

# ***Interview met Maximilien Bachelard van PROPSY Institut du Comment-France***

10 oktober 2021

**Martine Vermeyleen**

Klinisch psycholoog, voormalig kinderpsychoanalyticus  
Gezinspsychotherapeut opgeleid in systemische en groepspsychoanalyse.  
Co-voorzitter van de Union des Psychologues sinds 2021, voorzitter van 2017 tot 2021 UPPSY-BUPSY.  
Voormalig voorzitter van de Association for Couple and Family Psychoanalytic Psychotherapy APPCF (2010-2017), momenteel penningmeester.  
Vice-voorzitter van Similes-Brussel: Vereniging voor steun aan families en verwanten van mensen met psychische aandoeningen  
Opleider in Parijs, Rijsel, Luxemburg en Brussel voor professionals in bijscholing over de thema's psychose en gezin, culturele vermengingen, geweld, geheimen, moeilijkheden in de relatie, moeilijkheden tijdens de kindjaren.

## ***Terugbetaling psychologische zorg in België?***

---

- 1. De opleiding van klinisch psychologen die psychotherapie beoefenen in een proces van historische transformatie: tussen winst en verlies***

Voor het in werking treden van de wet op de titelbescherming van 1990 en de wet tot regeling van het beroep van klinisch psycholoog van 2015, was de situatie totaal anders:

De psychologen volgden de vijfjarige universitaire opleiding en kozen tijdens hun studie hun oriëntatie. De universiteit garandeerde hen een niet-gespecialiseerd diploma dat de 4 sectoren van de psychologie bestreek, namelijk 1/ Klinische psychologie 2/ Onderzoek en onderwijs 3/ Arbeidsorganisatie 4/ Schoolomgeving

De afgestudeerde Master in de psychologie kon zich dus bekwamen op deze verschillende gebieden en zich dankzij zijn diploma specialiseren in de ene of de andere discipline van het vakgebied.

Er waren vele opleidingen in de psychotherapie, in de verschillende psychotherapeutische stromingen: 1/ psychodynamisch of psychoanalyse 2/ systemische en gezinstherapie 3/ cognitivistisch en behavioristisch 4/ humanistisch en existentieel

Deze opleidingen kenden een variabele duur. Sinds de wet van 2015 zijn ze gereguleerd wat betreft duur en vereisten, d.w.z.: minimaal 30 ECTS studiepunten (d.w.z. het equivalent van 2200 uur te spreiden over 2 of 3 jaar met stages, supervisies, theoretische lezingen en uren klinische praktijk.

Ondertussen werd de specialisatie van de klinisch psycholoog herzien door het opnemen van een langere klinische stage (400 uur was niet voldoende). Het beroep werd in verschillende fasen gereguleerd : een eerste keer reeds lang geleden : 1/ een inschrijving bij de Commissie van Psychologen voor de bescherming van de titel ; meer recent, ongeveer drie jaar geleden : 2/ een federaal visum uitgereikt door het Ministerie van Volksgezondheid na 3 jaar praktijk in de klinische

psychologie, gevolgd door 3/ een regionale erkenning (in de 3 taalgemeenschappen van het land) die de duur van de stages, de gevolgde cursussen in psychopathologie of in klinische psychologie verifieert.

Sinds deze beroepsregulering en de toepassing ervan werden alle beoefenaars van psychotherapie die niet in het bezit waren van het basisdiploma, uitgesloten. Sinds 2017 heeft dit voor heel wat opschudding en een heksenjacht gezorgd. Dit werd in hetzelfde jaar uiteindelijk geregeld door een beroepsprocedure voor de Raad van State, door niet-psychotherapeuten, met als gevolg een wettelijke erkenning van verworven rechten voor beroepsbeoefenaars in de praktijk tot 2016. Vervolgens werd via het ministerie van Volksgezondheid een nieuw systeem ingevoerd voor de organisatie van klinische stages tijdens de studie, dat voorziet in de goedkeuring van plaatsen en stagemeesters en dat sinds 2021 nog steeds van kracht is.

## *2. De stappen tussen de bescherming van de titel van psycholoog (wet 1990) en de vergoeding van de door klinisch psychologen uitgeoefende zorg sinds 2019.*

Het systeem van terugbetaling van zorg in België is complex. Het bestaat al ongeveer 20 jaar door terugbetalingsinitiatieven van de verschillende ziekenfondsen. Elk ziekenfonds, met een verschillende filosofische oriëntatie: christelijk, socialistisch, liberaal,... heeft de voorwaarden voor de patiënten en de eisen voor de beroepsbeoefenaars georganiseerd in functie van deze nieuwe wetgevingen. Deze ziekenfondsen bieden hun leden een vergoeding per sessie bij een psycholoog of een erkende psychotherapeut tegen een variabel tarief tussen 10 en 20 euro voor ongeveer 10 tot 20 sessies per kalenderjaar. Dit systeem is dus flexibel en variabel en past zich aan aan de verzekerden van elke mutualiteit.

Het probleem voor psychologen werd meer acuut, door een 1e Conventie die in 2019 werd voorgesteld door minister De Block, als proefproject voor een periode van 3 jaar, om te worden herzien in 2021. Sinds eind juli werd een 2e Conventie aangekondigd, een overeenkomst tussen het RIZIV Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de FOD Federale Overheidsdienst Volksgezondheid onder toezicht van de huidige minister F. Vandenbroucke.

De procedure voor de Raad van State, ingeleid door 4 beroepsverenigingen van psychologen, hoofdzakelijk klinische psychologen opgeleid in psychodynamische, systemische en humanistische psychotherapie, gaat over deze conventie. Upsy-Bupsy, UPPSY Union des Psychologues en BUPSY Beroeps Unie voor Psychologen, de vereniging waarvan ik met Stef Joos, met wie u contact opnam, co-voorzitter ben, zette de eerste stappen voor deze actie. Maar bij de 4 ondertekenende verenigingen zijn er 2 Franstalige verenigingen, APPELpsy en APPpsy, 1 Vlaamse vereniging, KLLpsy en 1 tweetalige vereniging, Upsy-Bupsy. Men kan dus niet zeggen dat dit slechts gaat over één regio van het land.

## *3. De malaise van psychotherapeuten en de verwarring tussen psychologen*

Er was al een malaise sinds de 1e Conventie van 2019. Sommige psychologen tekenden in op deze conventie, die hen een RIZIV-registratienummer gaf en dus de mogelijkheid voor terugbetaling voor hun patiënten die dan slechts 11 euro betaalden, of 4 euro in geval van verhoogde tegemoetkoming (het oude WIGW-systeem dat dateerde uit de jaren 1950: Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen, later gewijzigd door het OMNIO- en meer recent het BIM-statuuat).

Deze gecontracteerde psychologen worden dus aanbevolen door huisartsen die beschikken over een lijst van intekenaars. Deze psychologen zijn niet allemaal opgeleid zijn in psychotherapie. Ze moeten wel een visum en een erkenning hebben om geselecteerd te worden door een Regionaal Zorgnetwerk. Er zijn een twintigtal Regionale Zorgnetwerken, verspreid over het hele federale grondgebied, met een referentieziekenhuis voor de regelen van deze vergoedingen. Het ziekenhuis vergoedt de psychologen voor het verschil tussen het bedrag dat wordt betaald door de cliënt/patiënt en een maximumbedrag van 60 euro voor een 1e sessie, en van 45 euro voor de volgende sessies, met een maximum van 8 sessies.

De belangrijkste voorwaarde was een medisch voorschrift dat patiënten recht gaf op vergoeding van psychologische zorg. Het systeem is duidelijk volledig gemedicaliseerd en gericht op het ziekenhuis.

Psychologen waren aanvankelijk terughoudend ; zij vonden de vergoeding te laag of konden geen vrede nemen met de voorwaarde van een medisch voorschrift, en evenmin met het rechtvaardigen van een doelpubliek. Later sloten sommigen van hen zich toch aan bij de verschillende regionale netwerken. Er werd onderzoek en evaluatie uitgevoerd. De belangrijkste hindernissen die hierbij naar voor kwamen, waren: het medisch voorschrift, het beperkte aantal sessies (maximaal 8) en het doelpubliek dat overeenkomt met door huisartsen gerapporteerde symptomen van depressie en angst.

De psychologen die deze overeenkomst niet hadden ondertekend, hebben een zeer negatieve beleving van wat voor hen "paramedicalisering van de psychologische zorg" was, hand in hand gaande met een verlies van autonomie voor het beroep van psycholoog.

Voor de patiënten bestaat er nog steeds verwarring tussen psychologen die al dan niet worden vergoed, die al dan niet competent zijn, die al dan niet worden aanbevolen door hun huisarts.

Ik heb het hier alleen over zelfstandige psychologen, zonder vermelding van degenen die werkzaam zijn in instellingen voor gezondheidszorg. In de eerste conventie konden zij zich niet inschrijven op deze lijsten van PPL : de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, de medische tehuizen, de centra voor gezinsplanning en andere instellingen voor gezondheidszorg, zoals mobiele teams, centra voor functionele revalidatie, centra voor psychosociale opvang, waar ook klinisch psychologen met een arbeidsovereenkomst werkzaam zijn. Laatstgenoemden lijken in het ontwerp van de tweede Conventie ook als eerstelijnswerknemers te zijn opgenomen.

De tweede conventie wekte aanvankelijk enthousiasme op wegens de aanzienlijke verhoging van de vergoedingen (tot 75 euro per zitting). Ze bleek subtiel kritischer en complexer te zijn dan de eerste, omdat ze een nuance aanbrengt tussen eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde zorg. Psychotherapie wordt bij voorbaat uitgesloten, omdat gespecialiseerde zorg, door niet-psychologen in het netwerk, kan worden erkend na stages of werkervaring met meer afgebakende pathologieën zoals drugsverslaving, alcoholisme, kinderpsychiatrie en ziekenhuispsychiatrie. Dit houdt ook het risico in dat rekening wordt gehouden met korte opleidingscursussen waarbij de wet op de psychotherapie niet wordt nageleefd, wat ik reeds heb vermeld in de vraag over opleiding.

De belangrijkste reden voor de ontevredenheid en het beroep tegen deze tweede conventie is dat de conventie psychologen ertoe aanzet om te werken zonder het naleven van hun deontologie en het Strafwetboek. In de beide gevallen is een sanctie voorzien voor beroepsbeoefenaars die in het kader

van hun werk vertrouwelijke informatie ontvangen en dit beroepsgeheim niet in acht nemen in schriftelijke verslagen, met name in een medisch dossier, zoals in het verdrag wel wordt gevraagd. Zij lopen derhalve het risico te worden gestraft wegens niet-naleving van deze wetten. De andere redenen voor het aantekenen van het beroep zullen worden toegelicht in het kader van de kwestie van de zorgnetwerken en de hervorming.

#### *4. De ethiek en de autonomie van de psycholoog in kwestie: de ethische code en het strafwetboek*

Het feit alleen al dat de patiënt verantwoordelijk wordt gesteld voor de beslissing over het delen van zijn of haar dossier druist in tegen elke beroepsethiek die geacht wordt bescherming te zijn voor degenen die op psychologen vertrouwen. Deze wet op het beroepsgeheim, die deel uitmaakt van de deontologische code voor psychologen, werd uitgevaardigd in de vorm van een Koninklijk Besluit, waardoor zij haar volledige werkingskracht krijgt. Hij wordt vaak ingeroepen wanneer een patiënt of een consulent een klacht indient bij de tuchtraad van psychologen. De Psychologencommissie organiseert twee tuchtcolleges (klacht bij de tuchtraad en mogelijkheid tot beroep bij weerlegging van de psycholoog). Uit de jurisprudentie blijkt dat er heel wat klachten zijn wegens niet-naleving van de regels van het beroepsgeheim wanneer de psycholoog te veel heeft gezegd, in plaats van zich te onthouden. Dit misverstand zou begrepen kunnen worden vanuit het gegeven dat er 4 jaar lang (2014 tot 2018) een fout zat in de deontologische code van de psycholoog, waarbij de laatste verplicht zou zijn om voor de rechter te spreken in plaats van het omgekeerde, waarbij zwijgen de regel is en de geheimhouding van de psycholoog kan worden opgeheven voor de rechter. Het rechtzetten van deze fout heeft vier jaar geduurd, waarbij de tussenkomst nodig was van juristen van verschillende ministeries (het Ministerie van Middenstand en Zelfstandigen en het Ministerie van Justitie, terwijl het Ministerie van Volksgezondheid zich niet echt betrokken voelde bij deze kwestie). Het is dan ook begrijpelijk dat zoveel mensen die in deze administraties en kantoren werken, niet begrijpen wat er in deze wetgevingen voor ons beroep op het spel staat.

#### *5. De hervorming van de psychiatrie en de plaats van psychologen (van 2010 tot 2021)*

Om de huidige problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid te begrijpen, moeten we ze in hun historische context plaatsen. Dit ontbreekt in de universiteiten en in de bijscholing op dit gebied, lijdend onder de hyperspecialisatie en complexiteit naargelang de toepassing van de klinische psychologie in de regio's. Ik zal proberen de 5 functies van de hervorming in de psychiatrie kort uiteen te zetten, in het besef dat dit thema nadere uitwerking verdient.

Na de jaren 2010, toen de projecten die in de geestelijke gezondheidszorg naar voor werden geschoven, gericht waren op het sluiten van ziekenhuisbedden ten voordele van mobiele of thuispsychiatrische zorg, was de hervorming er ook op gericht om de plaats van gebruikers en familieleden in de psychiatrie te ondersteunen om functie 3 te ontwikkelen : het herstel met actieve participatie van de betrokkenen. Functie 4 was nog steeds versterkte ziekenhuiszorg, terwijl functie 5 gericht was op huisvestingsprojecten, alternatieven voor psychiatrische verzorgingstehuizen, wonen bij gezinnen of in appartementen onder toezicht.

Functie 1 is dus alles wat betrekking heeft op de eerstelijnszorg (onthaal, oriëntatie, ambulante zorg, enz.), terwijl functie 2 gaat over de mobiele teams die net de ziekenhuisopnames moeten proberen te voorkomen.

De malaise in zowel de psychiatrische instellingen als de diensten voor geestelijke gezondheidszorg was voelbaar. Psychiaters voelden zich beroofd van hun werkinstrumenten: medicatie, hospitalisatie, onvoldoende tijd om naar de patiënt te luisteren. Psychiatrische verpleegkundigen moesten na de sluiting van bedden worden omgeschoold in nieuwe mobiele teams en psychologen werden belast met de follow-up van patiënten in ziekenhuizen en andere instellingen om de ontbrekende plaats van psychiaters, die schaars waren geworden, in te nemen.

De in de psychiatrie erkende piramide van psychische stoornissen plaatst ernstige en complexe stoornissen bovenaan, met hun mate van urgentie en crisis, die het ziekenhuis in elke situatie moet beoordelen.

Ernstige en chronische aandoeningen worden overgeheveld naar mobiele crisisteam (F2A) of mobiele zorgteams voor chronische patiënten op afroep (F2B). Het werk van deze teams moest ziekenhuizen vrijmaken ten voordele van thuiszorg. Of het zo is, moet nog worden bewezen, want we weten dat de psychiatrie meer dan ooit onmisbaar is in onze postmoderne en digitale samenlevingen.

Op de derde plaats komen de gematigde stoornissen, die telkens een groter aantal personen treffen. Op de vierde plaats staan de milde stoornissen die geen complexe interventies vereisen. De plaats van klinisch psychologen in de eerste lijn is, in de eerste conventie, dan ook vooral aangewezen op lichte en matige stoornissen.

#### *6. Welke organisatie van geestelijke gezondheidszorg en psychologische zorg?*

Binnen de logica van de ziekenhuispsychiatrische reductie naar een versterking van de 1e medische lijn wordt een globaal medisch dossier gecentraliseerd door een huisarts terwijl de psychiater **geaccepteerd** ?? blijft. De psychiaters vragen zich af wat hun plaats is, nu we niet meer spreken over psychiatrie maar over geestelijke gezondheidszorg.

De nieuwe organisatie van de zorg, voorzien in de eerstelijns psychologische zorg de eerste conventie (die afloopt eind december 2021), voorziet een plaats voor psychologen wat betreft de psychologische zorg. In de tweede conventie is er een overgang van eerstelijns naar tweedelijns gespecialiseerde zorg. Probleem hierbij is dat een functioneel bilan moet worden ondertekend door een arts en ingevuld door de psycholoog, in overleg (zo wordt ons gezegd) met de patiënt.

De vraag die wij ons stellen is: hoe kan iemand die voor het eerst een psycholoog komt raadplegen vertrouwen hebben als hij verneemt dat de reden van zijn consultatie zal worden opgeschreven en doorgegeven aan een of zijn geneesheer? en bovendien in een globaal medisch dossier zal worden opgenomen, dat voor wie toegankelijk is? De subtiliteit ligt in het feit dat de patiënt het recht zou hebben te weigeren dat bepaalde dingen worden opgeschreven of overgebracht, terwijl deze vraag toch door zijn hoofd spookt, wat zijn vrijheid van meningsuiting en zelfs van het uitspreken van zijn gedachten dreigt op te heffen. Een geest van "verslaggeving" wordt in deze overeenkomst geïnduceerd als een vereiste voor het verkrijgen van terugbetaling van de patiënt en betaling aan de psycholoog. Dit feit alleen al rechtvaardigt een controle op de gedachten en uitspraken van beide partijen.

Waar blijft de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt, als deze geen financiële keuze heeft om deze praktijk te weigeren en zich, om deze vrijheid te behouden, moet wenden tot een

niet-geconventioneerde psycholoog die hij of zij meer zal moeten betalen? En ook als hij/zij zich zorgen maakt over het in vertrouwen nemen van een nieuwkomer? Er wordt ons verteld dat de patiënt zich altijd kan wenden tot een zorginstelling die zelf ook riskeert tijdens de verplichte teamvergaderingen te functioneren met controle door het zorgteam. Heeft de patiënt het recht om te weigeren dat dit team zijn zaak bespreekt?

Het ongemak van familieleden en gebruikers bij de nieuwe hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is dat zij op vergaderingen worden uitgenodigd om hun mening te geven, zonder dat zij voldoende de inzet begrijpen van de zaken die worden besproken in een professionele kring die zich hoofdzakelijk bezighoudt met de financiering van hun werk. Het resultaat is voor de besluitvormers en actoren ongetwijfeld een zoektocht naar een "goed geweten", aangezien de betrokkenen zijn geraadpleegd. Gezien ze zich echter de genomen besluiten niet herinneren, dreigen zij ontmoedigd te raken wanneer zij worden geconfronteerd met de notulen van de vergaderingen die moeten worden gelezen en goedgekeurd.

Hun moeilijkheid bestaat erin vertrouwen te hebben in de werking van een netwerk waarvan zij de personen niet kennen.

Het onbehagen van psychotherapeuten (klinisch psychologen van opleiding) die niet tot dit systeem toetreden, is tastbaar en verklaarbaar wat betreft de autonomie van hun beroep, dat op alle niveaus onderworpen is aan de medische macht. Hun opleiding wordt ook in vraag gesteld door het feit dat de gespecialiseerde zorg zelfs het woord en de naam ervan, dus psychotherapie, uitwist, een term die momenteel niet lijkt te worden afgedwongen, ook al is het de bedoeling dat hij wordt vermeld. De Federale Raad voor Geestelijke Volksgezondheid heeft een advies ingediend bij de minister, maar het is niet bekend of en hoe hiermee in de toekomst rekening zal worden gehouden.

*7. Praktijkvoering in de privé-praktijk, in instellingen en in netwerken: verschil in opleiding of in filosofie? Verandering in zorg: individueel? groep? gemeenschap?*

Er worden knelpunten geconstateerd bij het eerste verzoek om raadpleging. Zij komen tot uiting in de wachtlijsten in ambulante instellingen, maar ook voor vrijgevestigden die zijn ingeschreven op de lijst van gecontracteerde eerstelijnspsychologen. Telefoontjes van patiënten dwingen de psychologen te kiezen tussen het aanvaarden van nieuwe aanvragen of het voortzetten van de behandeling van hun reeds ingeschreven patiënten. De tweede Conventie voorziet in een minimum van 8 werkuren per psycholoog met patiënten die een beroep doen op deze lijst, maar dit lijkt moeilijk vol te houden, zelfs voor een psycholoog die dit aantal uren reeds overschrijdt. Het is menselijkerwijs onmogelijk om steeds meer nieuwe aanvragen te ontvangen.

Een van de problemen van dit zorgstelsel is het statuut van de patiënt of de consulent (aanvrager of cliënt) die min of meer vrijwillig, opgelegd of onderhandeld, een eerste stap heeft gezet, en dit heeft gevolgen voor het soort behandeling en het belemmeren dan wel laten circuleren van het woord.

Men kan vaststellen dat er in deze conventie een verschuiving heeft plaatsgevonden van het individu naar de groep, terwijl koppel- of gezinsbegeleiding niet in aanmerking wordt genomen in dit soort vergoeding. Wanneer we gemeenschapswerk willen doen, is het belangrijk om aan de relaties tussen mensen te werken. Een therapeutische groep bestaat uit minimaal 4 erkende patiënten die behoefte hebben aan groepstherapie en dit heeft niets te maken met verwanten die aan dezelfde pathologie

lijden. Gezins- en koppeltherapieën hebben hun doeltreffendheid bewezen en zijn erkend in de opleiding voor psychotherapie. Wat gebeurt er met het contextuele zorgnetwerk van de patiënten en familieleden die ook een beroep doen op psychologen? Het is alsof er een belangrijke schakel ontbreekt.

*8. Geestelijke gezondheid als maatschappelijk debat: paradigmaverschuiving tussen geestelijke en lichamelijke gezondheid.*

In dit stadium kunnen we ons de vraag stellen welke zorg nodig is in onze overgespecialiseerde samenlevingen die gebaseerd zijn op systemen van zorgcontrole. De criteria van de medische wetenschap bevorderen een soort transparantie waarbij alles moet worden gezegd, gezien, gecontroleerd of geweten om een goede medische zorg te verkrijgen of om lichamelijke ziekten en gezondheidsschade veroorzakende ongevallen te voorkomen. Het paradigma van de geneeskunde is anders als het gaat om de geestelijke gezondheid.

De maatschappelijke malaise die tot uiting komt in individuele pathologieën, vindt vaak weerklank in een lijden van sociale oorsprong, in de leefsituatie, in een context van geweld, in giftige of verstikkende relaties waar een terugkeer naar sociale controle de heersende angst lijkt te verzachten. Zou dit een nieuwe vorm van sociale tirannie kunnen zijn, een controle van de zorg die even ver kan gaan als de controle van de intimiteit?

Het werk van de psycholoog gaat nochtans over dat deel van de menselijkheid dat erin bestaat te luisteren naar het lijden van elke persoon. Om dit te kunnen doen, moeten wij een kader van intimiteit en respect voor de vertrouwelijkheid bewaren, dat ons in staat stelt onze patiënten, die niet noodzakelijk ziek zijn, een bubbel van geborgenheid te bieden. We weten overigens niet hoe we ze moeten noemen: consultants/clienten/patiënten/analysanten of zorggebruikers, begunstigden, lijdenden, mensen die getroffen zijn door psychische stoornissen ....

Tot besluit zou ik zeggen dat het noodzakelijk is onze verschillen te bewaren, die van onze patiënten en die van de klinisch psychologen, die in staat moeten zijn zich aan te passen aan de verschillende pathologieën, terwijl zij hun verschillende vormen van behandeling en zorg actueel en geactualiseerd houden. Om een actualisering te overwegen, moeten wij rekening houden met de huidige praktijken. Dit is wat ontbrak in de groepen die over deze conventie hebben nagedacht en deze hebben voorgesteld. Naar psychologen, die paradoxaal genoeg als specialisten in luisteren worden beschouwd, werd in hun professionele realiteit niet geluisterd.