

De nieuwe conventie over de “terugbetaling van de psycholoog” : voor iedereen ?

Hilde Descamps

Eind juli 2021 worden de psychologen verrast door het nieuws over een nieuwe conventie over een “versterkt psychologisch aanbod voor iedereen”.¹

Deze conventie biedt veel positieve zaken. Dat er een terugbetaling komt van de ambulante psychologische hulpverlening is symbolisch een grote stap, daar zijn velen het over eens. Het feit dat vertegenwoordigers van patiënten, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van organisaties van families van patiënten mee aan tafel mochten zitten en betrokken worden, is een goede zaak.

De geestelijke gezondheidszorg is een huis met vele kamers, en het is belangrijk dat de regulering en nieuwsgeving over de geestelijke gezondheidszorg daar rekening mee houdt. Er werd dan ook verwacht dat een conventie die spreekt over “een aanbod voor iedereen” daar een goede basis voor zou voorzien.

De aanvankelijke jubelende reactie verflauwde al snel, eens de tekst van de conventie zelf bekend raakte. Wie de kleine letters bekijkt, merkt immers al snel dat die brede basis er niet is.

Wie daarop wijst, krijgt het antwoord dat dit nog maar een basisdocument is, dat verder moet verfijnd worden. Maar mag van een basisdocument niet verwacht worden dat het breed vertrekt en alle mogelijkheden insluit, om dan in die beweging van verfijning meer concreet te worden ?

In de praktijk is het dus niet zo eenvoudig. Laat ons daarom de tekst van nabij bekijken.

1. DE AUTONOMIE VAN DE PATIËNT EN VAN DE PSYCHOLOOG WORDT ONDERGRAVEN

(Inleiding) “Deze overeenkomst bouwt verder op de eerste overeenkomst “eerstelijns-psychologische zorg” waarbij rekening wordt gehouden met tal van bekommernissen en aanbevelingen.” (p.2)

De overeenkomst “eerstelijnspsychologische zorg” was oorspronkelijk beperkt wat betreft leeftijd, en wat betreft problematiek. Het is lovenswaardig dat die beperkingen in deze conventie zijn weggevallen.

In de afgelopen jaren is gebleken dat psychologen in groten getale weigerden in te tekenen op die conventie, wat niet te maken had met deze beperkingen en zeker niet alleen met de verloning, zoals vaak werd gehoord. Eén van de redenen was dat terugbetaling van die eerstelijnspsychologische zorg afhankelijk was van een voorschrift van de arts. Tot op heden is niet gekend hoeveel mensen bij een psycholoog terecht komen, los van een arts, maar de ervaring toont dat dit aantal toch substantieel is. Wanneer die mensen verplicht worden om via een (huis)arts te passeren, verplicht men hen om twee keer hun verhaal te doen, bovendien tegenover iemand die ze niet noodzakelijk in vertrouwen willen nemen. Dat betekent een ingreep in de autonomie van de mensen zelf, die tenslotte die beslissing al hadden genomen, maar ook in de autonomie van de psycholoog.

¹ <http://uppsy-bupsy.be/Overeenkomst-versterkt-psychologisch-aanbod-voor-iedereen.html>

We zullen verder zien hoe deze groep patiënten ook in deze conventie niet mee werd geïncludeerd.

Artikel 9, 12° (de klinisch psycholoog/orthopedagoog die) zich engageert in de netwerken volwassenen/ouderen en kinderen en jongeren samen voor minstens 8 u/week. (p. 12)

De psycholoog/orthopedagoog wordt verwacht om 8 uur per week vrij te houden voor de patiënten die via het netwerk worden doorverwezen. Hij is dus niet vrij om zelf te beslissen of hij nog ruimte heeft om nieuwe behandelingen op te starten – met als risico dat lopende behandelingen hieronder te lijden krijgen.

Bovendien zijn er binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg veel psychologen die werken in een combinatie van een hoofdberoep – bij voorbeeld in een psychiatrische instelling – en een zelfstandig statuut in bijberoep. Deze combinatie maakt een verrijking uit van de ervaring en van het beroep, omdat er een kruisbestuiving ontstaat tussen enerzijds het werken in teamverband binnen een bepaalde organisatie en met een bepaald doelpubliek, en anderzijds het zelfstandig werken.

Het werken in bijberoep is voor velen moeilijk of niet te combineren met de vereiste om 8 u per week vrij te houden. De conventie dreigt dus onmogelijk te realiseren te zijn voor een aantal psychologen die werken in bijberoep en dat willen blijven doen. Die psychologen vallen uit de boot, waardoor meteen een deel van het ambulante aanbod in de geestelijke gezondheidszorg wordt uitgesloten.

Artikel 7, 3° “Indien er een psychologische interventie plaatsvindt, deze wordt onderbroken/beëindigd of er wordt doorverwezen naar het netwerk van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg dient er, in het belang van de rechthebbende en op voorwaarde van toestemming van de rechthebbende en/of zijn ouder(s) en zijn wettelijke voogd, in de loop van de interventie/beëindiging of na de verwijzing, een communicatie te zijn met de GMD-houdende arts of met de GMD-houdende huisartsenpraktijk” (p. 10)

Dat samenwerking met huisartsen en andere diensten bij ons werk hoort is vanzelfsprekend. Dat veel mensen er geen problemen mee hebben dat de huisarts op de hoogte is van hun problemen, is gekend.

Maar zoals gezegd zijn er evengoed mensen die door die nabijheid van de huisarts liever hulp zoeken die niet zo vertrouwd is, net omdat die nabijheid een belemmering vormt voor het vrij spreken.

In de conventie wordt niet vermeld wat er moet gebeuren als de patiënt geen akkoord geeft voor het contacteren van de huisarts, en of die mogelijkheid überhaupt bestaat zonder dat dit gevolgen heeft voor de vergoeding van de sessies. Het laten bestaan van de mogelijkheid om de huisarts niet in te lichten is cruciaal voor het waarborgen van een vertrouwen in de therapeutische relatie.

Artikel 6, 3° De gespecialiseerde psychologische functie is enkel vergoedbaar na een aanmelding bij het netwerk van de gespecialiseerde ambulante GGZ op basis van een functioneel bilan opgesteld door een klinisch psycholoog/orthopedagoog en een arts, volgens de netwerkafspraken inzake aanmelding en toeleiding. (p. 10)

In de conventie wordt standaard een arts betrokken om mee te bepalen of gespecialiseerde hulp nodig is, en om te beslissen of een verdere opvolging door een psycholoog nodig is. Dat betekent dat

een arts, die veelal – met uitzondering dan van de psychiaters – niet of minimaal geschoold is wat betreft psychologische hulp of psychotherapie, mee gaat bepalen welke psychologische hulpverlening er zal worden aangeboden en zelfs mee gaat inschatten hoelang.

We willen benadrukken dat het hier niet gaat om het onderschatten van de competenties of de inbreng van de arts. Waar het om gaat is dat een beroepsgroep wordt ingeschakeld die meestal geen of minimaal vorming heeft gehad in de psychologische zorg of in de psychotherapie, om mee te denken over de manier waarop, en het tempo waarin een dergelijk proces loopt. Artsen zijn opgeleid om te denken vanuit een medische invalshoek, wat diepgaand verschilt van de psychologisch/ psychotherapeutische hulpverlening ; daar komen we meteen op terug.

Het enige alternatief daarvoor zou dan zijn dat er effectief altijd een psychiater zou worden betrokken bij die aanmelding, maar dat staat niet zo vermeld in de conventie.²

Ondertussen zijn psychologen en psychotherapeuten wel opgeleid om een hulpvraag in te schatten vanuit het perspectief van de geestelijke gezondheidszorg. Vraag is dan waarom een verwijzing naar gespecialiseerde hulp in samenwerking met de arts moet gebeuren, en – opnieuw en vooral – wat er moet gebeuren als de patiënt geen akkoord geeft om te overleggen met de (huis)arts. Is er dan geen mogelijkheid om terugbetaling te bekomen ?

2. DE CONVENTIE IS TEVEEL GEBASEERD OP EEN MEDISCH MODEL

(Inleiding) De opdrachten gegroepeerd onder de functie eerstelijnspsychologische zorg worden laagdrempelig georganiseerd op de vindplaatsen van de persoon. Indien meer gespecialiseerde zorg aangewezen is, wordt de rechthebbende, aangemeld bij het netwerk van gespecialiseerde psychologische zorg. (p.5)

Zoals vaak het geval in de geestelijke gezondheidszorg, vertrekt men van het principe van een getrapte zorg, wellicht gekopieerd op de somatische gezondheidszorg waar de huisarts als eerste wordt aangesproken, om dan door te verwijzen naar een specialist.

In de geestelijke gezondheidszorg is dit problematisch wanneer beide functies door twee verschillende hulpverleners worden ingevuld. De overgang naar een andere hulpverlener is niet evident. In de somatische gezondheidszorg is het meestal een voordeel wanneer de arts bij voorbaat al de nodige informatie heeft gekregen over de aandoening waarvoor wordt geconsulteerd. In de geestelijke gezondheidszorg moet iemand zijn verhaal doen bij een hulpverlener die vooraf al een beeld van hem heeft gevormd. Een verhaal dat niet zelden gepaard gaat met heel veel schaamte, angst of verdriet. Het nogmaals verwoorden van wat er aan de hand is, kan op zich soms therapeutisch zijn, maar het kan evengoed omgekeerd werken. Daarom gebeurt dit het liefst wanneer de cliënt/patiënt daar klaar voor is, en niet omdat het moet omwille van het protocol ter terugbetaling.

Voor sommige patiënten kan het aangewezen zijn om rekening te houden met het verschil in aanbod tussen eerstelijns- en gespecialiseerde begeleiding en deze stapsgewijze overgang aan te houden, maar dit model mag niet aan iedereen worden opgelegd. Daarbij wordt liefst rekening gehouden met de verwachtingen van de patiënt zelf.

² Men zou kunnen verwijzen naar artikel 7, 6°, maar daar wordt de psychiater enkel als mogelijkheid vermeld.

Deze clausule houdt bovendien ook een beperking in wat betreft de keuze van de psycholoog. Daar komen we verder op terug.

Artikel 2 “onderliggende psychische aandoening” (p. 6)

Psychische problemen zijn niet zoals medische problemen. Ze hebben vaak te maken met dingen die zich voordoen in het leven of in de omgeving, die tot een reactie leiden, en die vragen om een psychische bewerking om zich staande te houden. Psychische problemen moeten dan veelal niet worden weggewerkt, maar wel bewerkt, zodat de mensen weer verder kunnen.

Een klassiek voorbeeld is de rouw. In de DSM, een vaak gebruikt handboek voor het stellen van een diagnose in de geestelijke gezondheidszorg, wordt gesproken over pathologische rouw, vanaf een periode van zes maanden. In de dagelijkse beleving blijkt echter dat zes maanden voor veel mensen een relatief korte periode is om de rouwarbeid te verrichten. Zijn ze daarom ziek? Is het niet gewoon menselijk dat mensen daar tijd voor nodig hebben?

Een ander voorbeeld: iemand wordt ontslagen op het werk. Wanneer mensen zeer veel hebben geïnvesteerd in het werk, kan dit zeer ingrijpend zijn. Mensen hebben tijd nodig om daarover te spreken, zich de gebeurtenis eigen te maken, dit te kunnen loslaten. Dit gaat vaak gepaard met een depressieve stemming, of met irritatie. Zijn mensen daarom ziek?

Er kan worden ingewerkt op de fenomenen die gepaard gaan met deze overgangperiode, bijvoorbeeld op de depressiviteit of op de angst die dan verschijnt. Dat betekent niet dat mensen ziek zijn, en het is belangrijk om de problemen niet als een aandoening te benoemen, bijgevolg de geestelijke gezondheidszorg niet te stoelen op een medisch model, waarbij men vertrekt van een diagnose om een behandeling uit te stippelen.

Enige tijd geleden verscheen een advies van de Hoge Gezondheidsraad³ waarin ernstige bedenkingen werden geuit inzake het werken met een diagnose voor geestelijke gezondheidszorg.

Men zou kunnen zeggen dat in de conventie die nu voorhanden ligt, niet wordt gesproken over een diagnose. Wanneer wordt gesproken over een onderliggende aandoening, dan zien we daar toch een verkapte formulering voor eenzelfde visie.

3. ONZE DEONTOLOGISCHE CODE IS NIET TE VERZOENEN MET DEZE CONVENTIE

Artikel 7, 6° Dit multidisciplinair overleg coördineert verschillende klinische interventies rond en in samenwerking met de rechthebbende en zijn context, en waarbij minimum 3 zorgverleners aanwezig zijn (bij voorbeeld psychiater, huisarts, gespecialiseerde psychologische zorg). (p. 11)

De deontologische code van de psycholoog stelt :

Art.29. De psycholoog moet de continuïteit verzekeren van de professionele diensten die hij aan de cliënt of proefpersoon verstrekt, met inbegrip van de medewerking met andere beroepen. Hij neemt de nodige maatregelen wanneer hij zijn verbintenis moet opschorten of beëindigen.

3

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf?fbclid=IwAR1Su6iQioeaipClct5PaJFw-fp5L0JYYuE3fIT2Zp7IKIGj7_2E_pauaA

Art.45. Wanneer een psycholoog verschillende activiteiten uitoefent (bijvoorbeeld expertise, diagnose op verzoek van derden, therapie, administratieve functies, ...) moet hij erop toezien dat de cliënt of proefpersoon op de hoogte is van die verschillende soorten activiteiten. Hij moet zijn cliënt of proefpersoon altijd van bij de aanvang duidelijk vermelden in welk kader hij hem ontmoet. Hij beperkt zich tot een enkele activiteit bij dezelfde persoon.

De conventie zoals ze nu voorligt, gaat over terugbetaling van psychologische zorg. In de vermelde tekst wordt echter gesproken over de vraag of er nog zorg nodig is en of die kan worden terugbetaald. Daarbij gaat men als vanzelfsprekend ervan uit dat die beide vraagstellingen overlappen, wat niet noodzakelijk zo is. Met een maximaal aantal van 20 sessies per jaar, mag verondersteld worden dat er behandelingen zullen zijn waar een aantal sessies door het RIZIV zullen worden gefinancierd, aangevuld door sessies waarvoor de patiënt zelf moet instaan voor de betaling – als hij of zij daar tenminste de mogelijkheid toe heeft.

In de praktijk betekent dit dat de psycholoog enerzijds de verantwoordelijkheid draagt voor het blijven verder zetten van een behandeling, maar anderzijds ook wordt ingeschakeld voor het beslissen over het verder financieren van die behandeling – een combinatie van posities die binnen de deontologische code niet wordt toegestaan en waardoor de psycholoog mogelijk in conflict komt met zijn eigen verantwoordelijkheid over de continuïteit van de behandeling.

(Inleiding) “een gedeeld multidisciplinair patiëntendossier” (p. 5)

Ons werk staat of valt met het vertrouwen in het beroepsgeheim. Een vertrouwen dat niet alleen te maken heeft met de informatie die de patiënt zelf met ons deelt en waarvan hij mag verwachten dat die informatie binnenskamers blijft. Het beroepsgeheim maakt deel uit van de openbare orde. Het moet de mensen die beroep willen doen op een psycholoog, garanderen dat dit kan onder het beginsel van de professionele geheimhouding. Deze noodzaak werd ondertussen verschillende keren bevestigd door de wetgever.⁴

Daarnaast bevat een psychologisch dossier meestal informatie over derden, waarbij het onmogelijk is om van die derden toestemming te vragen om informatie te delen.

De voorwaarden om informatie uit het patiëntendossier te delen, worden uitgestippeld door onze deontologische code, die stelt :

Art.19. De vrije en geïnformeerde toestemming van de cliënt, proefpersoon of van zijn wettelijke vertegenwoordiger is vereist voorafgaand aan elke handgeschreven, audiovisuele, informatica- of andere vorm van registratie van de gegevens die op hem betrekking hebben. Dit geldt eveneens voor de overdracht van gegevens ongeacht voor welk doeleinde deze overdracht gebeurt.

Bij eerdere besprekingen met het RIZIV werd de vraag gesteld of het gedeelde elektronische patiëntendossier beantwoordt aan die voorwaarde, een vraag die tot op heden nog niet uitgeklaard werd.

⁴ Zie het artikel van Geneviève Monnoie, http://uppsy-bupsy.be/IMG/pdf/conflit_de_valeurs_gm.pdf

Blijft dus dat de patiënt akkoord moet gaan met het delen van die informatie. In de conventie die nu voorhanden ligt, spreekt men over de toestemming van de patiënt, maar er komt geen alternatief voor het geval de patiënt die toestemming niet geeft.

Wij verwijzen naar het advies dat onlangs werd geformuleerd door de Hoge Raad voor Zelfstandigen en KMO⁵ terzake, waarin rekening werd gehouden met deze opmerkingen. Daarin wordt geadviseerd om vooraleer een elektronisch dossier wordt opgesteld, toestemming te vragen aan de patiënt, in overeenstemming met onze deontologische code.

4. DE VRIJE KEUZE VAN DE BEHANDELAAR KOMT VOOR DE PATIËNT IN HET GEDRANG

Artikel 9 De tegemoetkomingen uit deze overeenkomsten voor opdrachten van klinisch psychologen/orthopedagogen kunnen enkel aangewend worden voor de klinisch psycholoog/orthopedagoog die met het netwerk GGZ een overeenkomst heeft afgesloten. (p. 11)

In bovenvermelde clausule beperkt de conventie de patiënt in zijn vrije keuze van hulpverlener, een recht dat hem nochtans toegekend wordt in de patiëntenrechtenwet, die het volgende stipuleert :

Art. 6. De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

5. DE ORGANISATIE IS TE OMSLACHTIG EN BEPERKT DE KEUZEMOGELIJKHEDEN EN INSpraak VAN DE PSYCHOLOOG/ORTHOPEDEGOOG

Artikel 11, 5°c Afspraken rond de integratie van de zelfstandige klinisch psychologen/orthopedagogen (voorbeeld rol van de lokale psychologenkring) in de governance van en de samenwerking in het netwerk GGZ. (p. 14)

Wij verwijzen hierbij naar een verzuchting die al verschillende keren werd gesignaleerd : sommige psychologenkringen zijn niet onafhankelijk, in die zin dat enkel leden van één beroepsvereniging van psychologen mogen toetreden tot het bestuur of voorzitter mogen zijn. Dit bezwaar werd reeds gesignaleerd aan de betreffende beroepsvereniging en aan minister Beke.

Wanneer een psychologenkring wordt ingeschakeld in een regionaal netwerk van zorg, dan moet vooropgesteld worden dat het bestuur ervan onafhankelijk moet zijn, en dat psychologen, al dan niet lid zijnde van een beroepsvereniging, alle functies kunnen opnemen.

Artikel 9 ... de klinisch psycholoog/orthopedagoog die ... deelneemt aan de intervisie/supervisie met de andere klinische psychologen/orthopedagogen of andere professionals van het netwerk GGZ. Deze intervisie wordt lokaal georganiseerd en door het netwerk GGZ gecoördineerd. (p. 12)

Intervisie en supervisie vragen om vertrouwen in de personen en de groep waar men komt spreken over wat er gebeurt binnen die behandeling, tussen behandelaar en patiënt. Wanneer dat vertrouwen ontbreekt, wordt het vrij spreken belemmerd, noodzakelijk voor de kwaliteit van de intervisie. Een vrije keuze van de groep waar men gaat spreken over het eigen werk is dan ook een noodzakelijke voorwaarde, wil de intervisie/supervisie een meerwaarde bieden.

⁵ http://uppsy-bupsy.be/IMG/pdf/advies_hoge_raad_van_zelfstandigen_rond_epd_nl.pdf

Artikel 11, 7° Via het ziekenhuis (...) de informatie meedelen van de persoonlijke aandelen die geïnd worden in toepassing van deze overeenkomst. (p. 14)

Artikel 13 §2 kost van het ziekenhuis voor de administratieve last (p. 16)

Net zoals bij de overeenkomst eerstelijnspsychologische zorg blijft het complex dat een hoop administratief gedoe wordt geïnstalleerd om tot terugbetaling van psychologische consultaties te komen. Vooral is het paradoxaal dat men de administratie en financiering toevertrouwt aan de ziekenhuizen (de derde lijn), terwijl men pretendeert psychologische zorg op de eerste lijn toegankelijker te maken.