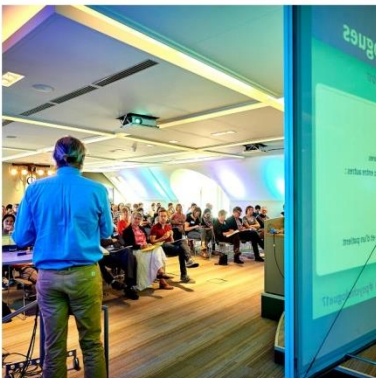




Psychologen aan het woord

DEBAT

13 juni 2017



Debat: 'Psychologen aan het woord'

Hoe staan zorgverleners ten opzichte van de uitdagingen in de zorgsector? Welke hervormingen zijn voor hen aan de orde? Hoe zien ze hun beroep evolueren in de toekomst? De Onafhankelijke Ziekenfondsen laten de verschillende beroepsgroepen

uit de gezondheidszorg aan het woord in een nieuwe debattenreeks. Na succesvolle edities met de vroedvrouwen en de apothekers zijn nu de psychologen aan de beurt. Ze doen hun visie op het beroep uit de doeken en gaan daarover het gesprek aan met andere actoren uit de gezondheidszorg.

Psychische problemen (depressie, burn-out, schizofrenie, ...) vormen de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid in België. Ons land besteedt maar weinig middelen aan gespecialiseerde behandelingen, terwijl de individuele en collectieve impact enorm is: absentisme, productiviteitsverlies, sociaal isolement, enz. Hoe kunnen we vaak voorkomende geestelijke ziektes aanpakken waarvoor een psychiatrisch verblijf niet nodig is? Welke rol is weggelegd voor de psychologen, rekening houdend met hun beperkte toegankelijkheid (niet-terugbetaalde consultaties, wachtlijsten in gespecialiseerde centra, ...)? Moet er een eerstelijnspsychologie komen? Hoe kunnen de zorgprofessionals, huisartsen en psychologen samenwerken om de aanpak van mentale aandoeningen te verbeteren, wetende dat deze ziektes te weinig worden opgespoord en onderbehandeld blijven?

Deelnemers aan het debat

- Koen Lowet, gedelegeerd bestuurder van de Belgische Federatie van Psychologen
- Thierry Lottin, voorzitter van de Beroepsunie van de Franstalige klinische psychologen
- Martine Vermeylen, psychologe, lid van de Raad van Bestuur Union professionnelle des psychologues
- Tine Daeseleire, klinisch psychologe en gedragstherapeute, Prof. aan de KU Leuven

Getuigenissen van Dr. Olivier Mariage en patiënt Geert

Inleiding Xavier Brenez

België kent een zeer hoog zelfmoordcijfer en ook het aantal burn-outs stijgt elk jaar. Dit toont aan hoe belangrijk geestelijke gezondheidszorg is. Toch ligt het budget in België voor geestelijke gezondheidszorg een derde lager dan in onze buurlanden. Waar moeten we op letten?

- Preventie is heel belangrijk en daar moeten we meer op inzetten.
- Een multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk.
- Welke plaats krijgen psychologen in dit verhaal? Wat is de verhouding tegenover psychiaters of huisartsen?
- Hoe pakken we dit financieel aan? Hoe past geestelijke gezondheidszorg in de verplichte verzekering?
- Hoe zijn we zeker van de kwaliteit van onze geestelijke gezondheidszorg? Hoe is de patiënt zeker en welke erkenning is nodig voor psychologen?



Getuigenis van patiënt Geert

“Ik was heel mijn leven depressief, maar niemand zag het aan mij.” Geert is zeven jaar op zoek geweest naar hulp om uiteindelijk te geraken waar hij nu staat. Hij getuigt dat zijn depressie niet te voorkomen was: “Mijn depressie is ontstaan in mijn kindertijd, onder invloed van de omstandigheden waarin ik ben opgegroeid.”

Voor Geert hangt depressie vast aan angst. “Als je depressief bent, heb je het gevoel dat je buiten het leven staat. Je hebt geen invloed op het leven dat maar voort raast. Je voelt je meer en meer angstig worden.” Geert was getrouwd, heeft kinderen en had een succesvolle job. “Deze drie zaken

hielden mij recht, maar toen ze wegvielen, was mijn houvast weg en zijn de problemen erger geworden.” Welke stappen heeft Geert ondernomen?

- 1) Psychoanalytische hulp. “Ik zocht iemand dicht bij mij in de buurt, zodat ik er makkelijk naar toe kon gaan. Maar die persoon bleek uiteindelijk een kwakzalver te zijn. Ik kreeg uitleg in hoe ik rustiger kon leren ademen, maar dat was niet wat ik nodig had.”
- 2) Doorverwijzing van de huisarts naar een psychiater. “De huisarts heeft mij doorverwezen naar een psychiater, die een wachttijd van twee maanden had. Toen ik uiteindelijk op consultatie mocht, zat ik te wachten in de wachtzaal en viel mij op dat elke patiënt 15 minuten kreeg. Dat vond ik niet voldoende want ik wou mijn verhaal kwijt, dus ik ben daar weggegaan.”
- 3) Bezoek aan een andere psychiater. “Deze werkte al op een betere manier, hier kreeg ik 45 minuten tijd. Deze psychiater heeft allerlei soorten antidepressiva uitgetest, maar na maanden werd duidelijk dat niets hielp.”
- 4) Dagopname in een psychiatrisch centrum. “Hier ben ik een jaar geweest en dit heeft mij deugd gedaan. Het is hard werken, want je moet jezelf leren kennen. We kregen hier groepstherapie en dat heeft geholpen.”
- 5) Psychoanalyse, 2x per week, vijf jaar lang. “Dit is het uiteindelijke resultaat: 45 sessies per jaar bij een psychiater die psychoanalyses uitvoert. Concreet bestaan die sessies gewoon uit je verhaal ‘vertellen’ tegen iemand die af en toe ja zegt. Dit heeft mij goed geholpen, maar het is duur. Ik kon dit betalen, maar ik kan me voorstellen dat het voor bepaalde mensen niet haalbaar is. Ik vind het daarom een goed initiatief van de overheid om dergelijke sessies terug te betalen.”



Geert: “Praten heeft me geholpen om mezelf terug te vinden. Doordat ik de opgelegde ‘regels’ van wie ik moet zijn heb losgelaten, heb ik mezelf gevonden. Ik weet nu dat ik tien jaar geleden niet geholpen had kunnen worden: ik moest eerst ‘klaar’ zijn om geholpen te worden. Als we echt aan preventie willen doen, moeten we de maatschappij veranderen. En ook het stigma over depressie doen verdwijnen. Dit kan bijvoorbeeld in het onderwijs.”

Getuigenis Dokter Mariage (foto)



“Ik ben geen typische huisarts, ik werk in een wijkgezondheidscentrum.”

- 1) Zijn huisartsen goed opgeleid?
“Ik vind dat huisartsen te veel worden opgeleid als *mecanicien*: iets is kapot en je moet het oplappen. Mijn opleiding ligt al een hele poos achter mij, maar wat ik mij nog herinner, is dat ik zeer weinig les kreeg rond de psychologie van de patiënt. Aan dit onderdeel werd weinig aandacht besteed. In ziekenhuizen klinkt nu nog al te vaak

dat psychologische problemen meteen voor de psychiater zijn, terwijl psychologische problemen ook voor de huisarts belangrijk zijn.”

- 2) Wat is de plaats van de huisarts binnen de psychologie?
“Veel huisartsen zijn niet in staat om op een juiste manier psychologische problemen aan te pakken. Zij zijn opgeleid om geneesmiddelen voor te schrijven. Farmacotherapie heeft zijn nut, maar niet als enige middel. Dit moet worden voorgeschreven in een groter geheel. De patiënt moet ook goed begeleid worden en er moet een goed evenwicht zijn tussen medicatie en therapie. Zo kreeg een kind rilatine voorgeschreven door zijn huisarts, terwijl het probleem de relatie tussen de ouders was.”
- 3) Het merendeel van de patiënten gaat eerst naar zijn huisarts. Een kleinere groep gaat naar een psycholoog. De andere (grote) meerderheid doet gewoon niets aan zijn problemen en blijft er mee lopen.
- 4) Is de studie van het KCE nuttig?
“De studie maakt me ongerust omdat ze zich beperkt tot 5 sessies in de eerste lijn. Dat is veel te weinig en de meeste psychopatiënten hebben veel meer nodig. Terugbetalingen mogen niet beperkt worden in tijd.”

Debat

Het wettelijke kader: wat houdt dat in?

Koen Lowet (foto) :

De geestelijke gezondheidszorg heeft pas sinds 2016 een wettelijk kader. De bedoeling van dat kader is om de toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Voor dat wettelijke kader waren de licentiaten psychologie ook al erkend, maar het kader moet meer duiding geven.

Huidige situatie: een ruimer kader is erkend, maar dat is nog ‘vaag’. De praktische erkenning van psychologen is nog niet in orde. Na de zomer: dan moet de financiering van de klinisch psychologen in orde zijn. Hoe gaan we dit wettelijke kader financieel ondersteunen (terugbetalingen of niet)?



Thierry Lottin:

De wet gaat niet ver genoeg. Er is al jaren een debat aan de gang over waar psychotherapie onder valt. Dit debat ligt aan de basis van deze wet. Maar nu gaat men dat debat ook gebruiken om de klinische psychologie in een kader te gieten. Men verwacht twee zaken.

Martine Vermeylen:

Het probleem met de wet is dat die geen rekening houdt met de bestaande praktijk. Als er een terugbetaling komt, moet dit ook kunnen voor mensen die misschien geen universitaire opleiding hebben gevolgd (en dus bij wet niet erkend zijn als licentiaat Psycholoog), maar wel al jaren ervaring hebben en dus goed zijn in wat ze doen. Want het is niet omdat iemand afstudeert aan de universiteit, dat die per definitie een goeie psycholoog is. Die studenten hebben nog geen ervaring en weten vaak niet wat ze moeten doen in bepaalde situaties. Het is niet omdat iemand niet aan de universiteit heeft gestudeerd, dat hij of zij sowieso een charlatan is.

Tine Daeseleire (foto):

Ik spreek vooral over de praktijk. Ik begrijp dat de wet begint bij het erkennen van de masters die van de universiteit komen. We moeten ergens beginnen met dit kader. Maar we mogen hier niet stoppen: we moeten ook mogelijkheden bieden voor andere opleidingen. Studenten hebben een kader nodig, zoveel is duidelijk. Maar ook ervaringsdeskundigen en huisartsen moeten we in de gaten houden.

Daartegenover staat wel dat je een bepaalde professionele basis moet hebben, voor je echt goed werk kunt leveren. Het komt er dus gewoon op neer dat transparantie over de opleiding die een geestelijke gezondheidszorgverlener heeft gevolgd, belangrijk is. De patiënt moet gewoon makkelijk kunnen achterhalen wat zijn psycholoog/coach... als professionele achtergrond heeft.

We moeten de huidige studenten ook veel beter begeleiden en opvolgen. We moeten durven te buizen: is een stage niet goed en hebben ze niet de juiste empathie? Dan moeten we dat noteren en hier rekening mee houden in onze evaluatie.



Dit gaat allemaal over criteria die gelinkt zijn aan de opleiding en de kunde van de psycholoog. Moeten we ook geen rekening houden met de diagnostiek?

Tine Daeseleire:

Dat raad ik ten sterkste af want dan kom je in het model van Nederland terecht en daar wordt veel gevoeld. Het is moeilijk om een terugbetaling te linken aan diagnoses.

Koen Lowet:

Het vorige wetsvoorstel was niet uitvoerbaar, ze was niet realistisch. De zorg moet realistisch zijn voor een praktische uitwerking. De Belg gaat zijn gezondheidszorg op verschillende locaties halen en hier moeten we rekening mee houden. In België zijn momenteel veel private opleidingen in psychotherapie. Wat heeft de nieuwe wet gedaan? Een voorstel aan alle private opleidingen om zich aan te sluiten bij een universiteit, want niet alle universiteiten geven alle opleidingen. Heel wat private opleidingen in Vlaanderen hebben dit gedaan en zijn nu onderdeel van een universiteit.

Wat is een psychisch probleem?

Thierry Lottin:

Ik wil deze vraag vergelijken met de vraag: ben ik alcoholverslaafd? Dat is niet voor iedereen hetzelfde. Dat hangt af van persoon tot persoon.

Martine Vermeylen:

Er zijn veel kinderen met psychologische problemen, waarvan de oorsprong in de relatie tussen de ouders of in de relatie met hun ouders ligt. Maar daarmee gaan die kinderen dat niet weten. Er is een verschil in wat men denkt nodig te hebben en wat men echt nodig heeft. Daarom moeten artsen voldoende samenwerken met psychologen. We moeten opletten dat we niet al te vaak stigmatiseren op de symptomen, zodat er over gepraat kan worden.

Tine Daeseleire:

We mogen een psychisch probleem niet te eenzijdig benaderen. Bepaalde stoornissen worden door de context opgelegd en mensen weten dit soms zelf niet. Je mag het classificatiesysteem dat psychologen wordt aangeleerd, niet uit het oog verliezen. Psychologen weten ook echt wel zelf iets en we mogen dus niet alleen maar uitgaan van het feit dat de 'patiënt' weet wat zijn psychische probleem is. Aan de hand van de professionele kennis van de psycholoog, moet die achterhalen wat het probleem is. We moeten als psycholoog onze kennis kritisch durven toe te passen.

Een grote uitdaging voor de psychologische zorg: hoe krijgen we de zorg zo snel mogelijk en zo goed mogelijk bij de mensen?

Koen Lowet:

Het is een samenlevingsprobleem, dus we moeten dit als samenleving aanpakken.

Er zijn verschillende interventies in de psychologie mogelijk en we moeten als psycholoog zo vroeg mogelijk een interventie opstarten, als die nodig blijkt.

Er bestaan hele goeie richtlijnen om te behandelen, maar daarom lukt dit praktisch nog niet altijd. Zo is er bijvoorbeeld het probleem van de huisarts, die soms niet weet hoe hij moet reageren op psychologische problemen en dus naar medicatie zal grijpen omdat hij dat kent. Terwijl er heel wat andere mogelijkheden bestaan.

Nog even ter verduidelijking: die vijf sessies die momenteel in de studie van het KCE worden opgesomd zijn gebaseerd op een 'gemiddelde'. Het is een illusie om te denken dat dit zo kan werken. Het is de bedoeling dat de eerstelijnspsycholoog in die vijf sessies inschat welke hulp de patiënt nodig heeft en die dan doorverwijst voor verdere hulp.

Welke groep heeft prioritair hulp nodig?

Thierry Lottin (foto) :

Iedereen die hulp nodig heeft, is prioritair. We moeten met behulp van een compromis iedereen kunnen helpen. Eender wie geestelijke gezondheidszorg nodig heeft, moet recht hebben op een terugbetaling.

**Martine Vermeulen:**

Sommige patiënten willen helemaal geen medicijnen en gaan dus sowieso niet naar een psychiater. Dus dat betekent dat er niet alleen nood is aan psychiaters, maar ook aan psychologen.

Tine Daeseleire:

Ik spreek vooral vanuit het standpunt over burn-out. Momenteel is het hip om te zeggen dat je een burn-out hebt, maar het is veel ingewikkelder dan de meeste mensen denken. Wie echt een burn-out heeft, zit er volledig door en heeft hulp nodig. Dus volgens mij is het prioritair:

- 1) Ja, een terugbetaling voor mensen met een burn-out is nodig. Maar waarom kan dit niet worden opgelost met een pragmatisch model van terugbetalingen per jaar. Iemand die meerdere jaren hulp nodig heeft, kan zo ook terugbetalingen krijgen.
- 2) Er bestaan verschillende psychologische modellen in ons land. We moeten niet naar die modellen kijken, maar naar de mensen. Terugbetalingen enkel in eerstelijnszorg is bijvoorbeeld niet correct, ook in tweedelijnszorg zou moeten terugbetaald worden.

- 3) En waarom kan een terugbetaling enkel voor een 1 op 1 model? Er bestaan zoveel groepstherapieën die mensen heel goed helpen (kijk naar voorbeeld van patiënt Geert). Bestaan er ook een alternatieve terugbetalingscircuits zoals via bedrijven?

Koen Lowet:

Er bestaan in ons land momenteel te veel gespecialiseerde zorgen. We hebben wijkgezondheidscentra, ziekenhuizen, privépsychologen...

We moeten veel meer inzetten op preventie, daar is ons budget momenteel nog veel te laag voor. We hebben uitgerekend dat we om dit goed te doen, een budget tussen 1,2 en 1,5 miljard euro nodig hebben. Dat klinkt veel, maar voor andere gezondheidszorgen doen we dit al.

Martine Vermeylen (foto) :

Als we denken aan preventie moeten we echt veel meer kijken naar wat er in een gezin gebeurt. Er is veel pijn bij mensen in de omgeving van een psychologiepatiënt. Om goeie psychologie uit te voeren, hebben we een goeie eerstelijnspsychologie nodig en een goeie preventie. En een huisarts is nog altijd geen psycholoog...



Tine Daeseleire:

Volgens mij kan preventie ongelooflijk ver gaan. We moeten het probleem vlugger herkennen, dus mensen alerter maken voor problemen. We moeten de taboes rond geestelijke gezondheidszorg doorbreken. We kunnen dit doen met simpele affiches in de tram of metro. Of via de media. En we moeten de mentaliteit veranderen: het is niet nodig om door te blijven gaan tot je helemaal onderuit gaat. Je mag voordien al aangeven dat het niet gaat. Op school kunnen we dit al meegeven. We moeten de bestaande mechanismes waardoor we geen hulp durven vragen, uitschakelen.

En welke rol spelen de verzekeringsinstellingen hierin?

Koen Lowet:

Een psycholoog is geen huisarts, dus we kunnen geen controlepsycholoog verbinden aan een verzekeringsinstelling. Maar aan de andere kant is de eigenheid van de psycholoog zijn relatie met de patiënt. En het risico dat daaraan verbonden is, is dat hij op een bepaald moment vooral naar die relatie kijkt en misschien uit het oog verliest wat de patiënt nog nodig heeft. Daarom kan een 'externe' psycholoog wel helpen inschatten of alles goed gaat.

