 150.000

De hogere bruto – jaaromzet wordt gerechtvaardigd door de valorisering van bijkomende opleidingen en competenties via de specialisatie – opleidingen.

*Simulatie Klinisch psycholoog specialist actief in de eerstelijns.*

$150.000 - 26.147,00 = 123853 / 1320$  geeft 93,83 euro. 1/5e hou je als variabel deel (voor de kwaliteitsgerelateerde vergoeding).

Prestatievergoeding van 75,06 €



### 3. Kwaliteitsgerelateerde vergoeding

Zoals hierboven geschetst is het werken met indicatoren zowel in de individuele therapeutische zorg erg belangrijk alsook voor het ruimere beleid om te komen tot een kwaliteitsvollere zorg. Collega's zouden dan ook aangemoedigd moeten worden hiervoor. We stellen dan ook voor dat, voor collega's die zich hiervoor inzetten, de prestatie - vergoeding verhoogd wordt met 20%.

Wij wensen te beklemtonen dat kwaliteitsbevordering centraal dient te staan. We zijn in geen geval voorstander van een systeem zoals in Nederland waar Routine Outcome Monitoring (ROM) systematisch gekoppeld wordt aan financiering.

#### *Simulatie Klinisch psycholoog specialist actief in de eerste lijn.*

De kwaliteitsgerelateerde vergoeding is dan 18,77 €. Een klinisch psycholoog – specialist actief in de eerste lijn, die aan alle voorwaarden voldoet zou dan recht hebben op een prestatie – vergoeding van 93,83 €.

### 4. Eigen bijdrage van de cliënt

Zoals hierboven geschetst is een beperkte eigen bijdrage van de cliënt noodzakelijk. Niet omwille van de functie van remgeld zoals in andere disciplines van de gezondheidszorg, maar mede om de motivatie te bewaken van de cliënt om bij te dragen aan zijn eigen proces. Een dergelijke bijdrage werd ook voorgesteld in het KCE - voorstel (KCE, 2016). We stellen voor om deze bijdrages in dezelfde grootte - orde te houden als vandaag gangbaar is bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg: 0, 3, 9 of 12 euro.

	Klinisch psycholoog in opleiding - GZ	Klinisch psycholoog in opleiding - ELZ	Klinisch psycholoog - GZ	Klinisch psycholoog - ELZ	Klinisch psycholoog - Specialisatie - GZ	Klinisch psycholoog - Specialisatie - ELZ
<b>Jaarlijkse onkosten</b>	26147	26147	26147	26147	26147	26147
<b>Gemiddelde behandelduur in contacturen</b>	20	5	20	5	20	5
<b>Beoogde jaaronzet</b>	100000	100000	125000	125000	150000	150000
<b>Aantal cliënten</b>	66	264	66	264	66	264
<b>Forfaitaire vergoeding</b>	396,17	99,04	396,17	99,04	396,17	99,04
<b>Enkel prestatie vergoeding</b>	44,76	44,76	59,91	59,91	75,06	75,06
<b>Kwaliteits vergoeding</b>	11,19	11,19	14,98	14,98	18,77	18,77
<b>Prestatie vergoeding incl. kwaliteits vergoeding</b>	55,95	55,95	74,89	74,89	93,83	93,83
<b>Eigen bijdrage</b>	9	9	9	9	9	9
<b>Verwachte omzet</b>	111880	111880	136880	136880	161880	161880

Tabel 3. Opbouw van de financiering klinisch psychologische zorg

### 5.4.3 Randvoorwaarden

Naast een gelimiteerd aantal zorgverstrekkers en een helder zorgfinancieringsmodel zijn er echter ook een aantal randvoorwaarden die mee gefinancierd dienen te worden.

- Digitalisering

Zoals boven vermeld dienen klinisch psychologen een forse inhaalbeweging te maken in het kader van de ontwikkeling en aanschaffing van de nodige digitale hulpmiddelen. Het gaat dan vooral om het ontwikkelen en toepassen van een elektronisch patiëntendossier zodat indicatoren verzameld kunnen worden.

Om psychologen te stimuleren om hieraan te participeren stellen we naar analogie met de huisartsen een jaarlijkse telematica – premie voor van 817,2 €. De klinisch psycholoog zal immers de spilfiguur worden voor de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn.

- Accreditatie

Permanente vorming is essentieel om tot een kwaliteitsvolle zorgverlening te komen. Om een performant accreditatie – systeem op touw te zetten, zal er tevens een budget moeten worden voorzien.

Dit budget dient om volgende kosten te kunnen dekken:

- ICT: ontwikkeling van een aangepast webplatform
- Administratie: afhandeling van accreditatie – aanvragen
- Accreditatie commissie: ondersteuning van de wetenschappelijke werking

We schatten een budget van jaarlijks 150.000 € in om deze accreditatie mogelijk te maken.

- Ondersteuning van het professionele veld

Het verenigen en vertegenwoordigen van het professionele veld van klinisch psychologen is een huzarenstukje. De overheid heeft zelf alle belang in een goed geïnformeerd en verenigd professioneel veld. Naar analogie met de andere professionele verenigingen dient ook de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen ondersteund te worden in haar werking.

### 5.4.4 Simulatie budget klinisch psychologische zorg

Op basis van voorgaande elementen kunnen we nu bouwen aan een totaal – budget voor het geheel aan klinisch psychologische zorg.

Uitgaande van de veronderstelling dat:

- 60 % van het geheel aan klinisch psychologische zorg omvat eerstelijnspsychologische zorg, 40 % omvat gespecialiseerde zorg
- Het geheel aan klinisch psychologische zorg zal voor 5 % uitgevoerd worden door stagiairs, voor 63 % door klinisch psychologen en voor 32 % door klinisch psychologen – specialisten.

Hierdoor kunnen we komen tot volgende totaalsimulatie van het benodigde budget voor dit plan.

Totaal aantal klinische zorg: 15.840.000 consultaties (12.000 VTE zorgverstrekkers die maximaal 1320 consultaties doen op jaarbasis).

In de berekening is enkel rekening gehouden met klinisch psychologen specialisten zoals de eerstelijnspsycholoog of de klinisch psycholoog - psychotherapeut, de vergoedingen voor andere specialismen (zoals neuropsychologie, psychodiagnostiek...) zien er mogelijks anders uit (andere kostenstructuur en nog onbepaald aantal dossiers/jaar).

#### 5.4.4.1 Simulatie voor budget 1<sup>e</sup> lijn

Klinisch psychologische zorg in de eerste lijn: 9.504.000 consultaties oftewel 950.400 dossiers door 7200 VTE

*Klinisch psycholoog in opleiding (5%)*

Totaal aantal consultaties: 475.200 of 95040 dossiers

Forfaitair: 9.412.761,6 € (95.040 dossiers door 360 VTE aan 99,04 € per dossier)

Prestatie: 26.587.440 € (max. budget, incl kwaliteitsgerelateerde vergoeding: 475.200 consultaties aan 55,95€ per consult)

**Totaal: 36.000.201,6 €**

Eigen bijdrage cliënt (9€): 4.276.800 €

*Klinisch psycholoog (63 %)*

Totaal aantal consultaties: 5.987.520 ofwel 1.197.000 dossiers

Forfaitair: 118.590.496 € (1.197.000 dossiers door 4536 VTE aan 99,04 €)

Prestatie: 448.366.430 € (max. budget, incl kwaliteitsgerelateerde vergoeding: 5.987.520 consultaties aan 74,89 €)

**Totaal: 566.956.926 €**

Eigen bijdrage cliënt (9€): 53.887.680€

*Klinisch psycholoog – specialist<sup>1</sup> (32%)*

Totaal aantal consultaties: 3.041.280 ofwel 608.256 dossiers

Forfaitair: 60.241.674,24 € (608.256 dossiers door 2304 VTE aan 99,04 €)

Prestatie: 285.363.302,4 € (max. budget, incl. kwaliteitsgerelateerde vergoeding: 3.041.280 consultaties aan 93,83 €)

**Totaal: 345.604.976,64 €**

Eigen bijdrage cliënt (9€): 27.371.520 €

**Budget 1<sup>e</sup>lijn: 948.562.104,24 €**

Totaal eigen bijdrage cliënt (9€): 85.536.000 €

#### 5.4.4.2 Simulatie voor budget gespecialiseerde zorg (2<sup>e</sup> lijn)

Klinisch psychologische zorg in de gespecialiseerde zorg (2<sup>e</sup> lijn): 6.336.000 of 316.800 dossiers door 4800 VTE.

*Klinisch psycholoog in opleiding (5%)*

Totaal aantal consultaties: 316.800 ofwel 15.840 dossiers

Forfaitair: 6.275.332,8 € (15.840 dossiers door 240 VTE aan 396,17 € per dossier)

Prestatie: 17.724.960 € (max. budget, incl kwaliteitsgerelateerde vergoeding: 316.800 consultaties aan 55,95 € per consult)

**Totaal: 24.000.292,8 €**

Eigen bijdrage cliënt: 2.851.200 €

<sup>1</sup> De werkgroep doet geen uitspraak over welk specialisme waar ingezet kan worden. Ze vindt dit een thema voor de Federale Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorgberoepen in de vorm van Bijzondere Beroepstitels

*Klinisch psycholoog (63 %)*

Totaal aantal: 3.991.680 consultaties ofwel 199.584 dossiers

Forfaitair : 79.069.193,28 € (199.584 dossiers door 3.024 VTE aan 396,17 € per dossier)

Prestatie: 298.936.915,2 €. (3.991.680 consultaties aan 74,89 € per dossier; max. budget, incl kwaliteitsgerelateerde vergoeding)

**Totaal: 378.006.108,48 €**

Eigen bijdrage cliënt: 35.925.120 €

*Klinisch psycholoog – specialist (32 %)*

Totaal aantal consultaties: 2.027.520 consultaties ofwel 101.376 dossiers

Forfaitair 40.162.129,92 € (101.376 dossiers door 1.536 VTE aan 396,17 € per dossier)

Prestatie: 190.240.325 € (2.027.500 consultaties aan 93,83 €; max. budget, incl kwaliteitsgerelateerde vergoeding)

**Totaal: 230.402.454,92 €**

Eigen bijdrage cliënt: 18.247.680 €

**Budget 2<sup>e</sup> lijn (klinisch psychologische zorg in de gespecialiseerde zorg): 632.408.856,2 €**

Eigen bijdrage cliënt: 57.024.000 €

**Totaal budget klinisch psychologische zorg 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn: 1.580.970.960,44 €**

**5.4.4.3 Simulatie totaal budget klinisch psychologische zorg**

Bijkomende financiering (10.206.400 €):

- Telematica – premie 9.806.400 om 12.000 zorgverstrekkers gedigitaliseerd te krijgen
- Accreditatie – systeem 150.000 €
- Ondersteuning beroepsvereniging 250.000 €

**Totaal : 1.591.177.360,44 € nodig om het geheel aan psychologische zorg te financieren.**

**Totaal budget zorgverstrekking opgesplitst**

Forfaitaire vergoedingen: 313.751.587,84 €

Prestatie vergoedingen: 1.267.219.372,6 €

Bijkomende financiering: 10.206.400 €

(Eigen bijdrage cliënt: 142.560.000 €)

Ter vergelijking: budget voor de artsen is €7,71 miljard, tandartsen: €960.000.000, kinesitherapeuten: €760.000.000. Totale uitgaven RIZIV 2012 rond de €28 miljard.

## Besluit

Het ontwikkelen van een organisatie - en financieringsmodel voor klinisch psychologische zorg bleek geen sinecure. De werkgroep werkte ruim 2 jaar intensief samen om tot dit voorstel te komen. Ze meent echter dat dit voorstel van onderuit opgebouwd is door een brede samenstelling van zelfstandige psychologen. Ze meent dat dit financieringsvoorstel realistisch en haalbaar is om tot een goede kwaliteitsvolle klinische praktijkvoering te komen waarmee zowel de belangen van de klinisch psycholoog als diens cliënt gediend zijn.

De werkgroep draagt hiermee haar advies over aan het bestuur van de VVKP en hoopt dat deze tekst het voorwerp mag worden van verdere bespreking binnen de vereniging. Ze hoopt tevens verder betrokken te worden in de verdere ontwikkelingen van de financiering van klinisch psychologische zorg.

### Advies rond financiering

De financiering wordt gekoppeld aan de klinisch psycholoog die op het kadaster staat (vanaf 2023). Deze zou dan kunnen kiezen of dat hij als zelfstandige aan de slag gaat of hij in dienstverband wenst te werken, en zoals bij artsen al gebruikelijk, zijn financiering af te staan voor een vast loon. Hiermee wordt de klinische psychologische zorg in zijn geheel als gezondheidszorgberoep gevaloriseerd. De zelfstandige klinische psycholoog verdient hierin, zoals bij alle andere gezondheidszorgactoren een prominente plaats in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn.

Er zou verschil gemaakt worden tussen eerstelijns- en tweedelijnsfuncties (deze dienen nog duidelijk gedefinieerd te worden).

De financiering gekoppeld aan de klinisch psycholoog ongeacht de setting waarin hij werkt (centrum, ziekenhuis, zelfstandige praktijk...) is dit de beste garantie voor de **autonomie van ons beroep**. Ook de klinisch psychologen die nu in dienstverband werken zouden met deze financieringsvorm beter hun interesses en de interesses van de cliënt kunnen verdedigen.

Verder willen wij het belang van permanente vorming en uitwisseling beklemtonen. Dit moet de samenwerking tussen psychologen (over de settings en echelons heen) en met de andere actoren bevorderen.

Wij vragen het bestuur niet enkel het controleerbare en haalbare als criterium van de financiering van de GGZ te hanteren. Indien wij dit volgen dan bestaat het gevaar dat wij ons vooral inschrijven in een normerende en reglementerende organisatie van de zorg. Het veld ligt dan open voor technocraten. Er zijn te veel factoren niet bekend en onze aandacht moet ook uitgaan naar een breed draagvlak.

### Advies rond organisatie van de zorg

1. vanuit autonomie en eigen identiteit wordt samengewerkt met de andere gezondheidszorgberoepen
2. er wordt onderscheid gemaakt tussen de ELP en de gespecialiseerde klinisch psycholoog, het getrapte zorgmodel (echelonering) wordt aanbevolen
3. de verschillende echelons dienen een gegarandeerde financiering te ontvangen om de kwaliteit en toegankelijkheid te verzekeren

Om met de complexiteit en heterogeniteit van het veld rekening te houden moeten volgende factoren in acht genomen worden. Te snel generaliserende uitspraken doen over de organisatie van zorg zonder deze verscheidenheid te erkennen en er rekening mee te houden dreigt dan een te eenzijdige benadering tot gevolg te hebben:

1. Er dient een (gefinancierd) aanbod aan alle burgers gedaan te worden, ongeacht hun financiële situatie en de zwaarte van 'kwantificeerbare' (psycho)pathologie, om rechtstreeks toegankelijk de nodige psychologische zorg te kunnen ontvangen.

Er dient rekening gehouden te worden met welke uitkomst men wenst te bereiken (in samenspraak met de cliënt)

- reductie/beheersing van symptomen (symptoomherstel)
- sociaal en professioneel functioneren (functioneel herstel)
- zelfwaarde en zelfcontrole herwinnen en veerkracht ontplooiën/ betekenis kunnen geven aan wat in het leven gebeurt (herstel van het self)

2. Er dient een diversiteit van modellen, theorieën... op de verschillende echelons gegarandeerd te worden. Heel concreet dient er nog de rijkdom van 'psychotherapeutische' en 'psychologische' modellen naar het eerstelijnswerken vertaald te worden. Overdreven reglementering is te ontraden (uniformisering qua methodiek en pathologie model, zo is een beperking van het werken in de eerste lijn vanuit het KOP-model te reductionistisch).

Wij dienen juist de rijkdom aan modellen en methoden te promoten, en aantonen wat wij te bieden hebben in deze veelvoud, i.p.v. ons t.a.v. het evidence based denken proberen te bewijzen.

3. Er dient een diversiteit aan settings bewaard te worden om aan uiteenlopende doelgroepen een aanbod te kunnen doen (naast gesubsidieerde centra, huisartsenpraktijken ook groepspraktijken en solo-praktijken financieren). Dit kan variëren naargelang de zorgregio's.

4. Samenwerking en overleg: de psychologengemeenschap (en andere actoren) dient nauw betrokken te worden in het vorm geven van de organisatie van de klinisch psychologische zorg – dit kan door bij de psychologenkringen ten rade te gaan en andere stakeholders (zoals de Beroepsvereniging Wetenschappelijk onderbouwde Psychotherapie (BWP)) te betrekken.

Indien men geëchelonneerd wil financieren/organiseren dan dienen de verschillende segmenten goed gecoördineerd te worden. Getrapte zorg kan enkel werken als de verschillende segmenten op elkaar afgestemd zijn en mekaar ondersteunen. Er is best geen concurrentie tussen de verschillende actoren binnen één segment (huisartsen, psychologen enz.), als tussen de actoren over de verschillende segmenten heen ( zie Valentijn PP, Buijnzeels MA. (2014) " Organisch veranderen op weg naar een (r)evolutie").

5. Een echt holistische visie op zorg, betekent ook voor het sociale luik voldoende oog te hebben. Wij moeten ons hoeden 'resultaten' te beloven, gezien heel wat dingen niet te bereiken zijn indien er geen veranderingen in onze samenleving plaatsvinden. In dit kader moeten wij wijzen en rekening houden met de ziekmakende factoren van onze 'prestatie maatschappij', zonder dat wij hier een sluitend antwoord op hebben.

## Visie

Binnen de gezondheidszorg werkt de klinisch psycholoog in verschillende juridische en fiscale statuten. Het is van uiterst belang dat "de" klinisch psychologen gemeenschappelijk hun beroepsbelangen verdedigen, om deze in wetten, richtlijnen en terugbetaling om te zetten. Dit zowel om de in het KB 78 verworven '**autonomie**' in de uitoefening van ons beroep te vrijwaren (erkenning, juridische zekerheid en eerlijke verloning) alsook om de hulpzoeker de **best mogelijke hulpverlening** te bieden (toegankelijkheid, vrije keuze behandelaar, kwaliteit en zelfbeschikkingsrecht).

Wij pleiten dus voor het benadrukken van verdraagzaamheid over de modellen, mensvisies, settings en echelons heen in ons beroepsveld en er naar te streven te verbinden, namelijk alle klinische psychologen mee in de boot krijgen voor de GGZ, of ze nu solo werken en nog niet netwerken of dat ze nu al aan de hoogste kwaliteitsvereisten voldoen of niet. De heterogeniteit en diversiteit in ons werkveld verdient erkenning en waardering. Belangrijk is dan juist in stappen te werken om geleidelijk aan tot regels te komen die vanuit de groep van klinische psychologen gedragen wordt

Wij wensen het belang te benadrukken dat wij best onze eigen argumentatie opbouwen vanuit onze sterkte (integriteit, degelijkheid, cliënt is centraal, ethiek).

Er mag meer de nadruk komen te liggen op een humane benadering van werken in de GGZ, de aanvaarding van de verschillen en het zoeken naar de wederzijdse waardering zijn de beste basis om solidair met elkaar samen te werken (ook over de verschillende werkcontexten heen). De

momenteel opstartende regionale psychologenkringen stemmen ons hoopvol dat er van onder uit een beweging op gang komt.

Concreet hoort hier ook een coöperatieve houding ten aanzien van andere partners (zoals de BWP) bij. Gezien het welzijn van de cliënten en het verbinden van het werkveld één van ons doelen is, kan een partner die andere klemtonen legt enkel voor een betere kwaliteit zorgen. Een gelijkwaardige partner die je blijft uitdagen en de verschillen respecteert en waardeert zorgt dan juist voor de nodige spanning om een dialectisch proces van verbetering te blijven bewaken. De ander vanuit een respectvolle houding benaderen is dan aan te bevelen.

Overzicht kernpunten die voor de zelfstandige psychologen verdedigd dienen te worden:

- **diversiteit garanderen op vlak van echelons (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn), settings en modellen**
  - financiering dient dus voorzien te worden voor al deze echelons en settings
- **autonomie binnen gezondheidszorg**
  - klinisch psycholoog kiest vanuit welk model/mensvisie hij wenst te werken
  - economisch leefbaar/autonoom (sluit conventies en betaling langs CGG uit)
  - evenwaardig t.a.v. medische disciplines
- **gefinancierde zorg**
  - vrij te hanteren tarifiering
- **vrij toegankelijk**
  - 1e en 2e lijn zelfstandigen rechtstreeks toegankelijk
- **vrije keuze behandelaar**
  - om de hulpvrager de mogelijkheid te bieden de hulpverlener te vinden die bij hem past

Tot slot, in de breedte van de besprekingen zijn verscheiden collega's van de werkgroep in hun pen gekropen vanuit een sterk engagement naar de vereniging en de praktijk van de klinisch psycholoog. Waardevolle teksten zijn hierdoor ontstaan die in bijlage zijn toegevoegd aan dit document en ter inspiratie kunnen dienen voor het bestuur.

### **Tekst A. Mogelijk standpunt rond KCE (P.Engelhardt)**

Het KCE rapport (2016) heeft iets belangrijks verwezenlijkt, namelijk er wordt vanzelfsprekend ervan uitgegaan dat de cliënt rechtstreekse bij een psycholoog/orthopedagoog terecht kan en dat er terugbetaling moet komen.

Positief, dus te beklemtonen:

- nadruk op noodzaak psychologische zorg te versterken
- betaalbaarheid voor cliënt (toegankelijkheid en kwaliteit garanderen)
- autonomie van de behandelaar (p.23 – pagina indicatie verwijst naar de pagina in het KCE rapport)
- terugbetaling staat los van "diagnose" (p.22)
- belang zorgkwaliteit
  - transparantie zorgaanbod (differentiatie - psychiater - psycholoog - psychotherapeut p.11)
  - zorgcontinuïteit en permanente vorming (ook artsen p.21)
- noodzaak van rechtstreeks toegang psychologische zorg



- nadruk op belang van samenwerking (zowel onder de zorgactoren als met opleidingsinstituten)
- 'hernieuwing' van aantal sessies en langdurige aanpak (p.24)
- in 1e lijn na 6 maand opnieuw, zonder 'hernieuwing' aan te vragen (enkel tijd is criterium, p.32)
- privé centra financieren zoals CGG (p.36)

#### Methodologische Kritiek

Het rapport vertrekt van vergelijkingen met een aantal ander landen. Nergens wordt stilgestaan of deze modellen ook werken (van het belang van evidence-based gesproken) en er wordt ook nergens iets gezegd over wat een consult in die landen bij een psycholoog kost (en dit is doorgaans 100 Euro en meer).

Pijnpunten in het rapport zijn

1 gatekeeping rol van HA, zonder bijkomende specialisatie (wel intervisie en permanente vorming)  
 2 psychologische zorg wordt op medisch model opgebouwd (getrapte zorg, behandelplan, rol HA en de 'bevoogdende' manier naar cliënt te kijken) - ook verschil courant, licht, matige of ernstige klachten = medisch denken - gaat niet op voor alle psychologen (bvb. mensen die vastlopen in een levenscrisis en hulp vragen -> voorkomen van meer ernstige ontwikkeling, zowel persoonlijk, als familiaal, sociaal en professioneel)

De deskundigheid wordt eenzijdig bij de behandelaar gelegd en de vrijheid van keuze behandelaar wordt niet aangehaald. Dit is bevoogdend/neerbuigend, de cliënt wordt gediagnosticeerd, doorverwezen en of behandeld en krijgt een te passieve rol toebedeeld (ligt in lijn met medisch model).

"Zij zijn van mening dat ervaren professionals perfect kunnen oordelen of een cliënt toegang nodig heeft tot gespecialiseerde zorg zonder dat daarbij een formele diagnose moet worden gesteld. De beslissing moet eerder ingegeven worden door de behoeften van de cliënt dan door criteria op een checklist." (p.22)

Blijkbaar kan professional deze 'behoefte' het best inschatten, cliënt is een te onderzoeken en te behandelen voorwerp, geen persoon !

Behandelaar neemt over, terwijl in psychologische behandelingen de zelfredzaamheid/zelfbeschikking juist centraal staat - belang dat hij zelf aan stuur in zijn leven staat. Sommige cliënten hebben dit nodig, maar voor de 'zelfredzame' burger zal zich inschrijven in deze visie een stap terug zijn in zijn poging problemen zelf aan te gaan

- langdurige aanpak wordt gekoppeld aan pathologie, strookt niet met logica dat terugbetaling los van 'diagnose' staat -> wel meedenken welke criteria wel

3 aantal sessies,

In de eerste lijn 'mag' de psycholoog 5 sessies behandelen. In mijn ervaring zijn follow-up sessies bij kortdurende behandeling bijzonder behulpzaam om tot duurzame resultaten te komen.

4 de financiering

a. rol CGG en ingewikkeld

De financiering zou langs de CGG's lopen en als zelfstandige psycholoog moet je een samenwerkingsakkoord tekenen met een CGG. Bij navraag hoe de mensen van het KCE dit zien kwam er enkel een ontwijkend antwoord. Hier zie ik vooral een aantasting van de autonomie van de vrije beroeper klinisch psycholoog/orthopedagoog.

b belang eigen bijdrage cliënt om 'waarde' aan behandeling te geven

5 autonomie controle psy indien hij bij RIZIV, mutualiteit werkt

In de tweede lijn zou een 'adviserend psycholoog' van de mutualiteit over de verlenging van een psychotherapie moeten beslissen (lijkt mij geen 'onafhankelijke' beoordelaar, gezien hij voor een mutualiteit werkt).

6 de toegankelijkheid van de 2e lijn (gespecialiseerde zorg enkel buiten terugbetalingsstelsel)

Verder kan een cliënt enkel terugbetaling voor psychotherapie krijgen na een bi-disciplinair overleg door de ELP en de huisarts en gezamenlijke doorverwijzing (ook rechtstreeks via psychiater (p.17)). Dit verhoogt de drempel naar psychotherapie onnodig, gezien de cliënt langs verschillende actoren (met eigen interesses) moet gaan voor hij gespecialiseerde zorg krijgt. Ook bij psychotherapie zou een beperkt aantal sessies gelden.

Bij een psychiater blijft psychotherapie onbeperkt rechtstreeks toegankelijk. Psychotherapie bij psychologen/orthopedagogen zonder terugbetaling is vrij toegankelijk.

7 conventionering zonder supplement in 1e lijn (p.33)

betekent dit dat er vaste tarieven zijn ?

Conclusie:

Rapport is vooral gericht op toegankelijkheid en financierbaarheid van de ELPF (autonoom & privé)

De 2e lijn is onvoldoende doordacht, wordt zo fors gereguleerd en gelimiteerd dat er nauwelijks mogelijkheden ontstaan voor gefinancierde "vrije beroeper" in de 2e lijn.

De huisarts en de psychiater dienen zich in te schrijven in dezelfde kwaliteitsvoorwaarden als de klinisch psychologen (intervisie en permanente vorming ingericht vanuit psychologisch referentiekader).

Samenwerking met CGG is belangrijk, hierin is autonomie van beide partijen cruciaal, dus geen financiële afhankelijkheden.

Als de politiek het ernstig meent met de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en de zelfstandige psychologen/orthopedagogen erbij wil betrekken gaat men grotere budgetten moeten vrijmaken.

## **Tekst B. Kritische bespreking van het KOP-model als basisdenkkader voor de twee-jarige opleiding Permanente Vorming Eerstelijnspsychologie (Annie van de Vijver)**

Er staat heel wat te veranderen in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg. Door de erkenning van de klinisch psycholoog als gezondheidszorgberoep, wordt in de literatuur en in voorbereidende beleidsteksten, waaronder het KCE-rapport, ook steeds meer het onderscheid gemaakt tussen de rechtstreeks toegankelijke eerstelijnspsychologische zorg (ELP) en niet-rechtstreeks toegankelijke gespecialiseerde zorg (waaronder bijvoorbeeld psychotherapie). De ELP zal in de rol van toegang tot de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke taak op zich nemen. Hiervoor beschikt men dan ook best over de nodige competenties en voldoende ervaring. Deze zouden door de recent opgestarte ELP-opleiding moeten geboden worden.

Basisdenkkader van deze opleiding is het KOP-model bij volwassenen en het PROP-model bij kinderen. Dit model werd ontwikkeld vanuit een cognitief gedragstherapeutisch kader en hanteert een kortdurend oplossingsgericht behandelparadigma.

Het model biedt een goed kader en houvast voor klinisch psychologen om de ernstige verantwoordelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg te kunnen dragen. De eerste contacten met een klinisch psycholoog zijn immers uitermate belangrijk om een goede kortdurende probleemoplossingsgerichte psychologische zorg aan te bieden, of een adequate doorverwijzing te realiseren naar gepaste andere meer gespecialiseerde zorg. Daarom is de indicatiestellingsfase zo belangrijk. In het verslag van de werkgroep ELP van de VVKP van 2015, wordt de evaluatie "Pluis versus niet-pluis," als een belangrijke specifieke taak van de ELP-er gezien. Dit betekent dat een ELP-er goed in staat moet zijn om onderscheid te maken tussen klachten die uitgebreid en diepgaand moeten worden onderzocht en behandeld, en dus doorverwezen, en klachten waarbij met een beperkte ingreep kan worden volstaan. De belangrijkste redenen om tot 'niet pluis' te besluiten

zijn: suïcidaliteit, crisissituaties, intoxicatie en vermoeden van complexe aandoeningen in ontwikkelingsgerichte, persoonlijkheidsgerichte of organische zin. Voor deze laatste groep is dan meer specialistische persoonlijkheids- of neuropsychologische diagnostiek vereist.

Bij dit gebruik van het KOP-model in de eerste lijn en daarbij horende verplichte echelonnering hebben we enkele fundamentele bedenkingen:

1. Vooral bij crisissituaties en bij persoonlijkheidsproblematiek die als 'niet-pluis' zou kunnen gecategoriseerd worden, moet men, in een eerstelijnscontact wel goed zicht kunnen krijgen, zonder doorverwijzing naar meer gespecialiseerde onderzoek, met name door ook een goede kijk op innerlijke dynamiek, de relatie tussen cliënt en klinisch psycholoog, en de hulpvraag van de cliënt mee in rekening te brengen, het goed begrijpen van de reden tot consulteren en hoe dit kadert binnen iemands geschiedenis en kwetsbaarheid om vandaar uit samen met de cliënt een gefundeerde keuze te maken voor een aangewezen vervolgbehandeling, inzichtgevend of herstelgericht, in functie van wat wenselijk en haalbaar is. Beiden kunnen eveneens kortdurend zijn.
2. Het basisidee is dat de cliënt die op consult komt, zich op het moment van zijn ontmoeting met de eerstelijnspsycholoog op een kruispunt van drie wegen bevindt: Ofwel de weg die hem zal leiden naar een snel herstel van een vroeger bestaand evenwicht, Ofwel de weg die hem zal leiden naar het begrip van wat met hem aan de hand is en de mogelijkheid zelf ziet om zijn gedrag te veranderen, dit is de weg van de initiële verandering. Ofwel de weg van de verwerking en doorwerking van de erkende innerlijke conflicten met behulp van een psychotherapeut.
3. Het is naar ons aanvoelen de taak van de eerstelijnspsycholoog om de cliënt eerst in staat te stellen zijn eigen weg te kiezen aan de hand van de verheldering die gegeven wordt, vooraleer te starten met oplossingsgerichte strategieën. Daarom moet de eerstelijnspsycholoog een goed zicht hebben op het hulpverleningslandschap en ook op de vervolgbehandeling die nodig is. Hij of zij moet dan ook een grondige kennis hebben van de verschillende psychotherapeutische modellen en andere specialistische zorg, om samen met de cliënt een goede doorverwijzing te kunnen regelen.
4. In deze optiek moet er geen strikte scheiding zijn in de persoon van de hulpverlener, hij kan zowel eerstelijnspsycholoog als 2delijnspecialist zijn en in die zin naar zichzelf doorverwijzen, indien hierin ook een bifocaal bilan opgemaakt wordt, en de hulpverlener ook ingebed zit in een breder samenwerkingsverband.

## Referenties

- Annemans, L. (2014). *De prijs van uw gezondheid. Is onze gezondheidszorg in gevaar?* Leuven: LannooCampus.
- American Psychological Association. (2005). *Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*. Opgehaald 11 januari, 2017, van [www2.apa.org/practice/ebpstatement.pdf](http://www2.apa.org/practice/ebpstatement.pdf)
- 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 (Numac: 2014022198) gezondheidszorgberoepen.
- Heyns, E. (2015). *Een honorariumberekening voor de zelfstandig werkzame klinisch psycholoog in België: versie 2.0. e-Psychologos*, 30 (1), 1-15.
- HOGE GEZONDHEIDSRAAD. (2005). *Psychotherapieën: definitie, praktijk, erkenningsvoorwaarden (HGR 7855)*. Brussel: Auteur.
- Herck, P., Sermeus W., Annemans, L. (2013). You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg. Analyse Itinera Institute. Beschikbaar op [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org).
- KCE Reports 265 (2016) SAMENVATTING ORGANISATIE - EN FINANCIERINGSMODEL VOOR DE PSYCHOLOGISCHE ZORG. Opgehaald op 14 november 2016, van [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_265As\\_Psychotherapy\\_synthese\\_1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf)
- OECD (2016). <http://www.oecd.org/health/>, geraadpleegd op 08/05/2017.
- Rijnders, P & Heene, E. (2015) *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de Basis GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Rober P., Borcsa M. (2016). The Challenge: Tailoring Qualitative Process Research Methods for the Study of Marital and Family Therapeutic Sessions. In: *Research Perspectives in Couple Therapy*, Chapt. 1, (pp. 1-10) Springer.
- Solidaris (2012). Comment allons nous? L'etat de bien-être psychologique de la population?, <http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2016/04/Therm1-Comment-allons-nous.pdf>, geraadpleegd op 08/05/2017.

- Stinckens, N. (2010). Monitoring als therapeutisch instrument. Bruggen slaan tussen klinische praktijk en onderzoek. *Tijdschrift Klinische Psychologie* 40,1: 11-24.
- Stinckens, N., Smits, D., Rober, P., & Claes L. (2012). Vinger aan de pols in psychotherapie. Monitoring als therapeutische methodiek. Leuven/Den Haag: Acco.
- SUPERIOR HEALTH COUNCIL. (2015). Definition of and competency profile for clinical psychology in Belgium (Advice No. 9194). Brussel: Auteur.
- Valentijn P., Bruijnzeels M. (2014). Position Paper: Nieuw bekostigingsmodel eerstelijnszorg: Organisch veranderen op weg naar een (r)evolutie.
- World Health Organization (2006) Quality of care: a process for making strategic choices in health systems 9-10.