

MODEL FOR THE ORGANISATION AND REIMBURSEMENT OF PSYCHOLOGICAL AND ORTHOPEDAGOGICAL CARE IN BELGIUM SUPPLEMENT



MODEL FOR THE ORGANISATION AND REIMBURSEMENT OF PSYCHOLOGICAL AND ORTHOPEDEGOGICAL CARE IN BELGIUM SUPPLEMENT

LAURENCE KOHN, CAROLINE OBYN, JEF ADRIAENSSENS, WENDY CHRISTIAENS, XAVIER VAN CAUTER, MARIJKE EYSSEN



COLOPHON

Title:	Model for the organisation and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium – Supplement
Authors:	Laurence Kohn (KCE), Caroline Obyn (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Xavier Van Cauter (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Marijke Eyssen (KCE)
Project coordinator:	Marijke Eyssen (KCE)
Reviewers:	Raf Mertens (KCE), Maria- Isabel Farfan-Portet (KCE), Stephan Devriese (KCE), Gudrun Briat (KCE)
External Experts:	Claus Haugaard Jacobsen (Psykologklinikken i Vejgaard, Denmark), Anne Dezetter (Université de Sherbrooke, Canada), Glenys Parry (University of Sheffield, United Kingdom), Peter Schulthess (Institute for Integrative Gestalt Therapy Switzerland), Petra Warschburger (Universität Potsdam, Germany), Liselotte Visser (Zorginstituut Nederland)
Stakeholders:	Hervé Andrien (Psytoyens), Areski Boumendil (Domus Medica), Anita Cautauers (SOM Federatie van Sociale Ondernemingen), An Chantrain (Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen), Sofie Crommen (Vlaamse Vereniging voor Kinder-en Jeugdpsychiatrie), Jan De Clercq (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg), Jan De Lepeleire (Katholieke Universiteit Leuven), Jacques De Waegenaere (Ligue Wallonne de Santé Mentale), Tom Declercq (Domus Medica), Muriel Deguerry (Commission Communautaire Commune – Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie), Luc Dekeyser (Vlaamse Gemeenschapscommissie), Matthias Dekeyser (Belgische Vereniging voor Relatie-, Gezins- en Systeemtherapie), Gaston Demaret (Association Francophone de Psychothérapie Centrée sur la personne ou expérientielle), Koen Deraedt (RIZIV — INAMI), François Dupont (Fédération des Institutions Hospitalières), Valérie Fabri (Mutualités socialistes – Socialistische mutualiteit), Daisy Flossy (Vlaamse Gemeenschapscommissie), Olivier Fourez (INAMI — RIZIV), Isabelle Fransolet (Association Belge des Psychologues – Belgische Federatie van Psychologen), Valérie Gailly (Service Public de Wallonie), Sylvie Gérard (Conseil Supérieur de la Santé - Hoge Gezondheidsraad), Marie-Claire Haelewyck (Association en Orthopédagogie), Steven Hermans (Christelijke Mutualiteit – Mutualité Chrétienne), Stéphan Hoyoux (Santhea), Gorik Kaesemans (Zorgnet Vlaanderen-Icuro), Paul Kestemont (Association Belge de Psychothérapie – Belgische Vereniging voor Psychotherapie), Charles Kornreich (Société Royale de Médecine Mentale de Belgique), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique - FOD Volksgezondheid), Gilbert Lemmens (Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie - Association des Psychologues Praticiens Psychanalytiques), Thierry Lottin (Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones)), Koen Lowet (Belgische Federatie van Psychologen - Association Belge des Psychologues), Xavier Maes (Vlaamse Koepel van Psychotherapie Verenigingen), Ghislain Magerotte (Université de Mons), Olivier Mariage (Fédération des Associations Sociales et de Santé), Danielle Massant (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Laurent Mont (Service Public de Wallonie), Ilse Noens (Katholieke Universiteit Leuven, Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen), Tineke Oosterlinck (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Muriel Quinet (SPF Santé Publique - FOD Volksgezondheid), Ellen Renders



(Test-Aankoop), Christiaan Schotte (Vrije Universiteit Brussel), Anja Schillebeeks (Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte en Experiëntiële Psychotherapie en Counseling), Roland Sinnaeve (Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen), Rik Thys (Socialistische Mutualiteit - Mutualités Socialistes), Xavier Van Cauter (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Lieve Van Den Bossche (SOM Federatie van Sociale Ondernemingen), Maarten Van Den Bossche (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie), Nady Van Broeck (Katholieke Universiteit Leuven), Greet Van Humbeeck (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid), Benoît Van Tichelen (Centre de Référence en Santé Mentale), Peter Vanden Bilcke (Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie), Jan Vandenbergen (Christelijke Mutualiteit - Mutualité Chrétienne), Ronny Vandermeeren (Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie), Patrick Vanneste (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Vanessa Vanrillaer (Mutualités Libres - Onafhankelijke Ziekenfondsen), Philippe Vrancken (Belgische Vereniging voor Psychotherapie – Association Belge de Psychothérapie), Carmen Weber (Psytoyens), Michel Ylief (Association pour l'étude, la modification et la thérapie du comportement)

External Validators:

Piet Bracke (Universiteit Gent), Xavier Briffault (Centre National de la Recherche Scientifique, France), François Wyngaerden (Université Catholique de Louvain)

Acknowledgements:

Maria- Isabel Farfan-Portet (KCE), Sophie Gerkens (KCE), Kirsten Holdt (KCE), Yasmin Labeni Pedersen (Dansk Psycholog Forening)

The Mutualité Chrétienne — Christelijke Mutualiteit for their data

Other reported interests:

All of the experts, consulted for this report, were selected because of their involvement in the domain of Mental Health Care. This might imply that each of them, to a certain extent, has a conflict of interest.

Layout :

Sophie Vaes, Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **The stakeholders were consulted about a (preliminary) version of the scientific report. Their comments were discussed during meetings. They did not co-author the scientific report and did not necessarily agree with its content.**
- **Subsequently, a (final) version was submitted to the validators. The validation of the report results from a consensus or a voting process between the validators. The validators did not co-author the scientific report and did not necessarily all three agree with its content.**
- **Finally, this report has been approved by a majority of votes by the Executive Board.**
- **Only the KCE is responsible for errors or omissions that could persist. The policy recommendations are also under the full responsibility of the KCE**



Publication date 14 april 2016
Domain: Health Services Research (HSR)
MeSH : Psychology, Clinical; Psychology, Educational; Organization and Administration; Delivery of Health Care; Healthcare Financing; Belgium
NLM Classification : WM105
Language : English
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Legal depot : D/2016/10.273/35
ISSN: 2466-6459
Copyright : KCE reports are published under a “by/nc/nd” Creative Commons Licence
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-reports>.



How to refer to this document ?

Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens, W, Van Cauter X, Eysen M. Model for the organisation and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium – Supplement. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 265S. D/2016/10.273/35.

This document is available on the website of the Belgian Health Care Knowledge Centre



■ APPENDIX REPORT

TABLE OF CONTENTS

1.	DESCRIPTION OF THE SITUATION IN NHS ENGLAND	8
1.1.	MENTAL HEALTH CARE PROFESSIONS AND THEIR ROLES	8
1.1.1.	Overview of professions and functions	8
1.1.2.	Regulation	8
1.1.3.	Primary care graduate mental health worker (PCGMHW).....	9
1.1.4.	Psychologists, clinical psychologists and assistant clinical psychologists.....	9
1.1.5.	Psychotherapist.....	10
1.1.6.	Counsellors	10
1.1.7.	High intensity IAPT therapists.....	10
1.1.8.	Psychological wellbeing practitioner	11
1.2.	ORGANIZATION AND REFERRAL SCHEME.....	11
1.2.1.	Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme.....	13
1.2.2.	Self-referral and referral by GP.....	14
1.2.3.	Private therapy and charities	14
1.3.	ELIGIBLE INDICATIONS	14
1.4.	OFFERED TREATMENTS	14
1.5.	PAYMENT MECHANISMS.....	17
1.5.1.	Payment of the GP practices	17
1.5.2.	Payment of secondary care: mental health and community services.....	17
1.5.3.	Payment of the IAPT programme	19
1.5.4.	Out-of-pocket payments.....	19
1.6.	QUALITY MANAGEMENT	19
2.	DESCRIPTION OF THE SITUATION IN THE NETHERLANDS	20
2.1.	MENTAL HEALTH CARE PROFESSIONS AND THEIR ROLES.....	20
2.1.1.	GP's mental health care practice assistant.....	21
2.1.2.	Health care psychologist, clinical psychologist and clinical neuropsychologist.....	21
2.1.3.	Psychotherapist.....	21



2.1.4.	Mental health nurse specialists	22
2.1.5.	Orthopedagogists	22
2.2.	ORGANIZATION AND REFERRAL SCHEME	22
2.2.1.	Primary care: GP practice	23
2.2.2.	Primary mental health care: “generalistische basis”	24
2.2.3.	Secondary and tertiary mental health care: “gespecialiseerde GGZ”	24
2.2.4.	Responsible treatment professional (“hoofdbehandelaar”).....	25
2.3.	REIMBURSED INDICATIONS	25
2.4.	REIMBURSED TREATMENTS	25
2.5.	PAYMENT MECHANISMS.....	27
2.5.1.	Payment of the GPs mental health practice assistant	27
2.5.2.	Payment of the primary mental health care (“generalistische basis GGZ”).....	27
2.5.3.	Payments in the secondary and tertiary mental health care.....	28
2.5.4.	Out-of-pocket payments.....	29
2.6.	QUALITY MEASUREMENT	29
3.	DESCRIPTION OF THE GERMAN SITUATION	31
3.1.	MENTAL HEALTHCARE PROFESSIONS AND THEIR ROLES.....	31
3.1.1.	Physician psychotherapists (Ärztliche Psychotherapeuten)	31
3.1.2.	Psychological psychotherapists and child and youth psychotherapists	32
3.2.	ORGANIZATION AND REFERRAL SCHEME.....	33
3.3.	REIMBURSED INDICATIONS	34
3.4.	REIMBURSED TREATMENTS	34
3.5.	PAYMENT MECHANISMS.....	35
3.5.1.	Out-of-pocket payments.....	36
3.6.	QUALITY MEASUREMENT	36
3.7.	MENTAL HEALTH CARE PROFESSIONS AND THEIR ROLES.....	37
3.7.1.	Physicians specialised in psychiatry and psychotherapy	37
3.7.2.	Psychologists	37
3.7.3.	Independent psychotherapist and delegated psychotherapists.....	37



- 3.7.4. Work setting 38
- 3.7.5. Organization and referral scheme..... 38
- 3.7.6. Reimbursed indications..... 38
- 3.7.7. Reimbursed treatments..... 38
- 3.7.8. Payment mechanisms..... 44
- 3.7.9. Quality management..... 45
- 3.8. ADDITIONAL INFORMATION..... 45
 - 3.8.1. Number of practitioner of psychotherapy 45
 - 3.8.2. Number of professionals 46
 - 3.8.3. Number of session and duration 47
 - 3.8.4. Waiting lists 47
 - 3.8.5. Categories of tariffs 49
 - 3.8.6. Prevalence of reimbursed psychotherapy..... 49
- 4. DESCRIPTION OF THE DANISH SITUATION^{70, 75-77} 51**
 - 4.1. MENTAL HEALTH CARE PROFESSIONS AND THEIR ROLES..... 51
 - 4.1.1. Psychiatrist..... 51
 - 4.1.2. General Practitioners 51
 - 4.1.3. Psychologist 51
 - 4.1.4. Orthopedagogist..... 53
 - 4.2. WORK SETTING 53
 - 4.2.1. Psychiatrists 53
 - 4.2.2. Psychologists 53
 - 4.2.3. Psychotherapists 53
 - 4.3. ORGANIZATION AND REFERRAL SCHEME..... 53
 - 4.4. REIMBURSED INDICATIONS 54
 - 4.4.1. Psychiatrists 54
 - 4.4.2. Psychologists 54
 - 4.5. REIMBURSED TREATMENTS 55
 - 4.6. PAYMENT MECHANISMS..... 55



4.7.	QUALITY MANAGEMENT	56
4.7.1.	Psychologists	56
4.7.2.	Psychotherapists	56
	ONLINE SURVEY TO TEST TENTATIVE PRELIMINARY MODEL	57
4.8.	QUESTIONNAIRE	57
4.9.	RESULTS OF THE SURVEY	73

LIST OF FIGURES

Figure 1 – Stepped-care model developed by NICE	12
Figure 2 – Number of attended appointments per treatment type in the year 2012/13 in the IAPT programme.....	15
Figure 3 – Organization of the new model of care and care pathway in the Netherlands.....	23
Figure 4 – Dutch referral scheme	24
Figure 5: Education in psychology in Denmark	52
Figure 6 — Number of patients treated under the reimbursed psychology agreement from 2003 to 2012	54

LIST OF TABLES

Table 1 – The mental health care clusters for payment of secondary mental health care in the NHS England.....	18
Table 2 – Positive list of interventions that meet the state of science and practice	26
Table 3 – Negative list of interventions not eligible for reimbursement	26
Table 4 – Discipline mix per product used for tariff modelling	28
Table 5 – Minutes per treatment used for tariff modelling	28
Table 6 – Maximum number of hours psychotherapy covered by SHI, allowed group size and treatment frequency	35
Table 7 – TARMED tariffs conditions.....	39
Table 8 – Tariffs structure and value of the benefits	40
Table 9 – Expense increase per region (anxiety and depression together)	55



LIST OF ABBREVIATIONS

ABBREVIATION	DEFINITION
APA	American Psychological Association
APSIH	Association des Psychologues de la santé et d'Institutions Hospitalières
B	Belgium
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (=SSM)
CH	Switzerland
CHC	Community Health Centers (= FMM/WGC)
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding (=PMS)
CM	Christelijke Mutualiteit (=MC)
CPAS	Centre Public d'Action Sociale (=OCMW)
CSS	Conseil Supérieur de la Santé (=HGR)
DE	Deutschland
DK	Denmark
DMG	Dossier Médical Global (=GMD)
ECTS	European Credits Transfer System
EFPA	European Federation of Psychologists' Associations
ELPF	Eerste Lijn Psychologie Functie (=FLPF)
EuroPSy	European certificate in Psychology
FBP-BFP	Fédération Belge des Psychologues – Belgische Federatie van Psychologen



FEPRFAFO	Fédération des pratiques médicales de première ligne au forfait / Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering
FLPF	First Line Psychologie Function (=ELPF)
FMM	Fédération des Maisons Médicales (=VWGC)
FOD	Federale Overheidsdienst
GMD	Globaal Medische Dossier (=DMG)
GP	General Practitioners
HGR	Hoge Gezondheidsraad (=CSS)
IATP	Improving Access to Psychological Therapies
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (=RIZIV)
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé / Federaal Kenniscentrum
MC	Mutualité Chrétienne (=CM)
NCSP	National Council of Schools and Programs of Professional Psychology
NHS	National Health System
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NL	The Netherlands
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (=CPAS)
OOP	Out-Of-Pocket
PMS	(Centre) Psycho-Médico-Social
QALY	Quality-Adjusted Life Year
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (= INAMI)
SHC	Superior Health Council
SHI	Statutory Health Insurance
SPF	Service Public Fédéral



SSM	Service de Santé Mentale (=CGG)
TARMED	Tarif médical
UK	United Kingdom
VWGC	Vereniging van Wijkgezondheidscentra (=FMM)
VPP	Vlaams Patiëntenplatform
WGC	Wijkgezondheidscentrum
WHO	World Health Organization



1. DESCRIPTION OF THE SITUATION IN NHS ENGLAND

1.1. Mental health care professions and their roles

1.1.1. Overview of professions and functions

The NHS employs a range of staff who provide psychological therapies. These include:

- Primary care graduate mental health workers, who work in primary care settings, such as GP surgeries and clinics, and help to improve the management of common mental health problems
- Clinical Psychologists, who apply psychological principles in a range of mental health settings, designing programmes, supervising staff, assessing and treating more complex disorders. By far the biggest staff group in therapy for mental health problems is clinical, more than all the other put together.
- Other accredited practitioner psychologists, including counselling, forensic and health psychologists
- Assistant psychologists, psychology graduates who provide clinical support services under the direction and supervision of any of the types of qualified psychologists. They have a psychology degree and are often wanting to train as a professional psychologist.
- Psychotherapists, who help people to overcome stress, emotional problems, relationship problems or troublesome habits.
- Counsellors, who provide counselling in many diverse areas, for example those related to oncology, genetics, sickle cell anaemia or unplanned pregnancies. Primary care counsellors provide care to persons with mild to moderate depression and mixed anxiety and depression.¹

As part of the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme, two new functions, for high and low intensity CBT interventions for people with mild, moderate to severe depression and anxiety disorders, have been developed:

- High intensity therapists, who work with clients who have a range of problems related to anxiety disorders and major depression.
- Psychological wellbeing practitioners (PWP), who provide high volume, low intensity interventions for clients with mild to moderate depression.¹
- IAPT has trained more than 3 600 high and low intensity CBT workers in its first three years (2008-2011) and expects to train a further 2 400 by 2015.²

GPs in the NHS do not usually provide psychological therapies, only a small minority with training and time. Many, although not all, psychiatrists provide psychological therapies.

1.1.2. Regulation

- Both psychotherapy and psychological interventions are not yet subject to statutory regulation, despite widely publicised discussions between professional bodies and the previous government. Nevertheless, many therapists are subject to regulation since they are members of health care professions regulated by the
- General Medical Council (GMC),
- the Nursing and Midwifery Council (NMC) or
- the Health and Care Professions Council.

Hence medical practitioners, nurses, psychologists, social workers and other registered practitioners who practice psychotherapy are subject to statutory regulation, whereas many other psychotherapists and counsellors who are not members of these professions are not. Still, there are many professional bodies associated with these practitioners who offer voluntary registers which many therapists join and hence are subject to registration and accreditation. The main accredited practitioner registers are those kept by the British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP) and the United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP), whose registers are recognised by the Professional Standards Authority (www.professionalstandards.org.uk/accredited-registers/the-accredited-registers-directory?filter=mental-health-and-wellbeing), and the British Association for Behavioural and Cognitive Therapy.



For each of the IAPT training programmes, a framework of accreditation procedures has been established in collaboration with the professional bodies concerned. The accreditation requirements cover three areas:

- Education and training programmes provided by Higher Education Institutions,
- Qualifications and professional experience of individual practitioners, and
- Qualifications and professional experience of therapy supervisors.

(<http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-accreditation-advice.pdf>)

Furthermore, a series of standards and suggested metrics have been developed to support effective commissioning and delivery of IAPT services, and as a basis for service specifications, care pathway design or service audits for improving the quality of IAPT services.

(<http://www.iapt.nhs.uk/commissioning/>)

In the following paragraphs, the roles, education and work setting will be further described for each of these functions.

1.1.3. *Primary care graduate mental health worker (PCGMHW)*

Roles

Exact job roles for PCGMHWs vary between different NHS employers, however, typically they include:

- Face to face client work - supporting the delivery of brief interventions and self help for people with common mental disorders of all ages.
- Promoting positive mental health and the importance of addressing mental health issues.
- Improving the information available about mental health.
- Strengthening the knowledge held within a GP practice about the network of community resources available for people with mental health problems.
- Wider community networking and liaison.³

Education

PCGMHWs are different from primary care mental health workers. Primary care mental health workers are professionally qualified workers - such as nurses, social workers or psychologists - who work mainly in the Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and who have undertaken specific educational programmes.

Roles for PCGMHWs are typically open either to new graduates (usually in a relevant subject - psychology may be required) or applicants who have graduated previously and have relevant work experience.³

Work setting

PCGMHWs work in primary care settings, such as GP surgeries and clinics.³

1.1.4. *Psychologists, clinical psychologists and assistant clinical psychologists*

Roles

The majority of psychology graduates entering the NHS are involved in clinical psychology, with smaller numbers entering one of the three other health care psychology specialisms, forensic, health and counselling psychology.⁴ These professionally accredited psychologists undertake assessments, treatments, treatment programme planning and staff supervision as well as organizational interventions. Assistant psychologists work in a multidisciplinary team and provide a clinical support service under the direction and supervision of a qualified psychologist (who retains clinical responsibility for any clinical work carried out).⁵

Education

Clinical psychologists have a good honours degree in psychology and have completed three years of postgraduate study in clinical psychology, leading to a clinical doctorate (DClinPsych). Other professionally accredited psychologists have an equivalent level of training. Assistant psychologists usually need a degree in psychology. Experience in the post of assistant can lead onto clinical psychology training.^{4,5}



Work setting

Clinical psychologists and assistant psychologists work largely in health and social care settings, including:

- hospitals
- health centres
- community mental health teams
- child and adolescent mental health services
- social services
- independent (private) sector outside NHS
- third sector.

1.1.5. Psychotherapist

A psychotherapist may be a psychiatrist, social worker, psychologist, mental health nurse or other mental health professional who has had further specialist training in psychotherapy. There are a number of psychotherapists who do not have backgrounds in these fields but who have undertaken in-depth training in this area. The NHS employs psychotherapists in adult and child areas.⁶

1.1.6. Counsellors

Roles and work setting

Examples of counselling roles, include:

- oncology counsellors, who provide help, care and support to persons with cancer and their families
- primary care counsellors, who provide counselling to clients with mild to moderate mental health problems
- care coordinators/counsellors, who work with individuals who have drug-related problems
- genetic counsellors, who help individuals understand and deal with genetic disorders

- specialist nurse counsellors for sickle cell and thalassaemia, who provide counselling and support for people with sickle cell and thalassaemia
- counsellors unplanned pregnancies, who provide counselling and support for persons presenting with this condition.⁷

Education

For many of the counsellor roles, a recognised counselling qualification is required. Some roles may also require BACP registration or a clinical/professional qualification, such as being a registered nurse, occupational therapist, social worker or other health care professional.⁷

1.1.7. High intensity IAPT therapists

Roles

High intensity therapists are part of the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) service and provide high intensity interventions – with a focus on cognitive behavioural therapy (CBT). They work with clients who have a range of complex problems related to anxiety and depression. High intensity therapists work closely with other health care professionals, such as psychological wellbeing practitioners, who deliver low intensity interventions, employment advisors and other therapists and support staff, if available in the service, to ensure appropriate arrangements are made within a stepped care approach (see further). They also offer specialist advice and consultation to other professionals, individuals, and groups across mental health trusts, primary care trusts and other voluntary agencies on the practice and delivery of specific therapeutic models and service provision.

Education

High intensity therapists usually have a registered qualification in one of the following areas: nursing, clinical psychology, social work, occupational therapy or within a psychological therapy. It is also possible for an individual without a core profession, such as a graduate primary care mental health care worker, to access training. Although it was intended they could, actually very few clinical psychologists have trained as IAPT therapists.



In order to become high intensity therapists, training on a specifically commissioned High Intensity CBT course is required. The course consists of two days a week at university and three days supervised practice in the clinical setting over a 12 month period, leading to a post graduate diploma.

Work setting

High intensity therapists are employed within IAPT services across the country, which may be within

- primary care trusts,
- specialist mental health trusts,
- the third sector and
- the independent sector.

1.1.8. Psychological wellbeing practitioner

Roles

Psychological wellbeing practitioners (PWPs) also work within the IAPT service. They provide high volume, low intensity interventions for clients with mild to moderate depression, based on a cognitive behavioural model.

They undertake person-centred interviews, identify areas where the person wishes to see change, make an assessment of risk to self and others, provide assisted self-help, liaise with other agencies and provide information about services. This work may be face-to-face, telephone or via other media. PWPs work under supervision and refer on those people, who require it, for High Intensity Therapy.⁸

Education

Access to training for PWPs is open for graduates and those who can demonstrate that they can perform academically, at a graduate level. These trainees will then be trained to a post graduate certificate level. Training is also open to people from local communities, with a wide range of life experience. These trainees will be trained to a graduate level, having the same competences, but with a different academic qualification. Experience of working with people with mental health problems is essential. Training to PWPs consists of one day per week academic work and four days supervised practice.⁸

Work setting

PWPs work within IAPT services across the country, which may be within

- primary care trusts,
- specialist mental health trusts,
- the third sector and
- the independent sector.⁸

1.2. Organization and referral scheme

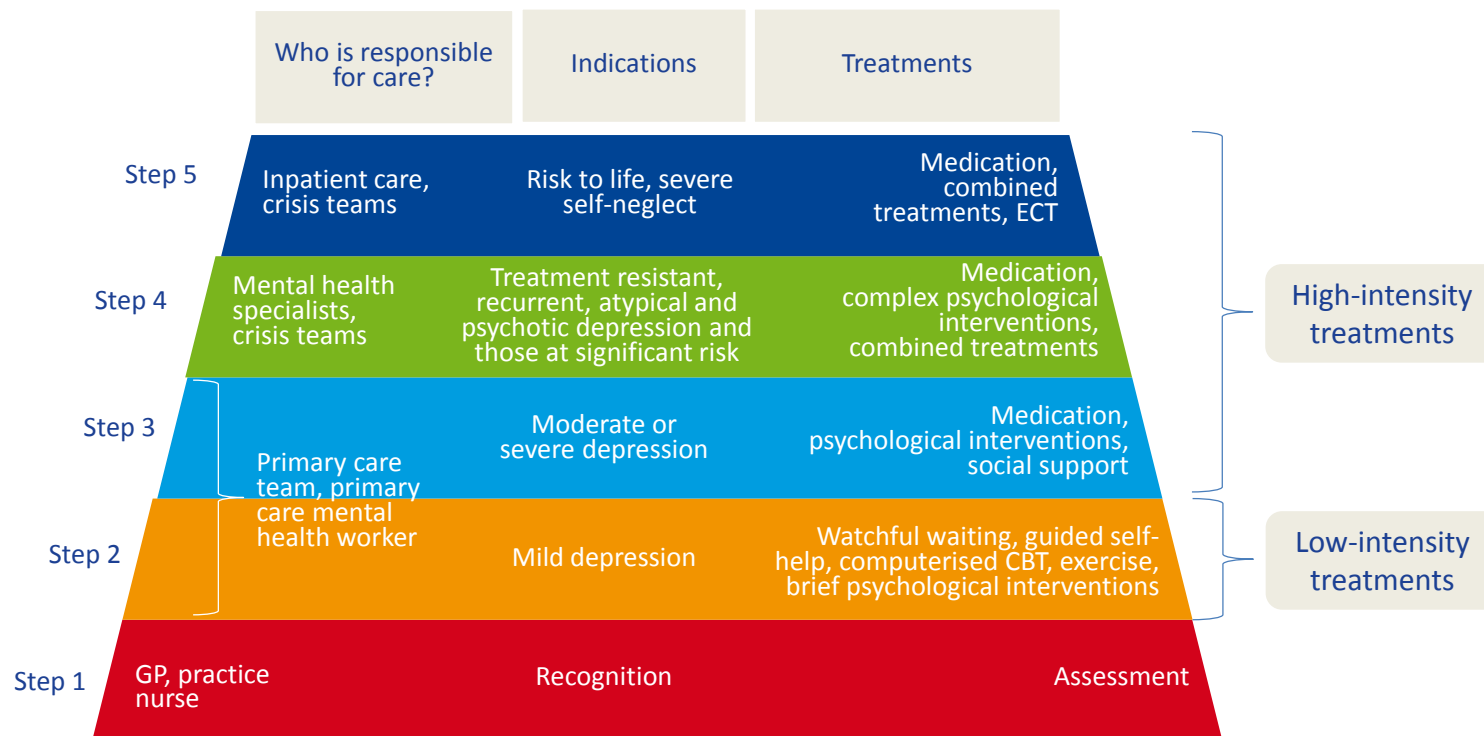
The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recommends NHS services to take a stepped-care approach in the provision of services for people with common mental health disorders, although the reality of referral flow is more complex, (see e.g. Tosh et al. 2013⁹). In stepped care the least intensive intervention appropriate for a person is typically provided first, and people can step up or down the pathway according to changing needs and in response to treatment.¹⁰

Figure 1 illustrates the stepped-care model developed by NICE for common mental health disorders. Each step up represents increased complexity of intervention. Higher steps assume interventions in previous steps, however, exceptions to this rule are possible. In moderate to severe depression and in some other anxiety disorders, such as post-traumatic stress disorder, low-intensity interventions are not recommended and instead it is suggested that persons should at once be offered 'high-intensity' face-to-face psychological therapy.¹¹

- Step 1 to 3 represent the recognition and treatment of mild, moderate and severe depression by the GP, primary care team or primary mental health care worker.
- Step 4, which focuses on treatment resistant, recurrent, atypical and psychotic depression and those at significant risk, is provided by mental health care specialists and crisis teams.
- Step 5, the highest step, represents inpatient care and crisis team interventions for people at risk of suicide and severe self-neglect.



Figure 1 – Stepped-care model developed by NICE



Source: based on Derbyshire Healthcare NHS Foundation Trust, 2015^{12, 13}



1.2.1. *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme*

The IAPT programme aims to greatly increase the availability of NICE recommended psychological treatment for depression and anxiety disorders within the National Health Service in England. Following the success of two pilot sites, the UK government rolled out the IAPT programme in 2008 for an initial three-year period until 2011. The IAPT programme is a large-scale initiative: total funding over the first three years was announced £ 309 million. In 2011 the government announced a further investment of £ 400 million to complete and extend the programme over the period 2011 – 2015.

The funding was allocated to train new psychological therapists (60% high intensity CBT therapists, 40% PWP) and to deploy them mostly within GP surgeries, where they work along with existing experienced clinicians, to provide new psychological treatment services for depression and anxiety disorders along the stepped care principles. Training of the new workforce has been closely aligned to the skills and competencies required for the specific treatments recommended by NICE.¹¹ The training initially particularly focused on CBT, as this was where the manpower shortage was considered greatest. As the programme matures, training in other NICE recommended treatments for depression is also being made available.¹¹

The programme was first targeted at people of working age but from 2011/12, the programme's focus has broadened, to include adults from all ages and children and young people.¹⁴ IAPT also extended its scope and added new service development work streams for people with long-term conditions, medically unexplained symptoms and severe mental illness.¹⁵

The key principles of the general framework for IAPT services include:

- Access to the service through self-referral as well as referral by general practitioner.
- Stepped care and all treatments offered should be in line with NICE recommendations.
- Access to an employment adviser if employment is an issue (lack of, or danger of losing). Services are encouraged to involve employment advisers in treatment plans from the very beginning as making progress with employment issues is expected to facilitate psychological recovery and vice versa.

- Use of the IAPT minimum dataset. This includes giving the PHQ-9 and GAD-7 every session along with some other patient self-report measures that focus on specific anxiety disorders, when these are relevant. All data is entered into an electronic database that enables therapists and their supervisors to monitor the person's progress and adjust treatment plans, if required. Because of the importance of obtaining outcome data on almost all persons who receive treatment, the services are asked to ensure that at least 90% of persons who are seen at least twice in a service have a pre-treatment and post-treatment (or last available session) score on the main outcome measures. For persons who exceed the clinical cut-off for depression and/or anxiety at pre-treatment, 'recovery' is operationalised as moving to below the clinical cut-off for both depression and anxiety at post-treatment.
- All therapists should receive weekly outcome-informed supervision which ensures that all cases are discussed at regular intervals and decisions about step-up/step-down are made in a timely way.
- Although key principles have been specified, considerable scope for local determination is left to the local services.¹¹

The IAPT programme has been hailed a success for several accomplishments:

- Large numbers of people who would not previously have had the option of a psychological treatment have accessed the services.
- Average recovery rates are approaching, but are not yet at, those expected from the randomized controlled trials that generated the NICE recommendations, and are at least comparable to those of primary care counsellors.¹⁶
- As expected, gains in terms of employment and reductions in state benefits have also been observed. Lessons from the early phases of the programme suggest ways in which less well performing services may evolve to achieve the outcomes shown by the best services (which are in line with, or exceed expectation).
- A session-by-session outcome monitoring system has ensured unprecedentedly high levels of pre- to post-treatment data completeness for key outcome measures. In the meantime, the extremely high levels of data completeness achieved by IAPT has



brought greater transparency to mental health care services and helped clinicians and commissioners to identify both areas of excellence and areas that require further attention as the NHS strives to further improve the care it offers people with depression and anxiety disorders.¹¹

- As IAPT moved into its second phase also new challenges emerged. The success of the initial phase of the programme dramatically increased referrals to such an extent that significant waiting lists built up in a number of areas due to the limited number of service providers.¹⁵ Recent evidence suggests that the numbers of patients who fail to engage with the programme or who drop out of treatment are of concern, and that the NICE-recommended treatment lengths are not being achieved.¹⁷

1.2.2. *Self-referral and referral by GP*

Traditionally, most persons who received psychological therapy in the NHS had to be referred by their GP, partly to help manage NHS costs. However, there was a concern that the need for referral impeded access to some members of the community. Therefore, the pilot sites for the IAPT programme also accepted self-referrals as an experiment to test whether the possibility of self-referral increased access to people with mental health problems who would not otherwise have access to services. Comparisons of self-referred and GP-referred persons in one of the pilots indicated that the self-referrers had similarly high scores on the diagnostic questionnaires (PHQ-9 and GAD-7) as the GP-referred, but tended (non-significantly) to have had their problem since longer. Furthermore, self-referrers appeared to more accurately track the ethnic mix of the community (minorities were underrepresented among GP referrals) and had higher rates of posttraumatic stress disorder (PTSD) and social phobia, two conditions that traditionally tend to be under recognized. These findings led the government to include self-referral in the roll-out of the IAPT programme.¹¹

Following this programme, more and more primary care trusts (PCTs) are introducing the option of self-referral. Nevertheless, persons are given the advice to, where possible, and unless they have a specific reason not to, to discuss it with their GP first.¹⁸

1.2.3. *Private therapy and charities*

If people can afford it, or if they have private health insurance, they can choose to pay for their therapy privately outside the NHS. Some charities offer cheap or free talking therapies.¹⁸ In recent years, NHS commissioners have also been enabled to purchase services from private and third sector organizations who meet criteria for a qualified provider, so that some NHS patients may receive services via a commercial or not-for-profit organization.

1.3. Eligible indications

There is no restrictive list of indications or threshold levels for conditions required to be eligible to treatment. NICE developed guidelines for the indications of common mental health disorders (depression, generalised anxiety disorder, panic disorder (with or without agoraphobia), obsessive-compulsive disorder (OCD), post-traumatic stress disorder (PTSD) and social anxiety disorder), alcohol-use disorders, depression in adults with a chronic physical health problem and ante and postnatal mental health.¹⁹

Diagnosis

NICE recommends that when assessing a person with suspected common mental health disorder, clinicians should consider using a diagnostic or problem identification tool, for example, the Improving Access to Psychological Therapies screening prompts tool; or a validated measure relevant to the disorder or problem being assessed, e.g. PHQ-9, the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) or GAD-7 both to assess the person and support the evaluation of an intervention.²⁰

1.4. Offered treatments

NICE guidelines and IAPT mainly focus on CBT

NICE guidelines for treatment of depression and anxiety initially recommended cognitive behavioural therapy, which had the strongest evidence base. More recently, however, NICE guidelines have included other types of talking therapy for the treatment of a number of conditions as evidence for their value becomes available. Consequently, whereas initially in most IAPT services only CBT was available, many IAPT services are currently offering a slightly wider choice of therapy.²¹

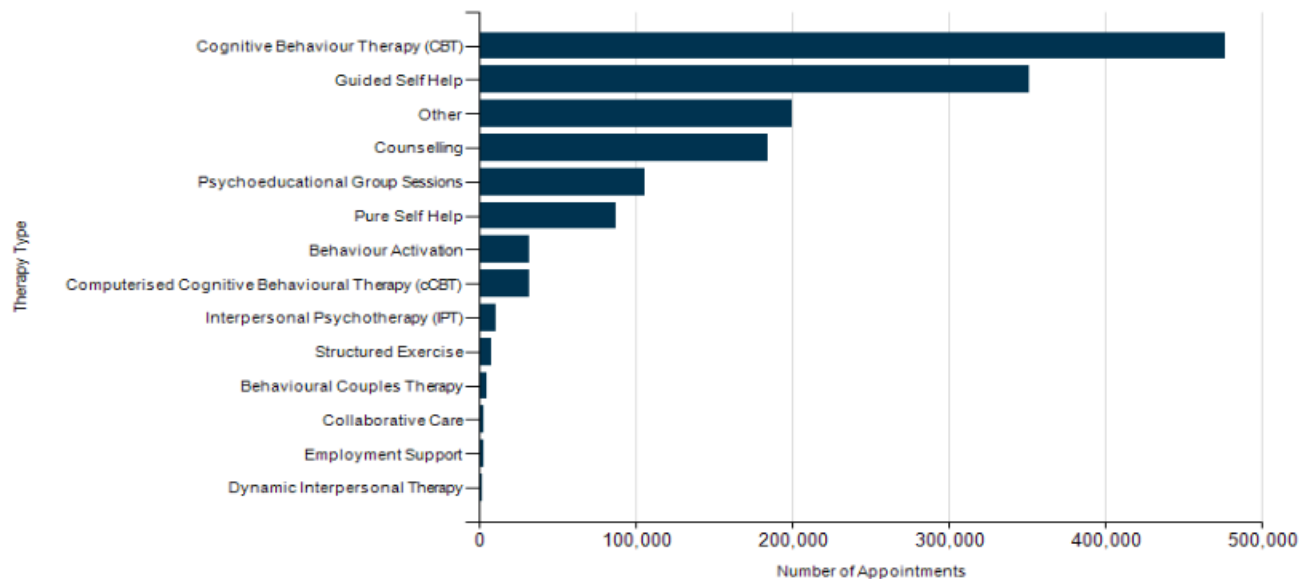


- Figure 2 shows an overview of treatment types in 2012/13. Besides CBT and low-intensity interventions (see below), the following talking therapies are amongst the most frequently provided²²:
- Counselling
- Behaviour Activation (which can also be considered as a type of CBT)
- Interpersonal Psychotherapy

- Behavioral Couples Therapy
- Dynamic Interpersonal therapy.

Whereas the main focus of NICE and IAPT for depression and anxiety is on CBT, there are a range of other therapies offered in the wider psychological services, for complex combinations of other conditions where no NICE recommendation exists, often at higher levels of stepped care, or where people have failed to respond to a NICE recommended treatment..²¹

Figure 2 – Number of attended appointments per treatment type in the year 2012/13 in the IAPT programme



Source: Health and Social Care Information Centre, 2014²²

Low-intensity interventions

Figure 2 shows that significant numbers of low intensity interventions are offered as an alternative to the classical 1-to-1 CBT talking sessions. Low intensity interventions reduce the amount of time the practitioner is in contact with the treated person. They include guided and unguided self-help

programmes, supported in book or workbook format or delivered on the computer, or high-volume approaches such as group sessions.²³

- The NICE 2011 guidelines on common mental health care disorders¹⁹ recommends to offer one or more of the following low-intensity psychosocial interventions to people in step 2 intervention (for depression this means persistent subthreshold depressive symptoms



or mild to moderate depression). The selection of interventions should be guided by the person's preference:

- Depression: Individual facilitated self-help, computerised CBT, structured physical activity, group-based peer support (self-help) programmes, non-directive counselling delivered at home, antidepressants, self-help groups.
- Generalised Anxiety Disorder and panic disorder: Individual non-facilitated and facilitated self-help, psychoeducational groups, self-help groups
- Obsessive-compulsive disorder: Individual or group CBT (including ERP), self-help groups.
- Post-traumatic stress disorder: Trauma-focused CBT or EMDR.
- All disorders: Support groups, educational and employment support services; referral for further assessment and interventions.
- In step 3 intervention, mainly for persons who did not respond to low-intensity interventions of step 2, NICE recommends the following high intensity therapies:
 - Depression: CBT, IPT, behavioural activation, behavioural couples therapy, counselling*, short-term psychodynamic psychotherapy*, antidepressants, combined interventions, collaborative care**, self-help groups.
 - Generalised anxiety disorder: CBT, applied relaxation, drug treatment, combined interventions, self-help groups.
 - Panic disorder: CBT, antidepressants, self-help groups.
 - Obsessive-compulsive disorder: CBT (including exposure Response Prevention Therapy (ERP)), antidepressants, combined interventions and case management, self-help groups.
 - Post-traumatic stress disorder: Trauma-focused CBT, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), drug treatment.
 - All disorders: Support groups, befriending, rehabilitation programmes, educational and employment support services; referral for further assessment and interventions.

Range of other therapies offered for complex conditions

IAPT was developed to improve access to psychological therapies for a range of common mental health problems and has succeeded in extended coverage to a wide range of people who were unable to obtain any psychological treatment. However, it was not intended to replace existing services for more complex problems seen in secondary care. A lot of mental health conditions are missing from the guidelines and many people do not benefit from IAPT and are stepped up. Therapies provided may not be recommended but are not contra-indicated and NICE guidance accepts the role of clinical judgement and independence. For these patients, the NHS delivers a broad range of talking therapies, many of which are provided on the basis of NICE guidance (e.g. dialectical behaviour therapy or cognitive analytic therapy for personality disorders) and others not recommended by NICE, such as art therapy, psychoanalytic psychotherapy, music therapy, drama therapy etc.²¹

Frequency and duration of interventions

NICE also provides guidance in terms of frequency and duration of interventions.¹⁹

For the low-intensity interventions, the following guidance is given:

- individually guided self-help based on the principles of CBT should consist of up to six to eight sessions (face-to-face and via telephone) normally taking place over 9 to 12 weeks, including follow-up.
- computerised cognitive behavioural therapy (CCBT) should take place over 9 to 12 weeks, including follow-up.
- a structured group physical activity programme consists typically of three sessions per week of moderate duration (45 minutes to 1 hour) over 10 to 14 weeks.
- group-based CBT should consist of 10 to 12 meetings of eight to ten participants.

For the high-intensity interventions, consisting of individual CBT, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 3 to 4 months. Providers are also recommended to consider providing two sessions per week for the first 2 to 3 weeks of treatment for people with moderate or severe depression and follow-up sessions typically consisting



of three to four sessions over the following 3 to 6 months for all people with depression.

A recent national audit of psychological therapy services, however, found that most were not delivering these as the modal treatment lengths, so there is a mismatch between NICE recommendations and common clinical practice.

1.5. Payment mechanisms

1.5.1. *Payment of the GP practices*

GP practices, including the mental health workers at work in it, are funded through different funding streams as agreed in a contract between NHS England and the GP practices. There are three contractual routes that NHS England can use to commission primary medical services:

- a general medical services contract, which is a nationally directed contract (covering about 60 percent of practices);
- a personal medical services contract, which is a locally agreed contract (covering about 40 percent of practices). This type of contract is largely influenced by the content and scope of the general medical services contract;
- an alternative provider medical services contract, which allows NHS England to contract with 'any person' under local arrangements.²⁴

There are several funding streams for GP practices covered by a GMS contract, the main ones are a global sum, the quality and outcomes

framework (QOF) (a voluntary pay-for-performance component), enhanced services (for example extended opening hours and annual seasonal influenza vaccinations) and NHS England administered funds (for example premises' reimbursements and seniority payments).

The global sum is practice based, which means that it is a payment to the practice rather than individual GPs. The bulk of this sum is determined by an allocation formula, the Carr-Hill formula, which reflects care needs based on the number of people registered and age-sex mix of the practice, as well as factors related to the health status of the population. In other words: this part of the payment is a weighted capitation payment.^{24, 25}

1.5.2. *Payment of secondary care: mental health and community services*

From the years 2012/13 a shift is being made in the way mental healthcare provided in secondary care is funded. The payment system shifts from block grants to the "Payment by Results" (PbR) model, which is the payment system in use for somatic disorders in secondary care across the NHS. This means that payment for provision of mental healthcare services depends on specific packages of care to which persons with mental health problems are assigned. The assessor (e.g. a community mental health nurse or social worker) examines the person with mental health problems with the clustering tool, by grading the person on several potential problems. Cluster 1, e.g. is "common mental health problems (low severity)", Cluster 10 is "first episode psychosis", etcetera. In total there are 21 clusters. The assessment must be regularly reviewed.^{26, 27}

**Table 1 – The mental health care clusters for payment of secondary mental health care in the NHS England**

Cluster	Description
Care cluster 1: Common Mental Health Problems (Low Severity)	Definite but minor problems of depressed mood, anxiety or other disorder but they do not present with any distressing psychotic symptoms.
Care cluster 2: Common Mental Health Problems (Low Severity with greater need)	Definite but minor problems of depressed mood, anxiety or other disorder but not with any distressing psychotic symptoms. They may have already received care associated with cluster 1 and require more specific intervention or previously been successfully treated at a higher level but are re-presenting with low level symptoms.
Care cluster 3: Non Psychotic (Moderate Severity)	Moderate problems involving depressed mood, anxiety or other disorder (not including psychosis).
Care cluster 4: Non-psychotic (Severe)	Severe depression and/or anxiety and/or other increasing complexity of needs. They may experience disruption to function in everyday life and there is an increasing likelihood of significant risks.
[...]	...
Care cluster 21: Cognitive Impairment or Dementia (High Physical or Engagement)	People with cognitive impairment or dementia who are having significant problems in looking after themselves, and whose physical condition is becoming increasingly frail. They may not be aware of their problems and there may be a significant risk of their care arrangements breaking down.
Care cluster 0: Variance	Despite careful consideration of all the other clusters, this group of service users are not adequately described by any of their descriptions. They do however require mental health care and will be offered a service.

Source: *Clarck, 2011*²⁷

The care clusters are the currency, i.e. the care packages commissioners' purchase from providers. For each unit of a currency a tariff (amount of money) is paid. The term PbR model is somewhat misleading. The model may be better characterised as 'payment by activity' given that thus far there has been little in the tariff payments dependent on achieving actual results - although the model continues to evolve with more consideration given to best practice pathways and defined results as a basis of payments.²⁷

2012/13 was just the starting point for provider services to get ready for any future introduction of a national tariff. Both providers and commissioners are

still at very different stages of embedding mental health PbR into the way they work, regarding the implementation of IT systems that capture the Mental Health Minimum Data Set and clustering decisions, and systems that capture cost data on patient level. Therefore, it was not possible yet to introduce a national tariff in 2013/14. Nevertheless, uniform national tariffs remain a long term objective, since they are seen as a way to ensure that people are offered the right package of care, based on best practice, whilst personalised to meet their individual needs, and focused on supporting persons with mental health problems to move towards recovery.²⁶



Currencies are also being developed for a wider range of mental health services including the Improved Access to Psychological Therapies (IAPT) programme and Child and Adolescent Mental Health Services.²⁴

1.5.3. *Payment of the IAPT programme*

In the first two years of the programme, all funds for training of professionals and new posts were centrally held and ring-fenced. This means that it was possible to ensure that the funds were exclusively spent on the IAPT workforce. In year three, however, a significant proportion of the funds were allocated within general NHS budgets (as 'PCT baseline funding') and there is evidence that, as a consequence, some of these funds were not spent on IAPT, although the numbers of new trainees in that year remained on target. In a consequent phase of the programme, almost all funds are allocated within general NHS training and PCT budgets. This way of funding still implies a risk that some geographical areas invest less in IAPT than expected.¹¹

Currently, a new payment system is being developed for IAPT services. The system under development is outcome based, which means that services are paid according to the outcomes of their patients, and not according to activities or needs as other systems of PbR in England.²⁸

The preparations for the new payment system started in 2011/12 with the development of a draft currency. During 2012/13 a feasibility pilot tested the new currency model. 5 separate outcome domains were chosen to be included into the tested currency model. These are the following, along with the percentage payment each attracts:

- Access Outcomes 15%
- Clinical Outcomes 50%
- Work & Social Adjustment Outcomes 10%
- Employment Outcomes 10%
- Patient Satisfaction & Choice Outcomes 15%

The Access Outcomes are further broken down into six measures:

- At least 80% of the expected numbers of BME patients are treated 3%
- At least 80% of the expected number of patients aged 65 and over are treated 3%

- At least 10% of treated patients have self-referred 3%
- At least 80% of treated patients have waited less than 28 days 1.5%
- At least 15% of patients treated for anxiety are treated for specific anxieties 3%
- The service achieved at least 90% of the contracted patient treatments 1.5%

The patient satisfaction & choice outcomes are split as follows²⁹:

- Satisfaction 11.25%
- Choice 3.75%
- An extended pilot is funded starting in 2013/14 and ending in 2014/15.³⁰

1.5.4. *Out-of-pocket payments*

Treatments for mental health problems provided in the NHS are free of charge to patients.³¹

1.6. *Quality management*

In this section we focus on the IAPT programme. Other quality management methods are being utilized in other services.

- All IAPT series collect the IAPT Minimum Data Set. The NHS Health and Social Care Information Centre (HSCIC) manage the data collection and publish statistics and data quality reports. The publications comprise national- and provider-level data quality measures of some key data items in the IAPT dataset:
- Person data: postcode; birthdate; gender; ethnicity; general medical practice code; NHS number; religious belief; sexual orientation; presence of a long-term physical health condition;
- Disability;
- Referral: source of referral; provisional diagnosis;
- Appointment data: appointment type; therapy type; Patient Health Questionnaire (PHQ 9) score; Generalised Anxiety Disorder (GAD) score; Work and Social Adjustment Scale score;

On the one hand, the data collection provides the Department of Health, service providers, commissioners and members of the public with



information about NHS funded IAPT services for adults in England. On the other hand, the data collection also ensures the person taking therapy and the clinician to track an individual's progress, which is of therapeutic value in itself.^{32, 33}

Critics on the IAPT dataset, however, argue that it is more about managing throughput and maximising efficiency than managing the quality of the patient experience.

2. DESCRIPTION OF THE SITUATION IN THE NETHERLANDS

2.1. Mental health care professions and their roles

The Individual Health care Professionals Act (also known as the BIG law), which was set up as a quality control law to improve health care in general, acknowledges different disciplines in mental health care and specifies the required competencies for each.³⁴ The law formally recognises the following professions in mental health care:

- medical doctors, amongst which GPs and psychiatrists play a special role in mental health care,
- health care psychologists (“GZ-psycholoog”), clinical psychologists (“klinisch psycholoog”) and clinical neuropsychologists (“klinisch neuropsycholoog”); the latter being two specialisms within the health care psychologists’ profession,
- psychotherapists,
- mental health nurse specialists (“verpleegkundig specialist ggz”).
- Besides these professions, a function was recently created to assist the GP in his practice for mental health care: the function of the GP’s mental health care practice assistant (“Praktijkondersteuner Huisartsen op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)”).
- There are several overlap possibilities between the different professions and many professionals have double, triple or even quadruple registrations.³⁵ In 2012, 7 500 health care psychologists, 1 950 psychotherapists, 1 900 clinical psychologists, 90 clinical neuropsychologists, 240 mental health nurse specialists and 3 377 psychiatrists were registered (no double counts).^{35, 36}
- In the following sections, the required education, the roles and work setting for each of these professions and functions (except for the medical doctors) are briefly discussed. It should be noted upfront that the division of tasks between the different professions and functions is in reality not always considered transparent and that there is not always a clear distinction between the basic disciplines and their specialisations.³⁴



2.1.1. GP's mental health care practice assistant

Roles

The GP's mental health practice assistant supports the gatekeeper function of the GP and aims to provide as much care as possible in first line. He refers the patient only to specialist second line care when necessary. Politically, the function has the wind at its back as the minister of Health aims to enforce first line mental health care, whilst curbing second line care.³⁷

The practice assistant plays a role in identifying and diagnosing psychic problems, in intervening and providing support to patients with psychic problems, all this in collaboration with the GP. He determines the urgency of the problem (does triage), refers when necessary, provides short treatments and psycho-education, ensures continuity of care/case management and takes up a role in prevention.³⁷

Education

The practice assistant function is open to social-psychiatric nurses, nurses with mental healthcare experience, social workers etc. who have followed a training from 5 to 20 days spread over a period of 3 months to a year, in combination with supervised work.³⁸

Work setting

The POH-GGZ function is currently organized in two ways. In the first way, the "direct way", the GP practice employs a professional. It is the GP practice that bears the costs and receives the revenues of the POH-GGZ function. In the second way, the "indirect way", it is another care provider (e.g. a care group or mental health care institution) that provides POH-GGZ services for (and usually at the premises of) the GP's practice. In this case, it is the care provider who bears the costs and gets the revenues of the POH-GGZ function.³⁹

2.1.2. Health care psychologist, clinical psychologist and clinical neuropsychologist

Roles

Health care psychologists are competent in performing psychological examinations, judging the results and applying psychological treatment

methods. On top of this, clinical psychologists and neuropsychologists are competent to diagnose and treat complex forms of psychopathology (clinical psychologists) or cognitive emotional and behavioural consequences of brain damage and brain dysfunctions (clinical neuropsychologists). They are able to translate scientific knowledge into practice and vice versa in order to innovate care.⁴⁰

Education

Health care psychologists have a university master degree of 4 years in psychology, health sciences or orthopedagogics, followed by a two years' full-time postmaster training. Clinical psychologists and neuropsychologists are two specialisms within the health care psychology profession. After having obtained the title of health care psychologist, they require a 4 year training which consists of about 25 course days per year and 3 days per week supervised practice.^{35, 40}

Work setting

Health care psychologists, clinical psychologists and clinical neuropsychologists mainly work in mental health care institutions, independent practices and hospitals.³⁵ When they are self-employed at work in independent practice, they may still contract with insurers, however, contracting is limited to care products in the primary mental health care package.

2.1.3. Psychotherapist

Roles

Psychotherapists are skilled in examining and assessing the indications for psychotherapy and to apply psychotherapeutic treatment methods.³⁵

Education

The profession of psychotherapist is an interdisciplinary profession of doctors and psychologists; there are multiple ways to obtain the title. Masters in psychology, pedagogics or mental health care are required to follow the 4-year postmaster training to psychotherapy, which consists of a cursory part of on average 2 half days per week and a part supervised practice of minimum 20 hours per week.⁴¹ Health care psychologists have a shortened trajectory of 3 years after the 2-year training to health care



psychologist. Psychiatrists obtain the title after their traineeship as part of the 4.5 years training in psychiatry after their 6-year training in medicine.

Work setting

Psychotherapists are mainly active in mental health care institutions and independent practices for psychotherapy.³⁵

2.1.4. Mental health nurse specialists

Roles

Mental health nurse specialists treat patients without supervision and have additional competencies in quality improvement, innovation and research.³⁶

Education

Mental health nurse specialists have a bachelor degree in nursing, followed by a 3-year practice training, consisting of 4 days per week work as specialist nurse-in-training.⁴²

Work setting

Mental health nurses predominantly work in mental healthcare institutions and hospitals.³⁵

2.1.5. Orthopedagogists

Orthopedagogists are not recognised by the BIG law. However, they can be responsible treatment professional ('hoofdbehandelaar'; see further) and are allowed to provide care as co-treatment professional ('medebehandelaar') on the orders of the responsible treatment professional. Insurers determine a maximum percentage of treatment time that can be performed by co-treatment professionals. For each insurer, the responsible treatment professional thus must check the applicable percentage.

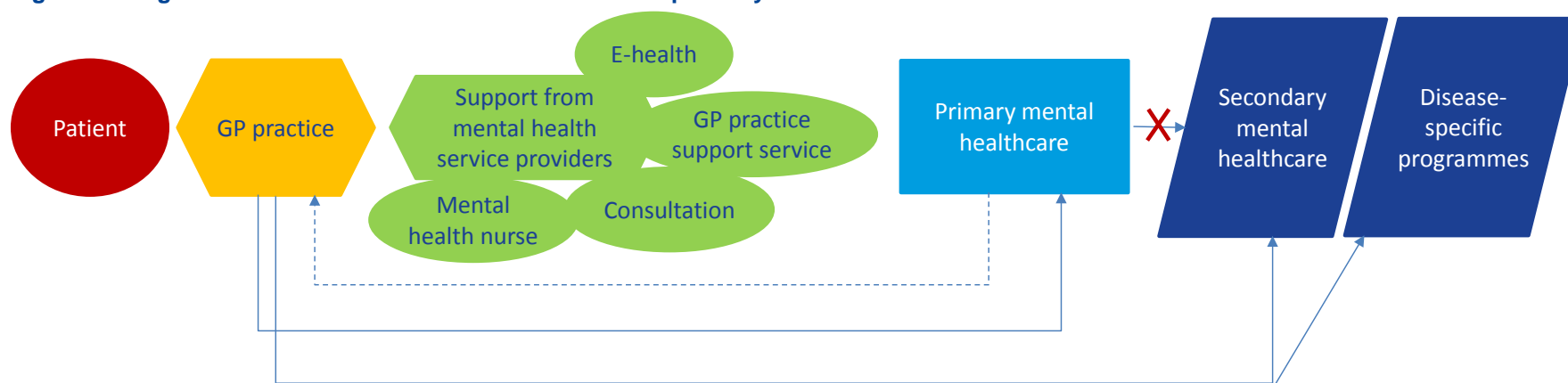
Self-employed orthopedagogists at work in free practice are also allowed to agree contracts with insurers, however this only holds for care under the primary mental health care package. Insurers determine which qualifications are required to be eligible for contracting with the insurer. (http://www.nvo.nl/dossiers/ggz/veelgestelde_vragen_ggz.aspx)

2.2. Organization and referral scheme

Figure 3 shows an overview of new care pathway in the Netherlands, currently in the process of being implemented. There are 4 main levels: the patient himself, who is given an increased role in self-management, primary care (consisting of the GP practice), primary mental health care ('generalistische basis ggz') and secondary/tertiary care ('gespecialiseerde ggz').³⁶



Figure 3 – Organization of the new model of care and care pathway in the Netherlands



Source: based on Forti. 201436 and website "Invoering Generalistische Basis GGZ"⁴³

2.2.1. Primary care: GP practice

Gatekeeper role

In the Dutch health care system, the GP practice acts as a gatekeeper for all specialised care, and this also holds for mental health care. The GP practice with his assistants, mental health nurses and social workers examines whether it treats a patient with psychic complaints itself, or whether it refers to specialised care (being either primary or secondary/tertiary mental health care). In order to prevent that patients are referred too fast to a specialist, the GP gets extra financial resources that can be flexibly used to call in support for treatment of people with psychic problems, e.g. by

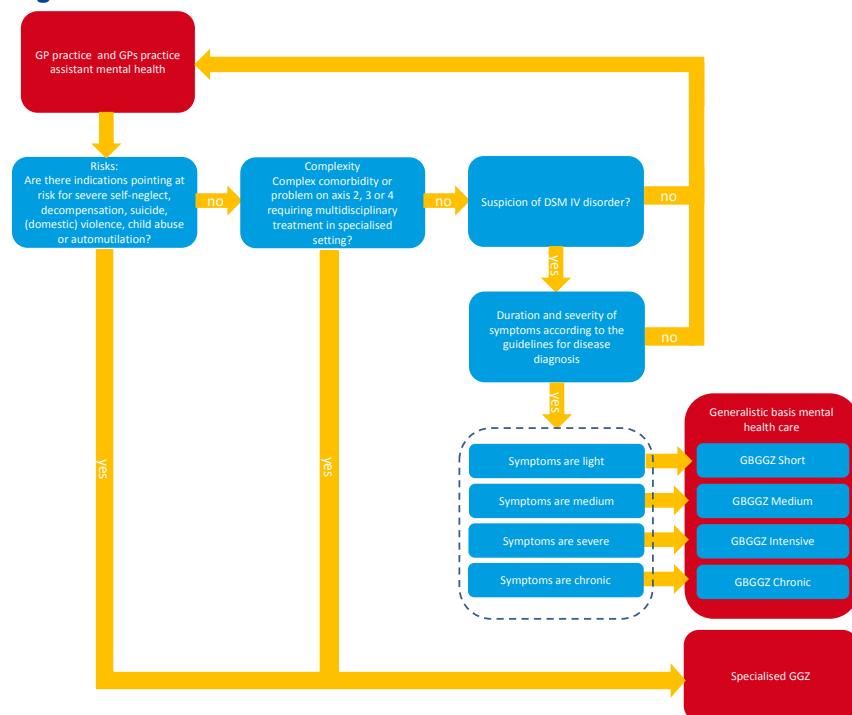
- Hiring in a GPs mental health care practice assistant
- Providing treatments through the internet (e-health)
- Consulting a psychiatrist, psychotherapist, GP graduated in mental health care ("kaderhuisarts GGZ"), clinical psychologist or first line health care psychologist, addiction physician, mental health nurse specialist or another care professional.⁴⁴

Referral

A referral scheme has been developed to guide referral from the GP practice to primary mental healthcare or specialised services (see Figure 4). According to this scheme, the following criteria need to be examined:

- Is there a suspicion of a DSM IV disorder?
- Severity of the problems: what is the impact on daily functioning?
- Complexity of the problems: is there comorbidity?
- The risk: is there self-neglect, neglect of relatives, suicidal risk, child abuse?
- The duration of the complaints: how long have they been present?⁴⁴
- The scheme however has been criticised and currently the Dutch College of General Practitioners (NHG), in collaboration with mental health partners, develops guidelines for collaboration and referral. The guidelines are expected to be ready medio 2015.⁴⁵

Figure 4 – Dutch referral scheme



Source: modified from *Invoering Generalistische Basis GGZ*⁴⁴

2.2.2. Primary mental health care: “generalistische basis”

Primary mental health care services can be accessed only through a referral from a GP or other professional, such as an occupational physician, and only when patients are expected to suffer from a DSM condition, accompanied by moderate to low impairment of functioning. This segment of care is intended to treat patients whose condition is mild to moderate, not complex, and who have a good social network and good prospects of recovery, as well as patients whose condition is severe, but stable. This level of care is also expected to provide aftercare and support and prevent relapses.³⁶

Primary mental health care is provided by self-employed professionals, working in private or group practices, or by a multidisciplinary team at institutions.³⁶

Since short-term treatments are also part of the base package of health care insurance, secondary care institutions have also started to provide primary mental health care.⁴⁶

For the payment of providers, four care-intensity trajectories (“zorgzwaarte prestaties”) have been defined:

- When symptoms are light, then the care trajectory is short
- When the symptoms are medium, then the care trajectory is medium
- When symptoms are severe, the care trajectory is intensive
- When symptoms are chronic, the care trajectory is chronic.

2.2.3. Secondary and tertiary mental health care: “gespecialiseerde GGZ”

This level of care is addressed to people with severe and enduring mental health problems at high risk of a poor quality of life or with a clear risk for the patient’s environment, who require complex forms of treatment and a high degree of specialist knowledge.³⁶ Patients need referral by a GP to access this level of care. It is not possible for primary mental health care to refer to specialised mental health care. Primary mental health care must first refer the person with problems back to the GP, who can consequently refer to specialised mental health care.⁴⁷

- Secondary and tertiary mental health care is provided by multidisciplinary teams at integrated provider organizations that offer care both in inpatient and outpatient setting, stand-alone community services or mental hospitals. Self-employed professionals can affiliate them with a hospital or institute for mental health care.³⁶

In order to decrease the inpatient admissions and to bring about a shift in care towards community settings, the preferred option in this treatment segment is outpatient care. If inpatient admissions cannot be avoided, they should be for only as long as needed, and patients should be transferred back to primary mental health care or to the GP, depending on the health situation.³⁶



Care can be provided in a multidisciplinary treatment team. The main professionals involved are similar to the ones for primary mental health care services, e.g. clinical psychologists, psychotherapists and psychiatrists. Orthopedagogists and child and youth psychologists can treat youngsters until the age of 18 until the transfer of youth GGZ to the municipalities in 2015.⁴⁷

The most prominent organizational model of community services is represented by the FACT teams, although they currently provide care only to 10-15% of all adults with severe and long-term mental health problems. FACT teams provide long-term care for people with severe mental health problems who are not treated in psychiatric hospitals. The teams provide a full spectrum of modern community-based mental health services, such as home treatment, crisis care, assertive outreach, and early intervention.³⁶

2.2.4. *Responsible treatment professional (“hoofdbehandelaar”)*

For each patient, both in primary and secondary/tertiary mental health care, a responsible treatment professional (“hoofdbehandelaar”) is appointed. The responsibilities of this person comprise making the diagnosis, determining the treatment plan - in dialogue with the patient, ensuring the authorisation and competence of the other involved treatment professionals, keeping the patient record, communicating with the other involved professionals and the patient, and evaluating the treatment with the patient over the duration of the treatment.⁴⁸

The responsible treatment professional can be either a psychiatrist, clinical psychologist, clinical neuropsychologist, psychotherapist, health care psychologist, specialist geriatrics, clinical geriatrist, addiction physician or a mental health care nurse specialist. The responsible treatment professional can work at an institution or be self-employed in a private practice. Until the transfer of youth mental healthcare to the municipalities in 2015, also child and youth psychologists registered at the NIP and orthopedagogists-generalists (registered at the NVO) can take up the role of responsible treatment professional.⁴⁸

2.3. Reimbursed indications

For each of the clusters of the DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), the CVZ (that recently changed its name to Zorginstituut Nederland) determined whether they are part of the reimbursed care package. Most clusters of DSM IV are included in the list. Exceptions are adjustment disorders, such as burnout.^{49, 50} Learning disorders, such as dyslexia, are part of the covered Zvw (Zorgverzekeringswet) care, but are not considered as mental health care.

2.4. Reimbursed treatments

Reimbursed psychological interventions

Likewise as for the indications, the CVZ determined a positive and negative list with psychological interventions that do or do not meet the current state of science and practice. Some intervention techniques are only indicated for specific disorders.^{49, 51} The positive and negative list are given in

Table 2 and Table 3 – Negative list of interventions not eligible for reimbursement.

**Table 2 – Positive list of interventions that meet the state of science and practice**

<p>Included - eligible for multiple problems:</p> <ul style="list-style-type: none">• CBT• Problem solving therapy• Interpersonal therapy• Short term psychodynamic psychotherapy• Motivating talking therapy• Cue-exposure treatment• Behavioural therapeutic relation therapy• Group psychotherapy• Exposure in vivo• Psychological panic management• Cognitive restructuring• System therapy
<p>Included – eligible for only a single problem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Community reinforcement approach: addiction• Hypnotherapy: conversion disorder• Dialectic behaviour therapy: borderline personality disorder• Systems training for emotionally predictability and problem solving: personality disorder• Mentalisation based therapy: borderline personality disorder• Mindfulness based cognitive behavioural therapy: recurrent depression• Relaxation therapy: generalised anxiety disorder• Eye movement desensitisation and reprocessing: post-traumatic stress syndrome

Source: *College voor Zorgverzekeringen (2013)*⁴⁹

Table 3 – Negative list of interventions not eligible for reimbursement

<ul style="list-style-type: none">• Neurofeedback• Psychoanalysis• Psychotherapeutic interventions targeted to insight: in case of alcohol dependency• Maudsley method• KIDD workshop• Tomatis therapy• QEEG integrated therapy: Quantitative Electro Encephalography• MET (mental-emotive training)• Cogmed workmemory training• Gestalt therapy• Haptotherapy• I-TOF (“Integratieve therapie op maat”)• Speyertherapy• Mind tuning• Mindfulnesscourse/-training• Psychosynthesis• Rebirthing• Regression therapy• Wat-Sji-Gong• Neuro Linguistic programming (NLP)• Psycho-energetic psychotherapy• Emotional Freedom Technique• Existential therapy• Singing bowls therapy• Reiki• ...
--

Source: *College voor Zorgverzekeringen (2013)*⁴⁹



Frequency, duration and intensity of reimbursed interventions

In 2013, the base package partly reimbursed maximum 5 consults for all patients by a first-line psychologist. From 2014, with the shift to four care intensity trajectories (short, medium, intensive and chronic), this restriction has been abandoned. Patients now get a treatment in function of their classification in these products. The tariffs for the trajectories for short and medium are set to cover around respectively 5 and 8 consultations. For the intensive and chronic trajectories this is 12 to 13 consultations (see more under the section 'payment mechanisms').

Only in exceptional circumstances, patients are allowed to follow more than one trajectory within primary mental health care within the same year. If there is a need for more than one trajectory in a year, this rather indicates that there is a need to refer to specialised care.

The delivered interventions in specialised (secondary and tertiary) are not subject to any direct restrictions in terms of frequency, duration and intensity either. As the payment for these interventions is based on DRG payments, it is the payment system rather that is expected to lead to efficiency in health care delivery.

2.5. Payment mechanisms

2.5.1. *Payment of the GPs mental health practice assistant*

The POH-GGZ is paid similarly to the way GPs are paid for base care. A part of the payment for POH-GGZ (75%) consists of an increase in the subscription tariff ("inschrijftarief") which is a capitation fee, i.e. a flat fee per year, based on the number of registered patients. The other part of the payment (25%) consists of fee-for-service. Different fees exist for a general consult, a consult longer than 20 minutes, a home visit, a telephonic consult, an e-mail consult and a group consult.^{36, 52}

2.5.2. *Payment of the primary mental health care ("generalistische basis GGZ")*

Four care intensity products

Health insurers in the Netherlands are obliged to have an agreement with mental healthcare providers to ensure the delivery of care. During the procurement process, insurer and provider negotiate on the terms of this contract. In 2014, a uniform payment system was introduced for primary mental healthcare, based on the four care intensity products (short, medium, intensive and chronic).³⁶ For each of the products, the Health Care Authority (NZa, Nederlandse Zorgautoriteit) fixes a maximum tariff.⁵³

Maximum tariffs based on product compositions

Generally, NZa adheres to the principle that tariffs are based on true historical costs from the most recent available billing year of the selected group of care providers. However, for the interventions of the base GGZ, no historical costs are known. Therefore the maximum tariff is calculated through a modelling exercise.⁵⁴ The maximum tariff for each package, which is based on product compositions detailing the estimated time spent on the patient (see Table 5), the type of care providers involved (see Table 4) and the product components (intake, diagnosis, Routine Outcome Monitoring, reporting, face-to-face/e-health treatment and telephonic contacts). The number of minutes estimated for a product vary from about 300 minutes for the short intervention to around 750 minutes for the intensive and chronic intervention.

**Table 4 – Discipline mix per product used for tariff modelling**

	Short product	Medium product	Intensive product	Chronic product
Category 1: <ul style="list-style-type: none"> Higher professional education (“HBO”) + potentially a specialisation, WO E.g. social worker, base psychologist 	15%	10%	10%	60%
Category 2: <ul style="list-style-type: none"> University education + ≥ 2 years specialisation E.g. healthcare psychologist 	80%	85%	80%	25%
Category 3: <ul style="list-style-type: none"> University education + ≥ 4 years specialisation E.g. clinical psychologist, psychiatrist 	5%	5%	10%	15%

Source: Nederlandse Zorgautoriteit (2014)⁵⁴

Table 5 – Minutes per treatment used for tariff modelling

	Minutes	Approximation in hours
• Short product	294	5
• Medium product	495	8
• Intensive product	750	13
Chronic product	753	13

Source: Nederlandse Zorgautoriteit (2014)⁵⁴

Each product payment intends to cover the total of activities and care provision for a patient of the concerned patient group. The NZa does however not prescribe or enforce the contents of the care packages. It are the health care providers and health care insurers who are left the responsibility for determining and delivering the care suited to the patient.

2.5.3. Payments in the secondary and tertiary mental health care

140 DBCs for treatment and 7 for accommodation

Payments in secondary and tertiary mental health care, regardless of whether provided in inpatient and outpatient setting, are made according to the Diagnosis Treatment Combination (Diagnose Behandelings Combinatie, DBC) system. A DBC identifies the type of care (regular, emergency or chronic), the diagnosis (DSM-IV coding) and the treatment (outpatient or residential; nature of treatment).⁵⁵ The payment of the DBC is not influenced by the length of stay, nor by the number of diagnoses or procedures for a given patient. There are 140 DBCs for treatment and 7 DBCs for use of accommodation, such as clinical and day-care facilities. Each patient’s invoice from the health provider to the health insurer contains a code with information on the diagnosis (DSM IV), the time spent by specific professionals and the price of the services delivered.³⁶

In the longer run, the DBC system should evolve towards a system reflecting both intensity of care as well as outcome of care.(bestuurlijk akkoord 2013-2014)



2.5.4. Out-of-pocket payments

Mental health services fall under the statutory deductible of 375 euros (anno 2015). This means that the first 350 euros a patient spends on healthcare over a one-year period, outside the GP practice, are not reimbursed. In 2012, extra out-of-pocket fees in the form of co-payments for mental healthcare were introduced, in order to diminish the growing expenditures in the mental healthcare sector. However, they were again abolished in 2013. In 2011, out-of-pocket fees represented 9% of the total source of mental healthcare financing.^{36, 50}

Longer-term mental health care, after 1 095 days (i.e. 3 years), is paid under the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ). The patient pays an income-related co-payment. In order to be eligible for mental health services provided under AWBZ, a patient has to pass an objective and independent claim assessment by the National Care Assessment Centre (CIZ).³⁶

2.6. Quality measurement

Performance Indicators published by RIVM

Since 2008, all health service providers send data on performance indicators to a national database of the Dutch government. The results are published on the internet by the Dutch Public Health Institute (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM). Mental health care providers currently collect the following 10 performance indicators (in 2010, the number of performance indicators in mental health care were reduced from 28 to 10):

Effectiveness of treatment and support

1. Reduction in the severity of symptoms
 - As reported from the perspective of the client (measured by CQ Index)
 - Measured change in severity of problems (Routine Outcome Monitoring)
2. Change in daily functioning of life (Routine Outcome Monitoring)
3. Change in perceived quality of life (Routine Outcome Monitoring)
4. Drop out of treatment against the advice of the professional

5. Availability of a screening procedure for somatic disorders by patients with schizophrenia
6. Timely contact following discharge from a clinic

Safety

1. Medication safety
2. Coercion, encompassing restraint, seclusion and forced medication (Argus)
3. Perceived safety of client (measured by CQ Index)

Client satisfaction

Client opinion

1. On informed consent
2. On freedom of choice between professionals and/or treatments
3. On fulfilment of wishes in care delivered
4. On the evaluation/adjustment of treatment or support
5. On the coordination of care
6. On housing and living conditions in a clinical setting or sheltered housing
7. On approach of clients by professionals

Routine Outcome Monitoring (ROM)

The government agreement on mental health care of 2013-2014 stipulates that care providers of the primary mental health care sector would use ROM from January 2014. By measuring start and end status of the individual patients, patients, patient organizations, health insurers and care providers are given a view on the impact of the treatment. ROM data are delivered to the Stichting Benchmark GGZ that compares and publishes the data.⁵⁶ A scientific council was installed, which supervises the scientific framework within which the Stichting Benchmark GGZ operates.

The objectives of ROM are multiple. First of all, benchmarking outcomes across institutions should support improvement of care. It brings transparency and may serve 'pay-for-performance' in the longer run. As ROM results in observational research data, it is also suited to provide



insight into the effectiveness of treatments in clinical practice, for which the efficacy has been demonstrated in RCT's (efficacy versus effectiveness).

The introduction of the ROM however has been criticised, mainly on the grounds of risk of bias, confounding factors and sensitivity, which would hamper meaningful comparison between institutions. (http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-12_p1031-1038.pdf)

As the health care providers collect data themselves and may fear that they will be penalised for bad results, ROM is considered to hold considerable risk for bias. This risk has been internationally described as 'gaming', i.e. playing with the methodology in order to achieve better results. The risk for bias however might already be attenuated by a number of measures:

- By using standardised instruments, filled out by the patient, overrating of the results is counteracted.
- As the health care providers are incentivised to maximise their response, the risk of selectively including cases or doing the after-measurements, may be limited

Despite these elements, it remains possible for providers not to include cases for which they suppose results will be disappointing. Furthermore, still many other ways are possible to influence the results. It is therefore important to be vigilant for bias, to examine this problem in the start-up period and to be aware of it on the long term when deciding on the financial consequences of the benchmarking.

As patient populations may differ systematically between providers, ROM also deals with an issue of confounding factors. To account for differences in case mix, outcomes per subgroup of patients should be compared. However, it is currently largely unknown in mental health care to what extent treatment outcomes differ in function of patient variables. Further data collection and analysis is required to map which are the most important confounders in real world practice and to point out how valid comparison between institutions on the basis of ROM could be enabled.

Being able to differentiate between successful and failed treatments is crucial for the ROM to be useful. However, current measures have been criticised on their sensitivity and further research remains necessary to develop sensitive outcome measures adapted to the broad range of patient categories and covering a wide range of outcome domains. The scientific

council however, is aware of this issue, and therefore considers the outcome measures as work-in-progress. Furthermore, it is not policymakers who determine the instruments used. The currently introduced instruments have been determined by the field, in expert groups of professionals installed by GGZ Nederland. Alternative instruments can be added upon proposal of institutions and positive evaluation by the scientific council. (http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-12_p1031-1038.pdf)



3. DESCRIPTION OF THE GERMAN SITUATION

Since 2009, health insurance has been mandatory for all citizens and permanent residents in Germany, either in the statutory (SHI) or the private health insurance scheme. Since 85% of the population is covered by the SHI scheme,⁵⁷ and given that the health services provided by the private health insurance schemes are not uniformly regulated, we focus mainly on the SHI scheme.

3.1. Mental healthcare professions and their roles

Licensing (*Approbation*)

The Psychotherapy Act of 1999 (*Psychotherapeutengesetz*) is one of the main pillars of the German mental health care system. This act protects the title of “psychotherapist”, gives a definition of the profession and stipulates in detail the required education and training and admission requirements to practice as a psychotherapist. Licensing is only available to physicians, psychologists (master or diploma) and social workers (only admitted to paediatric psychotherapy), who completed additional postgraduate psychotherapy training and passed a state examination. Three professions are allowed to call themselves psychotherapists:

- Psychological psychotherapists
- Paediatric psychotherapists
- Physician psychotherapists, i.e. doctors working as psychotherapists.⁵⁸

The Psychotherapy Act also guarantees psychotherapeutic treatment when indicated. It explicitly details rules on provision and reimbursement of psychotherapy and allows psychotherapists to bill the health insurance companies directly, if they are a provider under the insurance scheme.⁵⁸ With this act, the provision and reimbursement of psychotherapeutic services is brought in line with that for other health professionals.⁵⁷

Statutory Health Insurance accreditation (*Kassenzulassung*)

The number of psychotherapeutic practices covered by statutory health insurance is controlled by the states. After having obtained a license, the psychotherapist practitioner can apply for the right to become a provider under the local insurance scheme. For this, psychotherapist must be approved by an association of SHI physicians. This allows the psychotherapist to bill insurers directly. Admission to the insurance scheme depends on the regional supply situation.

Only in exceptional cases health insurance companies reimburse the costs of non-accredited psychotherapists.⁵⁸ This is the case, under certain conditions, if a person in urgent need and can prove that he/she was unable to find a SHI-accredited psychotherapist who can provide treatment in time.⁵⁹

Alternative practitioners

In addition, there is another group, the so-called alternative practitioners for psychotherapy (“*Heilpraktiker*”). It is a state certificate for which a candidate must pass an exam, after which he/she is allowed to practice but will not be reimbursed by the SHI.

3.1.1. Physician psychotherapists (*Ärztliche Psychotherapeuten*)

Roles

There are different types of physicians who are allowed to provide psychotherapy:

- Specialists for psychiatry and psychotherapy (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie). Specialists for psychiatry and psychotherapy form the largest group of physicians working as psychotherapist.
- Specialists for psychosomatic medicine and psychotherapy (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). These specialists mostly treat physical symptoms that are likely caused either entirely or partially by an underlying mental condition.
- Specialist psychotherapists with a degree in medicine (Fachgebundene ärztliche Psychotherapeuten): They only treat mental illnesses or problems that are related to their specialty, e.g.a gynaecologist who provides supportive psychotherapy to women with breast cancer.⁶⁰



- Older physicians who practice as psychiatrists are usually neuropsychiatrists (Fachärzte für Nervenheilkunde). They have completed a certification as a psychiatrist and neurologist, but have not had specific training in psychotherapy. Now, it is no longer possible to receive a certification as a “neuropsychiatrist”. The new directives require a specific psychotherapeutic technique to be learned.

Psychiatrists mainly treat mental illnesses that require medication as a major part of treatment, for example schizophrenia or severe depression. Because psychiatrists may also use methods from psychotherapy, it is difficult to sharply distinguish the fields of psychiatrists and other psychotherapists.⁶⁰

Education

Physician psychotherapists hold a university degree in medicine and afterwards completed a training in the treatment of mental illnesses.⁵⁹

3.1.2. *Psychological psychotherapists and child and youth psychotherapists*

Roles

Psychological psychotherapists (Psychologische Psychotherapeuten) treat children, young people and adults. Child and youth psychotherapists (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) are only allowed to treat patients who are not older than 20.⁵⁹

Education

Psychological psychotherapists first complete a degree in psychology at a university (Diploma or Master) and then receive a licence to practice as a psychotherapist after completing a three years full-time or five years part-time state-regulated training in psychotherapy. In contrast, psychologists who only hold a university degree but did not complete a post-university training have no licence to practice psychotherapy.⁵⁹

Child and youth psychotherapists have first completed a degree in education or social education at a university or a university of applied sciences or a Master's degree in psychology, and afterwards completed a three years full-time or five years part-time state-regulated training in psychotherapy and are thus licensed to practice.⁵⁹

Work setting

- Private practices
- Licensed psychotherapists are allowed to work on self-employed basis in a private practice.
- Community-based institutions

Besides the possibility of working in a private practice, psychotherapists can be active in community-based institutions, such as ambulatory crisis intervention centres and centres for psychosocial counselling and social support (Psychosoziale Beratungszentren) which are frequently run on a not-for-profit basis.

Centres for psychosocial counselling and social support usually focus on particular client groups such as children, young people and parents, couples and families, chronically ill people, or women. Or they have a particular focus on issues such as pregnancy, sexuality, addiction, (anti-)discrimination, and trauma (for example: rape, torture)

Both social workers and social education workers as well as psychotherapists work in centres for psychosocial counselling. These centres are supported by cities and communities or churches as well as charity organizations and associations. Consultations are usually free of charge. Psychosocial services on offer are aimed at people experiencing normal life crises and problems and can be used by anyone whose everyday conflicts threaten to overwhelm them.⁵⁹

- Outpatient clinics (Ambulanzen)

Alternatively they can be at work in psychiatric/psychotherapeutic outpatient departments (Psychiatrische Institutsambulanz/Psychotherapeutische Ambulanzen). Psychiatric outpatient departments are based at psychiatric or general hospitals or universities that have been authorised by the Accreditation Committee to provide outpatient psychiatric and psychotherapeutic care for insured individuals. They provide a multidisciplinary care environment to insured individuals who, because of the nature, severity or duration of the disease or the distance to suitable physicians, depend on being provided treatment by these hospitals.⁵⁷



- Inpatient clinics/ Hospital setting

Besides psychiatric departments of general hospitals and psychiatric hospitals, psychotherapists can work in hospitals dedicated to prevention and rehabilitative care. This type of institutions is often run by private for-profit providers. Many of them are specialised on care for patients with addiction problems and psychosomatic disturbances.⁵⁷

- Public health offices

Additionally, they may be at work in public health offices, which provide socio-psychiatric services including counselling, social work, home visits and crisis intervention, directed particularly at the most disadvantaged among the mentally ill.⁵⁷

3.2. Organization and referral scheme

Direct access to a psychotherapist

Persons with mental health problems can turn to a psychotherapist directly, without referral from a general practitioner (GP) or specialist. The state chambers of psychotherapists (*Psychotherapeutenkammer*) or regional associations of SHI physicians provide lists with licensed and SHI accredited psychotherapists. However, after the first orientating sessions, a physician has to be contacted to eliminate the possibility of somatic conditions as a cause of mental distress (*"Konsiliarbericht"*).⁵⁹

Initial consultations – without submission of an application

A person is allowed to have five to eight so-called probationary sessions (*probatorische Sitzungen*). These introductory sessions are covered by SHI in any case. On one hand, they allow the person to get to know the psychotherapist and to see whether they feel comfortable with him/her for further treatment. On the other hand, they allow the psychotherapist to make the diagnosis and to see whether there is actual need for psychotherapy. No application must be submitted yet to health insurance for these probationary sessions.⁵⁹

Diagnosis

According to the Psychotherapy Act, psychotherapy is "the occupation that is undertaken by means of scientifically approved psychotherapeutic methods in order to establish, heal or relieve disorders that qualify as a

disease for which psychotherapy is indicated".⁵⁹ The act thus restricts psychotherapy intervention only to curing a person with a mental disorder and excludes subclinical problems or preventive efforts.⁵⁸

Psychotherapists make a diagnosis according to the ICD-10 list – for example, F32, "depressive episode", or F40.0, "agoraphobia". Some psychotherapists use questionnaires and psychological tests for making the diagnosis, but this is not mandatory.⁵⁹

The S3 Guideline (S3-Leitlinie) or national disease management guideline (*Nationale Versorgungsleitlinie*) for depression, provides guidance and support algorithms for health care professionals to set the diagnosis according to ICD-10 criteria. The guideline can be consulted at www.depression.versorgungsleitlinien.de. About 31 professional associations as well as patient and relative representatives were involved in the development of these guidelines.

Treatment plan and patient agreement

During the first sessions, psychotherapists explain how psychotherapy works and check whether the patient is motivated to work on his/her problems as well as whether the patient agrees to treatment conditions. Together goals of the treatment are set – at least in CBT.

The national disease management guideline for depression stipulates whether experts would tend to recommend psychotherapy or treatment with medication. In the case of mild depression, for example, experts would recommend treatment consisting of psychotherapy alone, whereas for a major depression they would recommend a combination of psychotherapy and medication. Other S3 Guidelines exist for the diagnosis and treatment of eating disorders and post-traumatic stress disorders.⁵⁹

Health insurance application

In order to get agreement from health insurance to cover the cost of treatment, an application must be submitted to the statutory health insurance of the person to be treated. An application consists mainly of the following elements:

- An application form signed by the person to be treated,
- An application form filled out by the psychotherapist which includes the information needed for completing the coverage of therapy.



- A report made by the psychotherapist that demonstrates why therapy is recommended. This report is then examined in anonymous form by an independent expert who is a psychotherapist as well. The expert reviews the report and sent a recommendation for psychotherapy to the health insurance. This expert report procedure is called “Gutachterverfahren”. The health insurance itself will not, however, be able to read the report provided by the psychotherapist. The health insurance only receives the anonymous recommendation from the expert. Approval is needed before treatment starts.
- A medical report provided by a GP following a general examination (“Konsiliarbericht”) is required to ensure that the symptoms have no physical causes and that there are no reasons based on the physical state of health that would rule out psychotherapy.

If the statutory health insurance rejects the application, the person to be treated and the psychotherapist can contest the decision together. If this objection is refused as well, there is the possibility to start a case in social court (*Sozialgericht*), free of charge.⁵⁹

Exception for short-term treatments

For short-term therapies, which consist of up to 25 therapy sessions, the psychotherapist report is not needed, but nevertheless an application must be submitted to the statutory health insurer.⁶⁰

Stopping and extending treatment

Therapy can be stopped at any time, upon the preferences of the patient treated. Treatment can also be extended if the person treated and the psychotherapist are of the opinion that the goal of the treatment has not been reached yet and that continuation is recommended. For this, an application for an extension must be submitted to the health insurance.⁵⁹

Switching therapist

If during the treatment course the person wants to switch therapist, it is possible to continue therapy at another practice. The insurer will in this case determine whether a new application for therapy needs to be submitted.⁶⁰

3.3. Reimbursed indications

Only persons with a diagnosis of a mental illness appearing in the ICD-10 list are eligible for treatment covered by SHI. The ICD-10 list is an

internationally recognised classification of all physical and mental illnesses, compiled by the World Health Organization (WHO). The mental illnesses are distinguished according to the symptoms the person is suffering from. The ICD-10 classification is of mandatory use in Germany.⁵⁹

Also in cases when a physical condition is causing exceptional distress, such as tinnitus or cancer, for example, which are often associated with depression, the costs of psychotherapy can be covered.⁶⁰

3.4. Reimbursed treatments

Scientifically approved treatments

Whether a psychotherapeutic method can claim that it is “scientifically approved” is decided by the scientific advisory board for psychotherapy (*Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie*). This committee consists of six experts from the Federal Chamber of Psychotherapists (*Bundespsychotherapeutenkammer*) and six from the German Medical Association (*Bundesärztekammer*). Following fixed regulations, it examines whether there is enough scientific evidence that proves the effectiveness of a method. The scientific advisory board for psychotherapy has so far given scientific recognition to the following psychotherapeutic methods:

- behavioural therapy (*Verhaltenstherapie*)
- psychodynamic psychotherapy (*Psychodynamische Psychotherapie*), consisting of the so-called “guideline methods” approved by the statutory health insurance:
- analytical psychotherapy and psychodynamic psychotherapy (*Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*)
- client-centred psychotherapy (*Gesprächspsychotherapie*)
- systemic psychotherapy (*Systemische Therapie*)⁵⁹
- neuropsychologic therapy (*Neuropsychologische Therapie*) – only in the field organic brain dysfunctions; not sufficient for psychotherapy training (5 indications are needed)
- Hypnotherapy (*Hypnotherapie*) – indications: mental and behavioural disorders due to psychoactive substances (nicotine, methadone) and psychological and behavioural factors associated with somatic disorders



- Interpersonal psychotherapy (Interpersonelle Psychotherapie) – indications: affective disorders, eating disorders – only adults
- Eye-movement-desensitization and reprocessing (EMDR) – only for the field posttraumatic stress disorders – only adults

Treatments covered by SHI

Psychotherapeutic methods that are paid for by SHI, however, have to be examined by another committee: the Federal Joint Committee (*Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA*). At the core of the G-BA, physicians, psychotherapists, hospitals and health insurers decide on the basis of scientific evidence on the approved methods to be paid for by SHI. Patient representatives have an advisory role in the meetings. The decisions are bundled in the Psychotherapy Directive (*Richtlinienverfahren*). The Psychotherapy Directive can be consulted on the G-BA website: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-958/PT-RL_2014-10-16_iK-2015-01-03.pdf Thus far, the G-BA approved the following psychotherapeutic methods as being effective:

- analytical psychotherapy (Analytische Psychotherapie)
- psychodynamic psychotherapy (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)
- behavioural therapy (Verhaltenstherapie)⁵⁹
- Whereas the the statutory health insurance only covers for these so-called “Richtlinienverfahren”, private health insurance companies are not bound by these regulations.

Duration and frequency of covered treatments

In its Psychotherapy Directive, the G-BA also determines a maximum for frequency and number of sessions for the covered interventions (see Table 6). Analytic psychotherapy usually lasts longer than behavioural therapy as analytic psychotherapy aims to develop a deeper understanding of the problems and interconnections within an individual’s life-story, whereas behavioural therapy is more practically-oriented and aims to find concrete solutions to particular problems.⁶⁰ Note that the maxima are adapted for group sessions which take 2 hours and for treatment of children and youngsters.

Table 6 – Maximum number of hours psychotherapy covered by SHI, allowed group size and treatment frequency

	Behavioural therapy	Analytic psychotherapy	Psychodynamic psychotherapy
Maximum n° of hours:			
• individual sessions	45 hrs	160 hrs	50 hrs
• group sessions	45 double hrs	80 double hrs	40 double hrs
Maximum n° hours in exceptional cases:			
After first extension:			
• individual sessions	60 hrs	240 hrs	80 hrs
• group sessions	60 double hrs	120 double hrs	60 double hrs
• After second extension:			
• individual sessions	80 hrs	300 hrs	100 hrs
• group sessions	80 double hrs	150 double hrs	80 double hrs
Group size allowed (n° of persons)	2 to 9	6 to 9 adults 3 to 9 children and youngsters	6 to 9 adults 3 to 9 children and youngsters
Maximum treatment frequency (n° of sessions per week)	3	3	3
Maximum n° of sessions	5	8	5

Source: based on *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie*⁶¹



3.5. Payment mechanisms

Services provided by health professionals in ambulatory SHI and private care are subject to predetermined price schemes. There are two fee schedules per profession: one for SHI services (named EBM (“*einheitlicher Bewertungsmaßstab*“)) and one for private treatments (named GOÄ (“*Gebührenordnung für Ärzte*” and GOP (“*Gebührenordnung für Psychotherapeuten*“)).⁵⁷ In what follows, we only describe the SHI setting.

Ambulatory psychotherapy in SHI setting

In 2009, the methods for paying SHI-affiliated physicians in ambulatory care were changed. Since then, GPs and specialists, including psychotherapists, are mainly paid on a capped fee-for-service basis, with a payment ceiling that is set for each professional and adjusted for his or her

- specialisation
- number of cases the professional treated during the same quarter of the previous year
- patient age.
- points for services provided within this case-volume- and age-based payment ceiling (CVAPC) are reimbursed with a uniform nation-wide conversion rate per point, i.e. a fixed euro price per point. Services provided beyond the CVAPC are reimbursed at a much lower rate.⁶²

Health care professionals are not paid directly by the sickness funds. Instead, sickness funds make total payments to the regional associations of SHI affiliated professionals, and these regional associations in turn distribute these payments among their members according to the Uniform Value Scale. The Uniform Value Scale describes the various services that can be charged by SHI physicians. Services are not expressed in monetary form but as points in the Uniform Value Scale.

Different EBM lists are yearly published, amongst which

- for physician psychotherapists (http://www.kbv.de/media/sp/EBM_PsychothMedizin_20150101_OPM_BE.pdf),
- for non-physician psychotherapists (http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Psychotherapeut_20150101_OPM_BE.pdf)

- for psychiatrists (http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Psychiater_20150101_OPMBE.pdf).
- the various professions are allowed to be reimbursed for different services and the according fees have developed historically

Psychotherapy in inpatient care

Payments for German inpatient care are based on a patient classification system. Treatment cases are assigned to Diagnosis Related Groups (DRGs) with homogeneous treatment costs. In 2012, there were 1 193 DRGs in the G-DRG (German DRG) system, encompassing approximately 13 000 diagnoses and 23 000 procedures. The German type of DRGs are used in all acute hospitals for all types of services, and since 2013 a DRG-like system has also been introduced for care in departments of psychiatry, psychotherapy and psychosomatic medicine. The payments for the mental health care services nevertheless remains based on *per diem* payment.⁵⁷

3.5.1. Out-of-pocket payments

SHI scheme

When the application for psychotherapy treatment has been approved, SHI entirely covers its cost. Before 2013, a patient who had not seen a physician during the quarter, had to pay a quarterly practice charge (*Praxisgebühr*) of €10 to the psychotherapist. In 2013, this practice charge has been abolished.

3.6. Quality measurement

Quality support for outpatient psychotherapy services is mainly based on the supervision of the psychotherapy professions by the Psychotherapists' Chambers, on the one hand, and on the guidelines for treatment, on the other hand.⁶³ Practices of SHI-accredited psychotherapists are also subject to a directive of 2006 of the Federal Joint Committee which sets requirements for internal quality management of physicians, psychotherapists and ambulatory healthcare centres (*Medizinische Versorgungszentren*).⁵⁷ To our knowledge, there is no systematic outcome data registration on ambulatory mental health care in Germany. Description of the Swiss situation⁶⁴⁻⁷⁴



3.7. Mental health care professions and their roles

3.7.1. Physicians specialised in psychiatry and psychotherapy

Legal framework

Specific federal law

Roles

- (Child and adolescents) physicians specialised in psychiatry and psychotherapy are allowed to give psychiatric services (Psychiatric diagnosis and therapy) next to psychotherapy (i.e. pharmaceutical treatments as support to psychotherapy).
- Delegating (*Child and adolescents*) physicians specialised in psychiatry and psychotherapy could in addition delegate patients to maximum 4 psychologists psychotherapists and/or up to 100 hours per week.

Education

- *Physicians* specialised in psychiatry and psychotherapy are medical doctors postgraduated in psychotherapy (3-5 years)
- Delegating physicians specialised in psychiatry and psychotherapy have in addition to get an complementary training certificate (Attestation de formation complémentaire (AFC) Psychothérapie déléguée)

3.7.2. Psychologists

Legal framework

The LPsy is the federal law on the professions of the psychology. It was voted in mars 2011 and have be implemented in the beginning of 2013.

Roles

Psychologists are allowed to give psychological support but no psychotherapy. They can also give psychiatric outpatient and non-medical services in a recognised institution or hospital departments, similar to the non-medical personal (nurses, and psychiatry nurses, sociotherapists, i.e. social worker, specialized educators with complementary training and other if they have received an appropriate training).

Education

To become a psychologist, a master, licence or diploma of studies in psychology is required, i.e. minimum 5 years of study in psychology including practical training in a psychiatric clinic or an outpatient institution.

3.7.3. Independent psychotherapist and delegated psychotherapists

Roles

- *Psychotherapist* could practice under their own responsibility in the field of psychotherapy: right assessment of the situation, understanding and treatment and prevention of mental disorders.
- Those who are *delegated* by a medical doctor work under prescription and under his/her supervision and responsibility.

Education

To become a psychotherapist, psychologists (or medical doctors) have to get a post graduation in psychotherapy, i.e. 4 years including 2 years as part of a postgraduate clinical practice. The theoretical knowledge on the chosen methodology and in core training has to count at least 500 units (1 unit= 45 minutes of education)), and a minimum of 150 units of self-experience in the chosen therapy, including at least 50 individual sessions (50 minutes) and 50 group sessions (90 minutes) with at least 10 persons in the group. For group therapy, 2/3 of the units have to be done in group sessions.

To practice psychotherapy as delegated psychologist in a hospital or in a medical practice, psychologists have to satisfy the requirements of the Swiss Charter for psychotherapy and/or the requirements from the professional associations (Federation of Swiss Psychologists (FSP), Association of Swiss Psychotherapists (ASP) or Swiss Association of Applied Psychology (SBAP)) to get the title of 'psychotherapist'. In addition, the practitioner has to fulfil the requirements cantonal legal provisions relating to the practice of the profession of psychologist / psychotherapist, if any.



3.7.3.1. Orthopedagogist

Orthopedagogics are not a profession in Switzerland. Curative pedagogist could be an equivalent.

3.7.4. Work setting

Switzerland counted in 2012, 5700 active psychotherapists, representing 3,100 full-time equivalent (FTE).

- One third of these FTE are independent psychologists or psychotherapists practising in their office.
- One third of these FTE are psychologists or psychotherapists practising as delegate in an office.
- A quarter are psychologists psychotherapists practising in stationary institutions (inpatients non hospital institution or recognised division of hospitals)
- 10% practise in outpatient setting, the majority working in a psychiatric clinic or in an institution managed by a psychiatrist

In 2012 there were 3.1 million consultations and almost 260 000 patients treated.

The largest share of benefits (1.1 million consultations, 85000 patients) was provided in the field of psychotherapy delegated medical office, followed by private practice (one million consultations, 78 000 patients) and outpatient psychotherapy in institutions (700 000 consultations, 57 000 patients). The numerically weakest area is the stationary psychotherapy in institutions.

3.7.5. Organization and referral scheme

Access to independent psychologist as psychotherapists is direct, there is no need to be referred by a medical doctor.

3.7.6. Reimbursed indications

Only therapies under responsibility of a medical doctor (psychiatrist) are reimbursed by the basic health insurance.

Psychotherapy practiced for self-discovery, self-realisation or personality development is not reimbursed. Diagnoses are eligible for reimbursement according to the ICD-10 mental disorders and behaviour disorders categories.

TARMED tariffs are then applied. Patients are charged by their therapists, and are expected to pay their bills personally; they then submit the bill to their insurance company who will reimburse 90% of the total sum. Because the reimbursement by health insurance depends on the price valid for the home or workplace (see further), the insured who cannot seek treatment near his home or place of work is not refunded.⁶⁷

For independent psychologist as psychotherapists there is up to now no reimbursement by the basic (general) health insurance, only by private (additional) insurances.

3.7.7. Reimbursed treatments

3.7.7.1. Requirement to give reimbursed treatment

According to the type of treatment, several requirements have to be fulfilled by the therapist in order to get reimbursement of the benefit.



Table 7 – TARMED tariffs conditions

	Psychiatric diagnosis and therapy	Psychological services or non medical psychotherapeutic in hospital psychiatry	Delegated psychotherapy in a medical practice	Psychiatric outpatient and non medical services in recognized institution or in hospital recognised divisions
Titres requis	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents Psychiatrie et psychothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin délégué : Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents Psychiatrie et psychothérapie AFC Psychothérapie déléguée Psychologue / psychothérapeute délégué : études universitaires en psychologie comme discipline principale y compris la psychopathologie satisfaire aux conditions de la Charte suisse pour la psychothérapie et/ou des associations FSP, ASP ou SBAP pour l'attribution du titre « psychothérapeute »; remplir les dispositions légales cantonales plus exigeantes relatives à l'exercice de la profession de psychologues/psychothérapeute s'il en est; être engagés par l'hôpital où le médecin délégué exerce et fournir leurs prestations dans cet hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin délégué : Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents Psychiatrie et psychothérapie AFC Psychothérapie déléguée Psychologue / psychothérapeute délégué : études universitaires en psychologie comme discipline principale y compris la psychopathologie satisfaire aux conditions de la Charte suisse pour la psychothérapie et/ou des associations FSP, ASP ou SBAP pour l'attribution du titre « psychothérapeute »; remplir les dispositions légales cantonales plus exigeantes relatives à l'exercice de la profession de psychologues/psychothérapeute s'il en est; être engagés par le spécialiste délégué et fournir leurs prestations dans son cabinet médical. Max 4 délégués par médecin et/ou 100 heures par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> Direction : Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents Psychiatrie et psychothérapie Prestations effectuées par le personnel non médical (infirmières et infirmiers en psychiatrie et sociothérapeutes tels qu'assistants sociaux et éducateurs spécialisés ayant suivi une formation complémentaire, psychologues diplômés et autres intervenants non-médecins au bénéfice d'une formation appropriée)
Prescription		Sur prescription ET sous surveillance médicale	Sur prescription OU sous surveillance médicale	



List of reimbursed treatments

- Psychiatric diagnosis and therapy
- Psychological services or non-medical psychotherapy in hospital psychiatry
- Delegated psychotherapy in a medical practice
- Psychiatric outpatient and non-medical services in recognised institution or hospital departments

Currently, psychotherapists are required to submit a short report before the 10th session to a medical examiner who decides whether or not an additional 30 sessions are reimbursed. After a total of 40 sessions, a more comprehensive report is required, and chances of being funded diminish.

Tariffs setting

The tariffs of the medical (and technical) services are elaborated according a rational method of calculation inspired by the *Resource-based relative value scale* developed in the United States in the 80's⁶⁸. The method

Tariffs structure and value of the benefits

includes a detailed analysis of all the resources needed to produce a commodity or a service, i.e. needed time, difficulty, risk, training required, material resources etc.

The analysis lead to the award of a number of points to each benefit.

The principles of this tariffs system are⁶⁶:

- A uniform basic nomenclature, i.e. the number of points for each medical service is the same for each Swiss 'canton'.
- A balance between intellectual and technical services
- Tariffs based on the services respect the rules of business economics. E.g: consideration of time spent outside the patient's presence.
- Flexibility: a differentiated value for the points can be defined by canton. This is because of the differences in the former tariffs, the amount of physicians, the cost of living, etc.

Negotiation between actors focuses only on the monetary value of the point.⁶⁸

Table 8 – Tariffs structure and value of the benefits

	Psychiatric diagnosis and therapy	Psychological services or non-medical psychotherapy in hospital psychiatry	Delegated psychotherapy in a medical practice	Psychiatric outpatient and non-medical services in recognized institution or hospital departments
Individual therapy, 1st session	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 18 times per session • 1 session par case • Pt PM: 11.87 Pt PT: 6.05 	NA	NA	NA
Individual therapy, for every next session	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 15 times per session • Pt PM: 11.87 Pt PT: 6.05 	NA	NA	NA



	Psychiatric therapy	diagnosis and	Psychological services or non-medical psychotherapy in hospital psychiatry	Delegated psychotherapy in a medical practice	Psychiatric outpatient and non-medical services in recognized institution or hospital departments
Diagnoses and treatment, individual session	NA		<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 18 times per session • • • Pt PM: - Pt PT: 12.49 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 18 times per session • • • Pt PM: - Pt PT: 12.46 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • For the effective length of the treatment • Max 4 hours per week • Pt PM: - Pt PT: 8.94
Couple session	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Billings by 2 specialists max • Couple = 2 persons living together • Pt PM: 5.93 Pt PT: 3.02 		<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Couple = 2 persons living together • Pt PM: - Pt PT: 6.25 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Couple = 2 persons living together • Pt PM: - Pt PT: 6.23 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • For the effective length of the treatment • Max 4 hours per week* • Couple = no definition • Pt PM: - Pt PT: 4.47
Family session	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Billings by 2 specialists max only for the reference patient • Family = 3 persons or more having family ties • Pt PM: 11.87 Pt PT: 6.05 		<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Family = 3 persons or more having family ties • Pt PM: - Pt PT: 12.49 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Family = 3 persons or more having family ties • Pt PM: - Pt PT: 12.46 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • For the effective length of the treatment • Max 4 hours per week* • Family= no definition • Pt PM: - Pt PT: 8.94
Group session	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Billings by 2 specialists max proportionally to the number of participants 		<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Group = 3 à 10 persons • Pt PM: - Pt PT: 12.49 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • Max 21 times per session and per patient • Group = 3 à 10 persons • Pt PM: - Pt PT: 12.46: 	<ul style="list-style-type: none"> • By 5 minutes periods • For the effective length of the treatment • Max 4 hours per week* • Group = 3 à 10 persons • Pt PM: - Pt PT: 8.94



	Psychiatric diagnosis and therapy	Psychological services or non-medical psychotherapy in hospital psychiatry	Delegated psychotherapy in a medical practice	Psychiatric outpatient and non-medical services in recognized institution or hospital departments
	<ul style="list-style-type: none"> Group = 3 à 10 persons Pt PM:11.87 Pt PT: 6.05: 			
Phone consultation (also for relatives of children and patients unable to speak)	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods Max 4 times per session Pt PM:11.87 Pt PT: 6.05 	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods Max. 48 times per 6 months Pt PM: - Pt PT: 12.49 	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods Max. 48 times per 6 months Pt PM: - Pt PT::12.46 	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods For the effective length of the treatment Max 4 hours per week* Pt PM: - Pt PT: 8.94
Service in the absence of the patient (including the study of the file)du dossier)	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods Max. 36 times per 3 months <p>Applies to any medical service for the treatment of the patient, performed in the absence (except telephone consultation) and necessarily by the specialist in psychiatry, verbally or by telephone, for example, obtaining information from third parties, information given to relatives or to others the patient reference, discussions with therapists and caregivers, sending home a consulting physician prescribing or prescriptions outside consultations, visits and telephone consultations</p>	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods Max. 48 times per 6 months <p>Applies to any benefit for the treatment of the patient, performed in the absence (except telephone consultation) and necessarily by non-physician verbally or by telephone therapists, for example, obtaining information from third parties, information given to relatives or d others from patient reference discussions with therapists and caregivers, case studies, interpretation of tests, comprehensive report writing provided that there is no other compensation</p>	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods Max. 48 times per 6 months <p>Applies to any benefit for the treatment of the patient, performed in the absence (except telephone consultation) and necessarily by non-physician verbally or by telephone therapists, for example, obtaining information from third parties, information given to relatives or d others from patient reference discussions with therapists and caregivers, case studies, interpretation of tests, comprehensive report writing provided that there is no other compensation</p>	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods For the effective length of the treatment Max 4 hours per week*



	Psychiatric therapy	diagnosis and	Psychological services or non-medical psychotherapy in hospital psychiatry	Delegated psychotherapy in a medical practice	Psychiatric outpatient and non-medical services in recognized institution or hospital departments
	<ul style="list-style-type: none"> Pt PM:11.87 Pt PT: 6.05: 		<ul style="list-style-type: none"> Pt PM: Pt PT: 	<ul style="list-style-type: none"> Pt PM: Pt PT: 	<ul style="list-style-type: none"> Pt PM: Pt PT:
Psychiatric crisis intervention	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods No limit Pt PM:11.87 Pt PT: 6.05: 		NA	NA	NA
Comment of psychological and psychiatric test by the specialist as exclusive psychiatric service	<ul style="list-style-type: none"> By 5 minutes periods Max 30 times per session Pt PM:11.87 Pt PT: 6.05: 		NA	NA	NA

Pt PM=point medical service Pt PT= point technical service

* In emergency or crisis situations, the limit to four hours per week may be exceeded. The insurer may request a justification. The invoiced must not exceed the average of four hours per week spread over the duration of treatment.



Frequency, duration and intensity of reimbursed interventions

Across all forms of activities, number of psychotherapy sessions used by a majority of patients (57 to 60 percent) is between 2 and 20 per year. The patients who have more than 40 annual meetings represent only 4 percent. More than three quarters of consultations / therapy sessions provided in 2012 lasted between 45 and 60 minutes. Fifty percent were longer, 7 percent shorter. It is in the 'stationary medium' (inpatient institutions (asylum), which are not recognized as hospitals) that short sessions are proportionally more frequent.

Tableau no 45: Destinataires de prestations et prestations psychothérapeutiques brutes de l'assurance complémentaire « Psychothérapie » en 2012

	Total		0-19 ans		20-39 ans		40-64 ans		65+ ans		
	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Nombre des destinataires de prestations*	37'200	25'200	12'000	4'100	3'900	9'800	3'300	10'200	4'300	1'200	400
Prestations brutes remboursées par destinataire de prestations** en francs	500	490	510	550	540	490	520	480	500	390	370
Prestations brutes en millions de francs	18.5	12.4	6.2	2.2	2.1	4.8	1.7	4.8	2.2	0.5	0.2

Remarques: *nombres arrondis à la centaine la plus proche; **nombres arrondis à la dizaine la plus proche
Source: données d'un assureur-maladie qui propose des prestations complémentaires ; extrapolations : BASS

This extrapolation is based on data from a single health insurer, relatively large. Therefore, caution is required when interpreting these results, especially as complementary insurance products from different insurers are very heterogeneous, particularly with regard to the management of psychotherapeutic services and regarding the volume of covered benefits. One cannot generalise these data.

3.7.8. Payment mechanisms

Part time and the combination of independent and employee activity are frequent.

3.7.8.1. Independent psychotherapists psychologists

Psychotherapies in private practice of independent psychotherapist psychologist is not financed by the health insurance. Patients mainly have to pay themselves for the psychotherapy. Some reimbursements could be in charge of a complementary health insurances, accident insurance,

military insurances, invalidity insurance (only for children and adolescents), foundations and public sector (judiciary authority, welfare).

More than half of the patients being treated by a psychologist psychotherapist and whom are not covered by the basic insurance have a complementary insurance and use its services. On average, a third of the cost per person is covered by the complementary insurance. The number of recipients of psychotherapy is estimated at some 37 000 people, which are reimbursed an average of 500 francs for psychotherapy by the complementary insurance.

3.7.8.2. Delegated psychotherapists psychologists

Delegated psychotherapist psychologist are employed in a medical practice. The medical doctor in charge bills the benefits to the compulsory healthcare insurance, based on the TARMED tariffs. The psychotherapists receive a salary that was negotiated with the physician.

3.7.8.3. Psychotherapists psychologists practising in an outpatient institution

Psychotherapists psychologists practising in an outpatient institution could be paid via the TARMED if the setting is directed by a medical doctor. Otherwise, their services are conditioned like those given in private practice.

3.7.8.4. Psychotherapists psychologists practising in inpatient medical setting (stationary institution):

Psychotherapists psychologists practising in inpatient medical setting are financed according to the agreed tariff (daily fee or fee per case).

3.7.8.5. National expenditures

In 2012, the cost of psychotherapeutic outpatient services provided in the presence of patients amounted to 406 million Swiss francs for 240 000 patients, i.e. some 2.7 million visits / therapy sessions, all durations combined.

The volume of individual psychotherapeutic benefits and their actual cost is generally not presented in detail, the study could not establish the cost of psychotherapy carried out by psychologist's stationary medical community.



3.7.9. Quality management

The Swiss Charter for psychotherapy

Quality is ensured by the creation of a Swiss charter for the psychotherapy. This consensus document defines the psychotherapy in details, the necessary training and the criteria to affiliate.

Psychotherapists entering in consideration for a financial intervention of the public health insurance have to adhere to the charter.

Waiting lists

The waiting period is two to four weeks for all types of activities.

For independent psychotherapist, there is an average of 2.6 weeks; which is lower than in the delegated psychotherapy sector (3.2 weeks) and in-patient institutions (3.6 weeks)

3.8. Additional information

3.8.1. Number of practitioner of psychotherapy

Tableau no. 1: Masse statistique prise en considération en Suisse

	Masse statistique estimée	
	n	%
Personnes qui ont une activité psychothérapeutique	5'733	100
Intervalle de confiance: 95%	[5'683; 5'783]	
dont		
Personnes qui exercent une activité psychothérapeutique qui ont un titre de spécialisation	4'363	76
Intervalle de confiance 95%	[4'313; 4'413]	
Personnes en cours de formation postgrade qui exercent une activité psychothérapeutique	1'370	24
Intervalle de confiance 95%	[1'337; 1'403]	

Source: Enquête structurelle, extrapolations BASS



3.8.2. Number of professionals

Tableau no 11: Le nombre de psychothérapeutes par type d'activité

	Hors institution	Institution							Total	
		Ambulatoire	Semi-résidentiel	Stationnaire	Ambulatoire et semi-résidentiel	Ambulatoire et stationnaire	Semi-résidentiel et stationnaire	Ambulatoire, semi-résidentiel et stationnaire		
Hors cabinet	-	878	89	281	28	128	12	34	1450	
PT indépendante	1589	260	18	91	14	25	(2)	(3)	2002	
En cabinet	PT déléguée	663	222	21	55	-	41	-	(1)	1003
PT indépendante et déléguée	1055	153	27	26	14	-	-	(3)	1278	
Total	3308	1514	155	452	56	194	14	41	5733	

Remarque: les valeurs entre parenthèses () se basent sur n < 5
Source: Enquête structurelle ; extrapolation : BASS

Tableau no 12: Le nombre de psychothérapeutes par type d'activité, en pour cent

	Hors institution	Institution							Total	
		Ambulatoire	Semi-résidentiel	Stationnaire	Ambulatoire et semi-résidentiel	Ambulatoire et stationnaire	Semi-résidentiel et stationnaire	Ambulatoire, semi-résidentiel et stationnaire		
Hors cabinet	-	15%	2%	5%	0%	2%	0%	1%	25%	
PT indépendante	28%	5%	0%	2%	0%	0%	(0%)	(0%)	35%	
En cabinet	PT déléguée	12%	4%	0%	1%	-	1%	-	(0%)	18%
PT indépendante et déléguée	18%	3%	0%	0%	0%	-	-	(0%)	22%	
Total	58%	26%	3%	8%	1%	3%	0%	1%	100%	

Remarque: les valeurs entre parenthèses () se basent sur n < 5
Source: Enquête structurelle ; extrapolation : BASS



3.8.3. Number of session and duration

Tableau no 33: Estimation de la durée et du volume des psychothérapies achevées en 2012

	En cabinet		En institution		Total
	PT indépendante	PT déléguée	PT ambulatoire	PT stationnaire	
Durée moyenne d'une psychothérapie (en mois)	17	17	12	(4)	15
Nombre moyen de séances de thérapie par psychothérapie	29	36	22	(18)	29
(n= nombre de personnes qui ont répondu)	n=287/283	n=267/271	n=90/90	n=44/46	n=287/690

Remarque: valeurs entre parenthèses (): petit échantillon n ; chiffres à interpréter avec prudence
Source: Enquête structurelle; extrapolation: BASS

3.8.4. Waiting lists

Tableau no 36: Les psychothérapeutes qui ont introduit des délais d'attente ou qui ont dû refuser des patient-e-s en 2012, selon le type d'activité

	En cabinet		En institution		Enfants et adolescent-e-s uniquement	Total
	PT indépendante	PT déléguée	PT ambulatoire	PT stationnaire		
Psychothérapeutes qui ont dû faire attendre	47%	60%	78%	52%	66%	59%
Psychothérapeutes qui ont dû refuser des patient-e-s faute de capacités	47%	58%	29%	22%	34%	43%
Psychothérapeutes sans délais d'attente ou refus de nouveaux patients	43%	25%	18%	42%	28%	31%
(n= nombre de personnes qui ont répondu)	n=451	n=385	n=181	n=121	n=205	n=1138

Exemple de lecture: en 2012, dans le domaine de la psychothérapie déléguée, 58% des psychothérapeutes ont dû refuser au moins un-e patient-e faute de capacités suffisantes ; 60% d'entre eux ont dû faire attendre au moins un-e patient-e.

Source: Enquête structurelle; extrapolation: BASS



Tableau no 37: Délais d'attente, taux de refus, d'empêchement et d'interruption en 2012, selon le type d'activité

	En cabinet		En institution		Enfants et adolescents uniquement	Total
	PT indépendante	PT déléguée	PT ambulatoire	PT stationnaire		
Délai d'attente moyen (en semaines)	2.6	3.2	3.6	2.3	3.8	3.0
Taux de refus moyen ¹⁾	8%	15%	(11%)	(6%)	9%	11%
Taux moyen de psychothérapies non effectuées pour des raisons financières ²⁾	16%	2%	(1%)	n.d.	7%	8%
Taux moyen de psychothérapies interrompues pour des raisons financières ³⁾	22%	5%	3%	n.d.	5%	10%

Remarques:

n.d. = chiffre non disponible

() Chiffres entre parenthèses: valeurs peu fiables du fait du petit nombre des réponses (n<50)

1) Selon le calcul suivant: nombre de personnes refusées / (nombre de patient-e-s traité-e-s + nombre de personnes refusées + nombre de personnes empêchées de suivre une psychothérapie pour des raisons financières)

2) Selon le calcul suivant: nombre de personnes empêchées de suivre une psychothérapie pour des raisons financières / (nombre des patient-e-s traité-e-s + nombre des personnes refusées + nombre de personnes empêchées de suivre une psychothérapie pour des raisons financières)

3) Selon le calcul suivant: nombre d'interruptions du traitement (resp. fréquence très réduite des séances) pour des raisons financières / nombre des patient-e-s traité-e-s

Source: Enquête structurelle; extrapolation: BASS



3.8.5. Categories of tariffs

Tableau no 9: Chapitre 02 TARMED, « Psychiatrie »: sous-chapitres et positions tarifaires

Chapitre 02 TARMED, « Psychiatrie »	
02.01 Diagnostic et thérapie psychiatriques	
001.02.0010, Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie individuelle, première séance, par période de 5 min.	
001.02.0020, Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie individuelle, pour chaque séance suivante, par période de 5 min.	
001.02.0030, Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie de couple, par période de 5 min.	
001.02.0040, Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie familiale, par période de 5 min.	
001.02.0050, Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie de groupe, par période de 5 min.	
001.02.0060, Consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min.	
001.02.0070, Prestation médicale en l'absence du patient (y compris l'étude du dossier), par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min.	
001.02.0080, Intervention de crise psychiatrique, par période de 5 min.	
001.02.0090, Commentaire de test psychologique et psychiatrique par le spécialiste, par période de 5 min, comme prestation psychiatrique exclusive	
02.02 Prestations psychologiques ou psychothérapeutiques non médicales, en psychiatrie hospitalière	
001.02.0110, Diagnostic et traitement non médicaux en psychiatrie, séance individuelle, par période de 5 min.	
001.02.0120, Diagnostic et traitement non médicaux en psychiatrie, séance de couple, par période de 5 min.	
001.02.0130, Diagnostic et traitement non médicaux en psychiatrie, séance familiale, par période de 5 min.	
001.02.0140, Diagnostic et traitement non médicaux en psychiatrie, séance de groupe, par période de 5 min.	
001.02.0150, Consultation téléphonique par le psychologue ou le psychothérapeute traitant, par période de 5 min.	
001.02.0160, Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute traitant, par période de 5 min.	
02.03 Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical	
001.02.0210, Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical, séance individuelle, par période de 5 min.	
001.02.0220, Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical, séance de couple, par période de 5 min.	
001.02.0230, Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical, séance familiale, par période de 5 min.	
001.02.0240, Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical, séance de groupe, par période de 5 min.	
001.02.0250, Consultation téléphonique par le psychologue ou le psychothérapeute délégué, par période de 5 min.	
001.02.0260, Prestation en l'absence du patient, par le psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 5 min.	
02.04 Prestations psychiatriques ambulatoires et non médicales, dans le cadre d'institutions et de divisions hospitalières reconnues	
001.02.0310, Traitement ambulatoire non médical en psychiatrie, séance individuelle, par période de 5 min.	
001.02.0320, Traitement ambulatoire non médical en psychiatrie, séance de couple, par période de 5 min.	
001.02.0330, Traitement ambulatoire non médical en psychiatrie, séance familiale, par période de 5 min.	
001.02.0340, Traitement ambulatoire non médical en psychiatrie, séance de groupe, par période de 5 min.	
001.02.0350, Consultation téléphonique par du personnel soignant non médical en psychiatrie, par période de 5 min.	
001.02.0360, Prestations en l'absence du patient par du personnel traitant non médical en psychiatrie, par période de 5 min.	

Source: TARMED Suisse (<http://onb.tarmedsuisse.ch>); représentation tabellaire: BASS

3.8.6. Prevalence of reimbursed psychotherapy

Tableau no 2: Le coût des psychothérapies effectuées par des psychologues en 2012

	Coûts	
	En millions de CHF	en %
AOS TARMED ^{*)}	245.5	60%
AA/AM	3.3	1%
AI	23.3	6%
Assurances sociales	272.1	67%
Intervalle de confiance 95%	[248.3; 295.9]	
Autorités judiciaires	3.3	1%
Aide sociale	0.7	0%
Aide aux victimes	4.7	1%
Autres collectivités publiques	8.5	2%
Secteur public (Confédération/cantons/communes)	17.1	4%
Intervalle de confiance 95%	[14.1; 20.1]	
Institutions d'intérêt public	0.7	0%
Prise en charge personnelle + assurances complémentaires	116.4	29%
Secteur privé	117.1	29%
Intervalle de confiance 95%	[94.5; 139.7]	
Total général	406.3	100%
Intervalle de confiance 95%	[365.6; 447.0]	

Source: Enquête structurelle ; extrapolations : BASS
 *) Il s'agit uniquement des coûts facturés par l'intermédiaire de TARMED pour des « prestations fournies en présence de patient-e-s ».



Tableau no 40: Prestations brutes de l'AOS selon TARMED 2012 (montant total + chapitre 02, « Psychiatrie »)

	En millions de CH	Pour cent
TARMED, total 2012	9'857.4	100%
TARMED, chapitre 02, « Psychiatrie »	1'055.2	11%
TARMED, chapitre 02, « Psychiatrie »	1'055.2	100%
02.01 « Diagnostic et thérapie psychiatriques »	734.7	70%
02.02 « Prestations psychologiques ou psychothérapeutiques non médicales, en psychiatrie hospitalière »	83.2	8%
02.03 « Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical »	198.9	19%
02.04 « Prestations psychiatriques ambulatoires et non médicales, dans le cadre d'institutions et de divisions hospitalières reconnues »	38.3	4%
02.05 « Electroconvulsivothérapie »	0.2	0%
Psychothérapie effectuée par un-e psychologue agréé-e TARMED		
TARMED 2012, total	9'857.4	100%
02.02 « Prestations psychologiques ou psychothérapeutiques non médicales, en psychiatrie hospitalière »	83.2	1%
02.03 « Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical »	198.9	2%
Psychothérapie effectuée par un-e psychologue, total	282.1	3%

Source: SASIS AG; représentation tabellaire: BASS

Tableau no 45: Destinataires de prestations et prestations psychothérapeutiques brutes de l'assurance complémentaire « Psychothérapie » en 2012

	Total	Total		0-19 ans		20-39 ans		40-64 ans		65+ ans	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Nombre des destinataires de prestations*	37'200	25'200	12'000	4'100	3'900	9'800	3'300	10'200	4'300	1'200	400
Prestations brutes remboursées par destinataire de prestations** en francs	500	490	510	550	540	490	520	480	500	390	370
Prestations brutes en millions de francs	18.5	12.4	6.2	2.2	2.1	4.8	1.7	4.8	2.2	0.5	0.2

Remarques: *nombres arrondis à la centaine la plus proche; **nombres arrondis à la dizaine la plus proche
Source: données d'un assureur-maladie qui propose des prestations complémentaires ; extrapolations : BASS

Tableau no 17: Répartition du temps de travail entre les trois cercles

	Activité psychothérapeutique		Conditions préalables et conditions cadres					n = nombre de personnes qui ont répondu
	1er cercle: PT* en présence de patient-e-s	2e cercle: PT* en l'absence de patient-e-s	Administration / comptabilité	Supervision de son propre travail / Formation postgrade	Tâches de gestion	Total		
PT avec titre de spécialisation								
indépendante	66%	15%	9%	8%	2%	100%	450	
déléguée	72%	13%	7%	7%	1%	100%	330	
ambulatoire	57%	18%	10%	6%	9%	100%	156	
stationnaire	49%	24%	9%	6%	12%	100%	88	
PT en formation postgrade								
indépendante	-	-	-	-	-	-	-	
déléguée	68%	14%	5%	12%	0%	100%	59	
ambulatoire	51%	19%	7%	14%	9%	100%	30	
stationnaire	42%	32%	13%	11%	3%	100%	41	

Remarque: *PT = psychothérapie
Source: Enquête structurelle; calculs: BASS



4. DESCRIPTION OF THE DANISH SITUATION^{70, 75-77}

4.1. Mental health care professions and their roles

4.1.1. Psychiatrist

Role

Psychiatrists normally see very sick patients (severe depression, severe obsessive-compulsive disorder (OCD), bipolar disorders, schizophrenia, severe anorexia, psychotic patients). They are usually in charge of the treatment and have rights to refer to psychotherapeutic treatment⁷⁶.

Education

Psychiatrists are medical doctors who has specialised in psychiatry. The specialisation in psychotherapy is done at great personal costs (time of practice and training - because no sponsored courses by pharmaceutical industries). There is a great majority of psychiatrist trained in psychodynamic orientation and very few in cognitive behavioural psychotherapy⁷⁶. However, in a decade or so CBT may become dominant.⁷⁷

4.1.2. General Practitioners

Role

GP could offer brief psychotherapeutically oriented consultations.

Education

There is no training in psychotherapy included in their training. They are free to follow they own training.

4.1.3. Psychologist

“Psychologist” is a protected title in Denmark⁷⁸

Role

Psychologist treat individuals suffering from physical or psychological illness, including depression, anxiety, personality disorders and eating disorders. In psychiatric settings psychologists treat all type of patients.

Psychologists typically work within the field of psychological counselling or therapy in relation to individuals or groups, psychological examinations including psychological testing with various psychological testing materials.

Psychologist with a 4 years specialised training in psychiatry have the right to examine, assess, diagnosis, and treat.

Psychologists in private practices have clients with a range of different issues such as personal problems, marital problems, deaths or serious illness in the family, traffic accidents or other serious incident.

Psychologists also make statements based on their examinations of clients in cases of custody of or residence for a child after a divorce, suitability as a parent, or psychological assessment of a person's ability to work. Examinations are made on request by the social- and family responsible authorities or by the courts.

Education

To become a psychologist, students have to obtain a bachelor in psychology (in Denmark 3 years full-time study in psychology with a minimum of 180 ECTS points). Subsequently he/she need to obtain a “candidate” degree which is more or less equivalent to a master's degree (in Denmark normally 2 years of full time study with a minimum of 120 ECTS points), including 16 weeks of internship⁷⁵. Candidates are generalists in the psychological field with a little training in psychotherapy. In total, education in psychology in order to get the diploma lasts thus a minimum 5 years at university.⁷⁹

In order to obtain public authorisation as psychologist (licence) a minimum of two years of clinical practice postgraduation with at least 160 hours of supervision is required, minimum 500 contact hours in the area of assessment and minimum 500 contact hours in the area of intervention. In addition, a minimum of 200 contact hours of group therapy is required⁷⁵.

This authorisation gives access to contract with national health insurance - However, the public health insurance system only has a limited number of contributor numbers available and these are distributed according to geographic location, so many authorised psychologists do not have this contract. In 2013, 854 psychologists held a contributor number.

For authorised psychologists: law of psychologists administrated by the Danish Supervisory board of psychological Practice.



The authorization gives also the opportunity to become a specialist. There are ten specialisations for psychologists. These are⁸⁰:

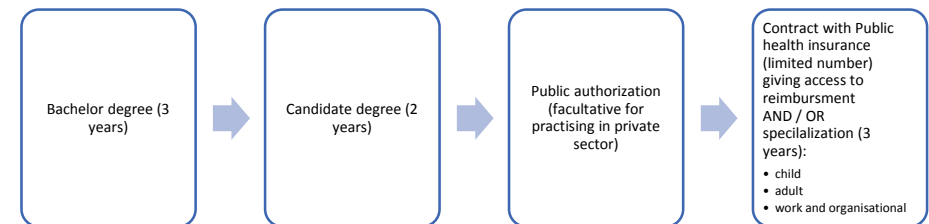
- **Clinical Child Psychology:** Mental disorders in children and adolescents – causes, characteristics and treatment.
- **Clinical Child Neuropsychology:** Children and adolescents with developmental disorders caused by congenital or acquired brain damages or dysfunctions.
- **Educational Psychology:** The interaction between children’s development and learning and the organization of educational environments and systems.
- **Health Psychology (children/adults):** Health promotion and psychological efforts in relation to physical illness.
- **Psychotherapy (children/adults):** Psychological treatment methods applied to mental and somatic diseases.
- **Psychopathology:** The origin and symptoms of mental illnesses and their impact on the life of the individual.
- **Psychotraumatology:** Human reactions, chronic illnesses and injuries related to traumatic events.
- **Clinical Neuropsychology:** Alterations of mind and personality resulting from diseases and injuries to the brain.
- **Gerontopsychology:** Mental challenges and problems in elderly people related to, among other disorders, depression and dementia
- **Work and Organizational Psychology:** Development of individuals and groups based on work-related and organizational correlations.

This requires 3 years (within the last 8 years) of full time work within the specialty and 240 hours of supervision within this specialty, including at least 40 hours of personal development work. A number of theoretical courses designed for the specialty are also necessary. The theoretical courses to become a specialists are split up in 4 parts (or modules), there is a 90 hours shared package for all specialties, a multidisciplinary 60 hours package a research module of another 60 hours and a specialty module of 150 hours so all together you need an additional 360 hours of education before you can call yourself a specialist.⁷⁹ The specialisation in psychotherapy is done at great personal and economical costs.

In 2014, about 3083 psychologists were specialised (including 1800 specialists in psychotherapy).⁷⁶ 799 of the specialist were specialised in psychotherapy⁷⁷.

Additionally, Danish Regions offers two publicly funded degrees in psychological psychiatry (children and adolescents/adults) aimed at authorised psychologists who work in hospital psychiatry. The duration of the training is four years, and the Ministry of Health is the responsible authority as given in regulation no. 1303 on specialised training in psychological psychiatry (children and adolescents/adults) of 25/11/2010.

Figure 5 — Education in psychology in Denmark



Psychotherapist

The title “psychotherapist” is not a protected title in Denmark

Role

Because of the title is not protected, psychotherapists have no dedicated role.

Education

Anyone can call himself a “psychotherapist” without any guarantee of this person’s educational or work-related background.



All psychotherapy educations in Denmark are private educations. It is therefore not possible to educate yourself to become a psychotherapist in a public institution in Denmark¹.

Generally, psychotherapists first have an (usually public) education of minimum three years to get into the continuous education to become a psychotherapist. The type of former education is normally not so important as long as it is of “interpersonal” character. Typically it will be social workers, doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, teachers, psychologists or priests who take the education to become “psychotherapist” i.e. on top of the education that they already have

4.1.4. Orthopedagogist

Masters (or bachelors) educations are organized in Denmark. Nevertheless, they do not have a focus on mental illnesses and that people who are trained in these methods are not considered mental health professionals. Because their role is different as compared to the Belgium situation, they are not further discussed in this report.

4.2. Work setting

4.2.1. Psychiatrists

Psychiatrists are working in inpatient and outpatients clinical wards. In 2008, only 200 were recognised as specialised in psychotherapy, which is about 1 in 6 psychiatrist (124 for adults and the others for child and adolescents)⁷⁷

4.2.2. Psychologists

They were over 6400 licensed psychologists in January 2012, 50% working within the welfare and health care institutions⁷⁵.

Psychologist in Denmark are:

- **employed in public settings** : Within the public sector, psychologists work in municipalities or regions primarily within the social sector such as family relations and education. Some also work within the health

sector at hospitals. They receive a monthly (known and publicly funded) salary. In 2014, 1100 were practising psychotherapy in mental health care institutions.⁷⁷ There have been and still is a major growth in the numbers of psychologist in part due to about 15 years with shortage of Danish psychiatrists. This will continue in the years to come.⁷⁷ They could also be employed in the social welfare system to intervene with children or families with children or rehabilitation work (max 10 sessions).

- be **independent for the Public Health Insurance** (72% in 2012⁷⁵). They need then to be authorised by national authorities to obtain a contributor number.
- In the **private sector**: Within the private sector psychologists work in private practices either employed or independently.
- be **independent** or work as consultants in a **consultancy company**: practising psychologist (clinical) and those psychologists working on organizational or work-related matters.

4.2.3. Psychotherapists

Psychotherapists are independent.

4.3. Organization and referral scheme

Gatekeeping system is applied in Denmark, i.e; patient need to be referred by a GP to see a psychiatrist. It is also the case for the consultation of a psychologist if you expect to be reimbursed for the treatment.

Nevertheless, today, the usual procedure is that the psychologist must assess if the diagnosis is correct before undertaking the reimbursed treatment.

¹ In general educations are public and free in Denmark and you even get a salary to go to University. This is also the case if you want to become a psychologist, or a doctor/psychiatrist, of course



4.4. Reimbursed indications

4.4.1. Psychiatrists

Psychiatrists in Denmark use the ICD-10 system.

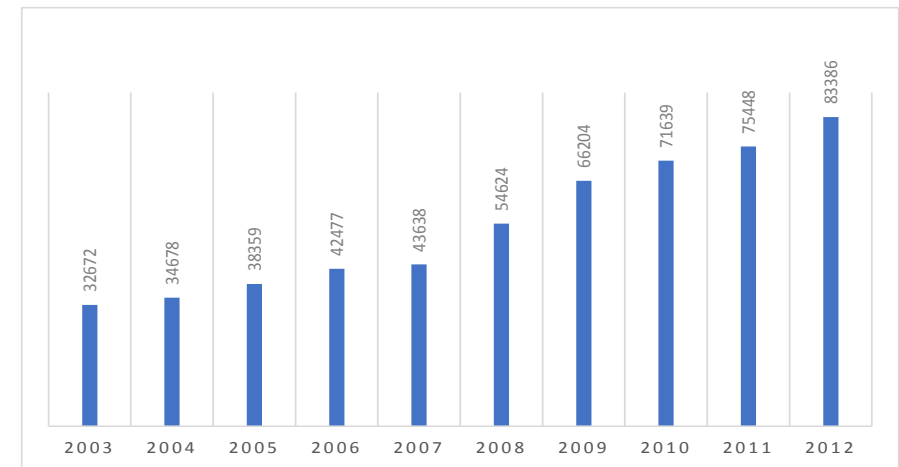
4.4.2. Psychologists

Treatment given by a psychologist having a contract with the National Health Service partly reimbursed by the public system for the following indications and upon judgment made by the GP⁸¹ Victims from robbery, violence and rape

- Victims from traffic accidents and other severe accidents
- Relatives to someone with a severe mental disease
- Persons who are hit by an invalidating disease
- Relatives to persons hit by an invalidating disease
- Relatives after a death (of beloved one)
- Persons who have tried to commit suicide
- Women who has had a provoked abortion after 12th gestational week (treatment can be given before the intervention if the intervention is approved by the abortion board)
- Persons who were victims of incest or other sexual assaults before they turned 18
- Persons with minor or moderate depression (age restrictions have just been removed)
- Persons with anxiety including minor or moderate OCD , only persons between 18 and 38 years

Figure 6 shows the number of patients reimbursed since 2003.⁸² No diagnostic is recorded.

Figure 6 — Number of patients treated under the reimbursed psychology agreement from 2003 to 2012



Source: Rapport fra Moderniseringsudvalget 2013⁸²

An extra budget (130 Mio Danish kroner) was set aside for the last two conditions for 2012 – 2015.

The consequence of this was the psychologists increased their activity level for these conditions (Table 9)



Table 9 – Expense increase per region (anxiety and depression together)

Region	Jul 2011 - May 2012	Jul 2012 - Mar 2013	Increase in percentage
Total for all regions	kr 72.688.566	kr 96.223.196	+32%
North Jutland	kr 9.424.691	kr 12.544.882	+33%
Mid-Jutland	kr 18.194.899	kr 22.974.121	+26%
South Denmark	kr 14.888.982	kr 20.577.165	+38%
Capital region	kr 22.670.908	kr 29.633.196	+31%
Region Sealand	kr 8.435.327	kr 11.500.541	+36%

4.5. Reimbursed treatments

Treatment by a psychiatrist in private practice with a contract with the national health insurance (DK: Ydernummer) upon referral from a GP lasts for 30 sessions. Nevertheless, it can be renewed an unlimited number of times. Thus such a psychiatrist and in principle offer free psychotherapeutic treatment with no max. numbers of sessions as long as the GP continues to renew the referral. However, in the contract between the Danish Regions and the psychiatrists it is specified that only up to 15 % of their patient may be in psychotherapeutic treatment. In practice this is not enforced allowing more than 15 % to receive psychotherapeutic treatment. Currently, it is considered in the future to begin to enforce this.

There are no restrictions as to which type of treatment the psychologist has to offer but there are restrictions on the number of sessions (12 sessions). The period these will last over will be decided between patient and provider. Patients with anxiety or depression can have another 12 session's referral, if the psychologist and the GP find that the patient still meets the diagnostic criteria and prolonged treatment is relevant. Thus, the max number of sessions with anxiety and depression can have up to a total of 24 sessions reimbursed.

The budget is open but priority areas are sometimes provided with additional budget fixed from the regions (that have a fixed annual budget). This was

recently the case for psychological treatment for depression and anxiety so for example for depression the age criteria was removed last year (now depressed at all ages are reimbursed)⁸³ The regions have the main responsibility for the provision of hospital services – both somatic and psychiatric hospitals. They also run a number of social institutions. In 2014 the budget for treatment of depression and anxiety was 130.000.000 DKK.

Currently the yearly amount that the regions (the public system) should cover for these conditions cannot be more than 277000 Danish kroner per psychologist in 2014.⁸³ Furthermore there is max. limit of DKK 275.000 in reimbursement per psychologist having a contract with the national health insurance for referrals due to depression AND anxiety. This means that when one is reaching that maximum one cannot treat more before after New Year's and thus one will commence treatments of client with private health insurances. Add to that the if the total national sum of money given to treatment of anxiety and depression is divided with the numbers of psychologists have a contract with the national health insurance, each practitioner can in average only have DKK 128.000 reimbursed per year if not to exceed the total amount of money. In other words if you are a smart client, you get your depression in the beginning of the year as there may be long waiting time in the autumn.

4.6. Payment mechanisms

Treatment by a **psychiatrist** is free, these are specialized doctors and in Denmark you do not pay anything to go to a doctor.

For psychotherapy offered by **independent psychologists having a contract** with the national health insurance, for reimbursed conditions after referral from a GP, the psychologist will receive 40% of the price of the consultation from the patient, and 60% from the public health system. Furthermore, the patient may have a private health insurance that will reimburse some of the 40 % the patients have to pay for their treatment

No reimbursement is foreseen for **independent psychologist without contract** with the national health insurance. . However, many patients will have a private health insurance, or their union or their work place will have some kind of private health insurance that will typically pay for 5-10 sessions with a licensed (DK: authorized) psychologist.

Tariffs differ slightly according to the referral (anxiety and depression or other) and the first and following sessions



All referrals except depression and anxiety:

- First session: National health insurance: DKK 574 and Client DKK383,
- 2-12sessions: National health insurance: DKK 479 and Client DKK319,

When referred with anxiety or depression:

- 1. session: National health insurance: DKK 584 and Client DKK390,
- 2-12 (and 13-24 session i referral is give once more) sessions: National health insurance: DKK 487 and Client DKK325

Treatment by a **psychotherapist** is not reimbursed.

4.7. Quality management

4.7.1. Psychologists

License as a psychologist is given by the Psychologist board under the Ministry of Social Affairs. Approval of the specialisation as a psychologist is given by the Danish Association for Psychologists. Training institutions are accredited by the council of accreditation, the ACE Denmark, ensuring, among other, the quality⁷⁵. Although there seems to be a lot of debate about this, it does not appear that there is a systematic (or mandatory) quality assurance or outcome assessment of the psychologists in Denmark. The quality assurance that is there is by encouraging continuous education (courses etc.) for psychologist within the regional budgets (budgets set aside for this). Moreover, the criteria for obtaining authorization and specialty status are pretty rigid. Nevertheless there is no requirement for maintaining the credentials⁷⁵.

4.7.2. Psychotherapists

The “Danish Association for Psychotherapy” together with a few Ministries tries to quality ensure this profession by having a set of quality criteria that an institution/school for psychotherapy must fulfil in order to become a member of the association.

Currently there are 12 quality criteria for these schools, they relate to mission of the school, entry criteria, the content of the educational programme evaluation of the students (exams), external examinations etc.

At this moment about 45 schools for various psychotherapy educations exist in Denmark but only 26 of these have undergone the evaluation/have the quality criteria determined by the Ministries.⁸⁴

The Danish government made some guidelines that a private company used in accrediting training programmes for psychotherapists - only a few of these are psychologists or psychiatrists.



ONLINE SURVEY TO TEST TENTATIVE PRELIMINARY MODEL

4.8. Questionnaire

Titre	
Pistes de recommandations pour l'organisation de l'accès aux soins psychologiques (et d'orthopédagogie) en Belgique	Mogelijke aanbevelingen voor de organisatie van de toegang tot psychologische (en orthopedagogische zorg) in België
Texte mail d'invitation	
<p>Madame, Monsieur,</p> <p>Comme vous le savez, le KCE réalise actuellement une étude sur les modalités d'organisation et de financement éventuel des soins psychologiques (et d'orthopédagogie).</p> <p>Sur base d'une comparaison entre différents pays européens et après consultation des parties prenantes, nous avons élaboré une série de recommandations. Nous souhaitons à présent tester l'acceptabilité de certaines d'entre elles via un questionnaire en ligne. Ce questionnaire est adressé à toutes les parties prenantes que nous avons identifiées et rencontrées au cours de notre projet.</p> <p>Vous êtes cordialement invités à participer à cette enquête via le lien suivant XXX et ce avant le 3/1/2016</p> <p>Cette invitation est personnelle.</p> <p>Nous estimons que vous aurez besoin de 30 minutes environ pour compléter cette enquête. Vous pouvez remplir le questionnaire en une fois ou y revenir plus tard.</p> <p>Les résultats seront traités de manière confidentielle et vous seront présentés au cours de la réunion du 22/1/2016 afin de poursuivre la discussion.</p> <p>Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.</p> <p>Cordialement L'équipe KCE</p>	<p>Geachte mevrouw, Geachte heer,</p> <p>Zoals u weet voert het KCE momenteel een studie uit over de organisatie en de eventuele financiering van psychologische zorg (en orthopedagogie).</p> <p>Voor de ontwikkeling van onze aanbevelingen baseerden we ons op een vergelijking tussen verschillende Europese landen en overlegden we met de stakeholders. In een volgende stap willen we nu bij de stakeholders, via een online enquête, nagaan of een aantal van deze aanbevelingen aanvaardbaar zijn.</p> <p>We willen u daarom uitnodigen om deel te nemen aan de enquête, via de volgende link XXX en dit vóór 3 januari 2016.</p> <p>Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 30 minuten duren. U kan de enquête in één keer invullen of dit in meerdere stappen doen .</p> <p>De resultaten van de enquête zullen vertrouwelijk behandeld en gepresenteerd worden tijdens een vergadering op 22 januari 2016, om op basis hiervan de discussie verder te zetten.</p> <p>Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking,</p> <p>Met vriendelijke groeten, Het KCE team</p>



<p>Texte reminder</p>	
<p>Madame, Monsieur,</p> <p>Nous vous rappelons que vous êtes personnellement invité à participer à l'enquête relative aux recommandations possibles concernant les modalités d'organisation et de financement éventuel des soins psychologiques (et d'orthopédagogie).</p> <p>L'enquête est accessible via le lien XXX jusqu'au 3/1/2016</p> <p>Nous vous remercions d'avance pour votre participation</p> <p>L'équipe KCE</p>	<p>Geachte mevrouw, Geachte heer,</p> <p>Graag herinneren we u eraan dat wij u persoonlijk hebben uitgenodigd om deel te nemen aan een online enquête over de aanbevelingen voor de organisatie en eventuele financiering van de psychologische zorg en orthopedagogie. U kan deze vragenlijst tot 3 januari 2016 invullen via de link XXX.</p> <p>Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking,</p> <p>Het KCE team</p>
<p>Texte d'accueil</p>	
<p>Bienvenue dans l'enquête sur les recommandations concernant l'organisation de l'accès aux soins psychologiques et d'orthopédagogie en Belgique</p>	<p>Welkom op de online enquête over de aanbevelingen voor de toegang tot psychologische zorg en orthopedagogie in België.</p>
<p>Texte de remerciement</p>	
<p>Nous vous remercions pour votre participation. Les résultats vous seront présentés le 22/1/2016 au cours la réunion qui aura lieu de 10h à 12h dans les locaux de l'INAMI</p>	<p>Hartelijk dank voor uw deelname. De resultaten van deze enquête zullen voorgesteld worden tijdens een vergadering bij het RIZIV op 22 januari 2016.</p>
<p>Introduction</p>	
<p>À partir des données récoltées au cours des phases précédentes de notre étude, nous avons établi un cahier des charges pour l'organisation et le financement de l'accès aux soins psychologiques (et d'orthopédagogie) en Belgique. Sur cette base, nous avons ensuite établi un modèle sur lequel nous nous sommes appuyés pour émettre différentes recommandations et sur lesquelles nous souhaiterions connaître votre opinion.</p> <p>NB : pour faciliter votre lecture, nous vous soumettons une version simplifiée de notre schéma. Seuls les éléments relatifs aux recommandations testées dans ce questionnaire y figurent. L'insertion des soins psychologiques dans le réseau global de soins n'est pas illustrée ici.</p> <p>Le modèle proposé comprend</p> <ul style="list-style-type: none"> - une première ligne de soins psychologiques généralistes, ubiquitaires et accessibles à tous, fonctionnant selon un principe de <i>stepped care</i> (soit des traitements d'intensité progressive) 	<p>Met behulp van de gegevens die we verzamelden tijdens de voorgaande fases van ons onderzoek stelden we een lastenboek samen voor de organisatie en de financiering van de toegang tot de psychologische zorg (en orthopedagogie) in België. Op basis hiervan ontwikkelden we een model dat uit meerdere elementen bestaat. Hierover willen we graag uw mening kennen.</p> <p>NB: Ter ondersteuning van onderstaande tekst vindt u hier een vereenvoudigde versie van ons schema. Het bevat enkel de items die verband houden met de aanbevelingen in deze enquête. De plaats van de psychologische zorg in het totale zorgnetwerk wordt hier dus niet getoond.</p> <p>Het model bevat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een generalistische (algemene) eerstelijns psychologische zorg, die overal bereikbaar en voor iedereen toegankelijk is, gebaseerd op het principe van 'stepped care' (<i>Stepped care impliceert therapie met wisselende graden van intensiteit, gaande van lagere naar hogere behandelintensiteit</i>) <p>n)</p>



Ces soins seraient accessibles sans prescription médicale et sans critères de diagnostic, de bénéficiaire ou de gravité, mais seraient limités à un petit nombre de séances.

- une **deuxième ligne de soins plus spécialisés** réservée à ceux pour qui l'accueil de première ligne ne suffit pas.

Le fonctionnement actuel des prestataires privés resterait inchangé, mais n'entrerait pas en ligne de compte pour une intervention financière, sauf à s'aligner sur certaines exigences.

NB : le problème spécifique des psychologues en hôpital sort du cadre de cette étude. Par ailleurs, en ce qui concerne l'orthopédagogie, étant donné que cette profession suivra le même schéma que celui des psychologues cliniciens, nous nous permettrons, pour alléger le texte, de ne citer que ces derniers.

Le présent questionnaire reprend les recommandations une par une. Pour chacune d'entre elles, nous vous demandons d'abord si vous êtes globalement d'accord ou non. Si vous êtes d'accord, vous pouvez passer à la question suivante. Si vous n'êtes pas d'accord, nous vous questionnons alors sur les sous-aspects de la proposition pour identifier le(s) point(s) qui vous pose(nt) problème.

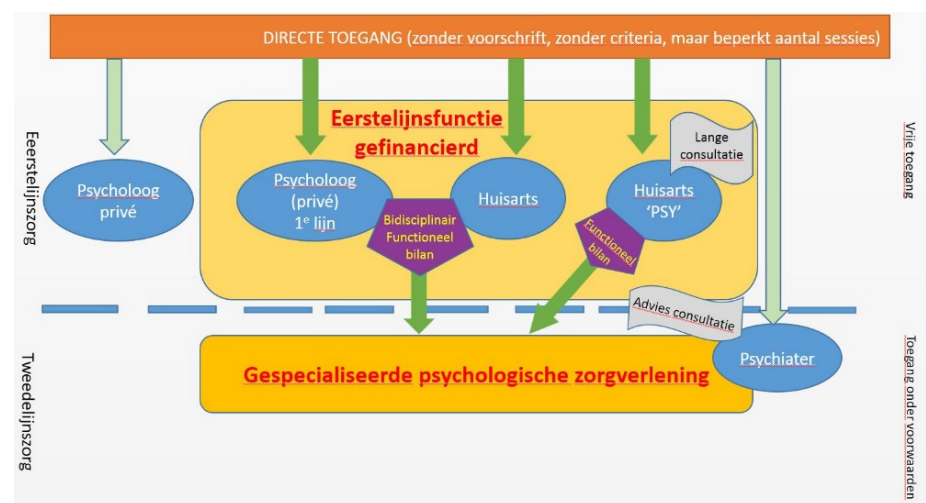
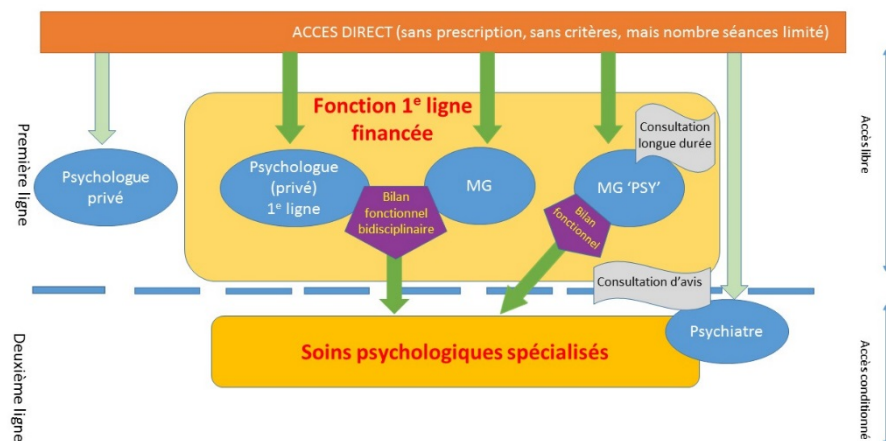
. Deze zorg moet toegankelijk zijn zonder medisch voorschrift en zonder criteria m.b.t. diagnostiek, de hulpzoekende of de ernst van de klachten, maar moet wel tot een beperkt aantal consultaties beperkt blijven.

- **Een tweede lijn van meer gespecialiseerde zorg**, die voorbehouden is voor degenen voor wie de eerstelijnsopvang onvoldoende is.

De huidige werking van de behandelaar/zorgverlener zou onveranderd blijven, maar zal niet in aanmerking genomen worden voor een financiële tussenkomst, tenzij hij/zij aan bepaalde eisen zal voldoen.

NB: het specifieke probleem van de ziekenhuispsychologen valt buiten het kader van deze studie. Gezien de orthopedagogen in dit schema van eerstelijnspsychologie dezelfde activiteiten ontplooiën als de klinisch psychologen, hebben we bovendien voor de leesbaarheid van de tekst geopteerd om enkel de psychologen te benoemen.

Deze enquête stelt deze aanbevelingen één voor één voor. Voor elke aanbeveling vragen we of u helemaal akkoord gaat of niet. Als u akkoord gaat kan u direct doorgaan naar de volgende vraag. Als u niet akkoord gaat met de aanbeveling stellen we u een aantal bijkomende vragen over de deelaspecten, om duidelijkheid te krijgen over het (de) punt(en) waartegen u bezwaar hebt.



Type de question	Modalités	
Recommandation générale (R)	Je suis d'accord avec cette recommandation Je ne suis pas d'accord avec cette recommandation Je n'ai pas d'opinion sur cette recommandation Je ne suis pas compétent pour répondre	Ik ga akkoord met deze aanbeveling. Ik ga niet akkoord met deze aanbeveling. Ik heb geen specifieke mening over deze aanbeveling. Ik heb onvoldoende kennis hierover om op deze vraag te antwoorden.
Sous aspects des recommandations (SR)	Je suis d'accord avec ce point Je ne suis pas d'accord avec ce point Je n'ai pas d'opinion sur ce point Je ne suis pas compétent(e) pour répondre	Ik ga akkoord met dit punt. Ik ga niet akkoord met dit punt. Ik heb geen specifieke mening over dit punt Ik heb onvoldoende kennis hierover om op deze vraag te antwoorden.



IDENTIFICATION

CODE	Questions / modalités de réponses	Vragen / mogelijke antwoorden
ID1	<p>Vous répondez à ce questionnaire parce que vous travaillez pour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une association de patients • Une association de psychologues • Une association d'orthopédagogues • Une association de psychothérapeutes • Une association de psychiatres • Une association de médecins généralistes • Une administration publique (INAMI, SPF, Région, Communauté) • Un cabinet ministériel • Un centre de recherche / une université • Autre : 	<p>U neemt deel aan deze enquête omdat u werkt voor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een patiëntenvereniging • Een vereniging van psychologen • Een vereniging van orthopedagogen • Een vereniging van psychotherapeuten • Een vereniging van psychiaters • Een vereniging van huisartsen • Een overheidsadministratie (RIZIV, FOD, gemeenschap, gewest) • Een ministerieel kabinet • Een onderzoekscentrum/een universiteit • Andere:
ID2	<p>Etes-vous prestataire de soins de santé mentale? Oui/ non</p>	<p>Bent u zorgverlener in de geestelijke gezondheidszorg ? Ja/nee</p>
ID3 Si ID2=oui	<p>Vous êtes : (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • Psychiatre • Psychologue • Orthopédagogue • Psychothérapeute • Autre : 	<p>U bent : (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • Psychiater • Psycholoog • Orthopedagoog • Psychotherapeut • Andere :
ID4 Si ID2= oui	<p>Vous exercez (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cabinet privé • Dans une structure de soins ambulatoires • Dans une structure de soins résidentiels (dont hôpital) • Autre : 	<p>U werkt... (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> • In een privé-praktijk • In een structuur voor ambulante zorg • In een structuur voor residentiële zorg (zoals een ziekenhuis) • Andere:

**UNE FONCTION DE PSYCHOLOGIE DE 1RE LIGNE :**

Une nouvelle fonction pour une prise en charge rapide et accessible financièrement, avec plusieurs portes d'entrée pour faciliter l'accès de tous aux soins psychologiques et fonctionnant selon un principe de *stepped care*.

EEN EERSTELIJNS-PSYCHOLOGISCHE FUNCTIE :

Een nieuwe functie voor snel toegankelijke en betaalbare psychologische zorg met meerdere toegangswegen, gebaseerd op het principe van 'stepped care', om de toegang voor iedereen te vergemakkelijken.

CODE	Questions / modalités de réponses	Vragen / voorgestelde antwoorden
R1LFACT	<p>La fonction de 1^{re} ligne de soins psychologiques devraient offrir les possibilités suivantes : (choix multiple)</p> <ul style="list-style-type: none">• Accueil et écoute de toutes les plaintes• Établissement d'un bilan fonctionnel (éventuellement diagnostic)• Counselling• Aide à l'auto-résolution de problèmes• Psychoéducation (individuelle ou en groupe)• Prises en charge de groupe• Prise en charge brève• Détection précoce et réorientation des problèmes graves vers un psychiatre• Référence vers prestataire spécialisé si nécessaire• Je n'ai pas d'opinion• Je ne suis pas compétent(e) pour répondre	<p>De eerstelijns-psychologische zorg moet de volgende mogelijkheden aanbieden : (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none">• Onthaal en beluisteren van alle klachten• Uitwerken van een functioneel bilan (eventueel diagnostiek)• Counselling• Hulp bij zelf-regulatie van problemen• Psycho-educatie (individueel of in groep)• Groepssessies• Kortlopende behandelingen• Vroegtijdige detectie en reoriëntatie naar een psychiater bij zware problematiek• Doorverwijzing indien nodig naar een aanbieder van gespecialiseerde zorg• Ik heb geen mening• Ik heb onvoldoende kennis hierover om op deze vraag te antwoorden.



CODE	Questions / modalités de réponses		Vragen / voorgestelde antwoorden
	Plusieurs portes d'entrée pour favoriser le recours aux soins psychologiques		Meerdere ingangswegen om de toegang tot psychologische zorg te vergemakkelijken
R1Laccs	Développer une offre de soins psychologiques en 1 ^{re} ligne accessible à tous <u>sans prescription médicale</u> .		Ontwikkeling van een aanbod van eerstelijns-psychologische zorg, toegankelijk voor iedereen <u>zonder medisch voorschrift</u>
LES PRESTATAIRES DE SOINS			De aanbieders van zorg
R1Lcptce	La fonction de psychologie en 1 ^{re} ligne pourrait être pratiquée par les psychologues et orthopédagogues cliniciens répondant aux exigences de la loi. Ils doivent en outre avoir suivi une formation spécifique à l'accueil de 1 ^{re} ligne et pouvoir valoriser une expérience démontrée, ou avoir suivi un stage.		De eerstelijns-psychologische functie kan uitgevoerd worden door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen , die beantwoorden aan de eisen van de wet. Ze moeten bovendien een specifieke opleiding in eerstelijnsopvang gevolgd hebben en relevante ervaring kunnen aantonen (ofwel een specifieke stage gelopen hebben)
	SR1Lcptce	<p>Veuillez indiquer plus précisément votre opinion pour chaque point de la recommandation proposée</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les psychologues cliniciens 2. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les orthopédagogues cliniciens 3. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne devrait requérir une formation spécifique à l'accueil de 1^{re} ligne 4. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne devrait requérir une expérience démontrée équivalente à la fonction de 1^{re} ligne 5. La fonction de psychologie de 1^{re} devrait requérir un stage 	<p>Gelieve meer specifiek uw mening te geven over elk punt van de aanbeveling</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een klinisch psycholoog 2. De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een klinisch orthopedagoog 3. De eerstelijns-psychologische functie vereist een specifieke opleiding in eerstelijnsopvang 4. De eerstelijns-psychologische functie vereist een bewezen ervaring die aansluit bij de eerstelijns-functie. 5. De eerstelijns-psychologische functie vereist een stage
	SR1LcptceA SR1LcptceAcom	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation?	



		Lequel ?	
R1LMGpsy	La fonction de psychologie de 1 ^{re} ligne pourrait être pratiquée par des médecins généralistes qui auraient suivi une formation complémentaire spécifique à l'accueil psychologique de 1 ^{re} ligne, avec création d'un nouveau code de compétence (numéro INAMI cf. ECG)		De eerstelijns-psychologische functie kan uitgevoerd worden door huisartsen die een bijkomende specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang gevolgd hebben, met de creatie van een nieuwe bevoegdheidscode (RIZIV-nummer zoals voor EKG)
	SR1LMGpsy	<ol style="list-style-type: none"> 1. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les médecins généralistes 2. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les médecins généralistes moyennant une formation complémentaire spécifique à l'accueil psychologique de 1^{re} ligne 3. Les médecins généralistes ayant reçu une formation complémentaire spécifique à l'accueil psychologique de 1^{re} ligne bénéficieraient d'un code de compétence spécifique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een huisarts 2. De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een huisarts met een bijkomende specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang. 3. De huisartsen die een bijkomende specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang behalen moeten een specifieke bevoegdheidscode (RIZIV nummer) toegekend krijgen.
	SR1LMGpsyA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
R1La gr	<p>Pour pouvoir exercer en 1^{re} ligne de soins psychologiques, les intervenants devraient être accrédités. L'accréditation comprendrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • -le suivi de formation continue • -l'inscription dans un groupe d'intervision • -la participation au groupe d'intervision • - la pratique effective en 1^{re} ligne de soins psychologiques <p>L'accréditation devrait être renouvelée tous les 3 ans.</p>		<p>Om de eerstelijns-psychologische functie te mogen uitoefenen moeten de zorverleners geaccrediteerd zijn. De accreditatie houdt in...:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het volgen van continue vorming • de aansluiting bij een intervisiegroep • deelname aan groepsintervisies • effectieve praktijkvoering in de eerstelijns-psychologische zorg <p>De accreditatie moet elke 3 jaar hernieuwd worden.</p>



	SR1Lagr	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pour pouvoir continuer à exercer en 1^{re} ligne, les intervenants devraient être accrédités 2. L'accréditation comprendrait le suivi de formation continue 3. L'accréditation comprendrait l'inscription dans un groupe d'intervision 4. L'accréditation comprendrait la participation au groupe d'intervision 5. L'accréditation comprendrait la pratique effective en 1^{re} ligne de soins psychologiques 6. L'accréditation devrait être renouvelée tous les 3 ans 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Om de eerstelijns-psychologische functie te mogen uitoefenen moeten de beoefenaars geaccrediteerd zijn 2. Accreditatie impliceert het volgen van continue opleiding 3. Accreditatie impliceert aansluiting bij een intervisiegroep 4. Accreditatie impliceert deelname aan intervisie 5. Accreditatie impliceert effectieve praktijkvoering in eerstelijns-psychologische zorg 6. De accreditatie moet elke 3 jaar hernieuwd worden
	SR1LagrA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
R1Lr es	Les intervenants en psychologie de 1 ^{re} ligne devraient s'insérer activement dans le réseau multidisciplinaire local		Zorgverleners van de eerstelijns-psychologische zorg moeten actief lid worden van het lokale multidisciplinaire netwerk
<p>Une fonction de psychologie de 1re ligne géographiquement accessible</p>			Een eerstelijns-psychologische functie die geografisch toegankelijk is
R1Lloc	La fonction de psychologie de 1re ligne pourrait être localisée dans des structures existantes (service de santé mentale, maison médicale, polyclinique, planning familial, centres psycho-médicaux-sociaux (PMS)...) ou en pratique privée. Il faudra veiller à ce que l'offre soit bien distribuée géographiquement.		De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden <u>in bestaande structuren</u> (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Wijkgezondheidscentra, Medische Centra Huisartsen, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Leerlingen Begeleiding, ...) of in <u>privé-praktijken</u> . Het aanbod moet geografisch goed gespreid worden.
	SR1Lloc	<ol style="list-style-type: none"> 1. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des services de santé mentale 2. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des maisons médicales 3. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des polycliniques 4. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des plannings familiaux 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) 2. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Wijkgezondheidscentra (WGC) 3. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in polyklinieken en medische centra van huisartsen (MCH)



		<ol style="list-style-type: none"> 5. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des centres psycho-médicaux-sociaux (PMS) 6. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des pratiques privées (en solo ou dans centres de consultations psychologiques) 7. Il faudra veiller à ce que l'offre soit bien distribuée géographiquement 	<ol style="list-style-type: none"> 4. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) 5. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLB) 6. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in privé-praktijken (in solo-praktijken of groepspraktijken van psychologen) 7. Het aanbod moet geografisch goed gespreid worden.
--	--	---	--

	R1LlocA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
<p>Une fonction de psychologie de première ligne financièrement accessible pour tous</p>			<p>Een eerstelijns-psychologische functie die voor iedereen betaalbaar is.</p>
R1Lfin		Organiser une fonction de psychologie de 1 ^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible à tous, <u>sans critères de diagnostic, de bénéficiaire ou de gravité</u>	Organiseren van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen, toegankelijk voor iedereen, <u>zonder criteria met betrekking tot diagnostiek, de hulpzoekende of de ernst van de klachten.</u>
	SR1Lfin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics 2. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible sans critères de diagnostic 3. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible sans critères de bénéficiaire 4. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible sans critères de gravité 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen 2. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen, toegankelijk zonder diagnostische criteria 3. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen toegankelijk zonder criteria met betrekking tot de hulpzoekende 4. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen toegankelijk zonder criteria met betrekking tot de ernst van de klachten
	SR1LfinA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?



<p>R1Lprix</p>	<p>Quel montant le patient devrait-il payer de sa poche pour des soins de psychologie de 1^{re} ligne ? (hors tarif préférentiel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 euro • 1-5 euros / séance • 6-9 euros / séance • 10 euros ou plus /séance • Je n'ai pas d'opinion sur ce point • Je ne suis pas compétent(e) pour répondre 	<p>Hoeveel zou de patient zelf moeten betalen voor de eerstelijns-psychologische zorg ? (los van het verlaagd tarief voor sociaal zwakkere groepen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 Euro • 1-5 Euro/sessie • 6-9 Euro/sessie • 10 Euro of meer/sessie • Ik heb geen specifieke mening over deze aanbeveling. • Ik heb onvoldoende kennis hierover om op deze vraag te antwoorden.
<p>Un financement limité pour les interventions de psychologie de première ligne</p>		<p>Een beperkte financiering voor eerstelijns-psychologische interventies</p>
<p>R1LNses Si oui R1Lfin ou SR1Lfin=1</p>	<p>L'intervention financière des pouvoirs publics ne couvrirait qu'un nombre limité de séances.</p> <p>Combien de séances estimez-vous suffisantes pour une prise en charge psychologique de 1re ligne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <= 5 séances • 6 à 10 séances • >= 11 séances • Je n'ai pas d'opinion sur ce point • Je ne suis pas compétent(e) pour répondre 	<p>De financiële tussenkomst met publieke middelen dekt enkel een beperkt aantal consulten.</p> <p>Hoeveel consulten vindt u voor eerstelijns-psychologische zorg voldoende?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <= 5 consulten • 6 - 10 consulten • >= 11 consulten • Ik heb geen specifieke mening over deze aanbeveling. • Ik heb onvoldoende kennis hierover om op deze vraag te antwoorden.



Un financement particulier pour le médecin généraliste ayant suivi une formation spécifique		Een aparte financiering voor de huisarts die een specifieke opleiding gevolgd heeft.
R1LconL Si R1LMGpsy=1 ou SR1LMGpsy2=1	Le médecin généraliste ayant suivi une formation spécifique à l'accueil psychologique de 1 ^{re} ligne devrait pouvoir facturer des consultations longues pour raisons psychologiques à raison d'un nombre limité de séances par patient et par an	De huisarts die een specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang gevolgd heeft, mag lange consultaties aanrekenen voor psychologische zorg, maar hun aantal is beperkt per jaar en per patiënt.
	SR1LconL 1. Permettre au médecin généraliste ayant reçu une formation spécifique de facturer une consultation longue pour raisons psychologiques 2. à raison d'un nombre limité de séances par patient 3. à raison d'un nombre limité de séances par patient et par an	1. de huisarts met een specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang toelaten om lange consultaties voor psychologische problematiek aan te rekenen. 2. Dit aantal consultaties is beperkt per patient 3. Dit aantal consultaties is beperkt per patient en per jaar
	SR1LconLA Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
Une possibilité de demander un avis psychiatrique ponctuel		De mogelijkheid om een eenmalig psychiatrisch advies te vragen
R1Lavis	Prévoir un code de nomenclature pour consultation ponctuelle d'un psychiatre (consultation d'avis) demandée par un intervenant de 1 ^{re} ligne	Een nomenclatuur-code voorzien voor een eenmalige consultatie bij een psychiater (advies-consultatie) die werd aangevraagd door een zorgverlener van de eerstelijns-psychologische zorg.

MODALITÉS D'ARTICULATION ENTRE LA PREMIÈRE LIGNE ET LES SOINS PSYCHOLOGIQUES SPÉCIALISÉS

La **deuxième ligne de soins plus spécialisés** serait réservée à ceux pour qui l'accueil de première ligne ne suffit pas, mais à certaines conditions.

DOORSTROMING TUSSEN DE EERSTE LIJN EN DE GESPECIALISEERDE PSYCHOLOGISCHE ZORG

De **tweede lijn van de meer gespecialiseerde zorg** moet voorbehouden blijven voor personen voor wie de eerstelijnsopvang onvoldoende is, maar onder bepaalde voorwaarden.



Rbilan	<p>L'accès aux soins psychologiques spécialisés se ferait sur base d'un bilan fonctionnel bidisciplinaire justifiant le besoin de cette prise en charge. Ce bilan fonctionnel comporterait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un volet médical (bilan somatique + traitements médicamenteux) • un volet psychologique <p>Le bilan fonctionnel devra être documenté dans le dossier médical informatisé du patient (eHealth)</p>		<p>De toegang tot de gespecialiseerde psychologische zorg gebeurt op basis van een bi-disciplinair functioneel bilan dat de zorgbehoefte rechtvaardigt. Dit bilan bevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een medisch luik (somatisch bilan + medicamenteuze behandeling) • een psychologisch luik <p>Het functioneel bilan moet opgenomen worden in het elektronisch medisch dossier van de patient (eHealth)</p>
	SRbilan	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'accès aux soins psychologiques spécialisés se ferait sur base d'un bilan fonctionnel 2. Le bilan fonctionnel devra être bi-disciplinaire (médical et psychologique) 3. Le bilan fonctionnel devra comporter un volet médical 4. Le volet médical inclura un bilan somatique 5. Le volet médical devra mentionner les éventuels traitements médicamenteux 6. Le bilan fonctionnel devra comporter un volet psychologique 7. Le bilan fonctionnel devra être documenté dans le dossier médical informatisé du patient 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De toegang tot de gespecialiseerde psychologische zorg gebeurt op basis van een functioneel bilan 2. Het functioneel bilan moet bi-disciplinair zijn (medisch en psychologisch) 3. Het functioneel bilan moet een medisch luik bevatten 4. Het medisch luik moet een somatisch bilan bevatten 5. Het medisch luik moet eventuele medicamenteuze behandelingen vermelden 6. Het functioneel bilan moet een psychologisch luik bevatten 7. Het functioneel bilan moet opgenomen worden in het elektronisch medisch dossier van de patient
	SRbilanA	<p>Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?</p>	<p>Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?</p>
Rprestbil SI Rbilan =1 ou SRbilan2=1	<p>Le médecin généraliste détenteur du code de compétence spécifique pour la psychologie de 1^{re} ligne pourra établir ce bilan fonctionnel seul.</p> <p>Si le patient n'est pas suivi par un médecin généraliste détenteur du code de compétence spécifique pour la psychologie de 1^{re} ligne, le volet médical devrait être réalisé par un médecin généraliste et le volet psychologique par un psychologue / orthopédaogogue de 1^{re} ligne</p>		<p>De huisarts met een specifieke bevoegdheidscode voor psychologische eerstelijnsopvang, kan het functioneel bilan alleen opstellen.</p> <p>Als de patient niet opgevolgd wordt door een huisarts met een specifieke bevoegdheidscode voor psychologische eerstelijnsopvang moet het medisch luik opgemaakt worden door een huisarts en het psychologische luik door een eerstelijns-psycholoog/orthopedagoog</p>
	SRprestbil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le médecin généraliste détenteur du code de compétence spécifique pour la psychologie de 1^{re} ligne pourra établir ce bilan seul. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De huisarts met specifieke bevoegdheidscode voor psychologische eerstelijnsopvang, kan het functioneel bilan alleen opstellen.



		<ol style="list-style-type: none"> 2. Le volet médical devrait être réalisé par un médecin généraliste (non spécialement qualifié) 3. Le volet psychologique devrait être réalisé par un psychologue de 1^{re} ligne 4. Le volet psychologique devrait être réalisé par un orthopédagogue de 1^{re} ligne 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Het medisch luik moet opgemaakt worden door een huisarts (niet specifiek gekwalificeerd). 3. Het psychologisch luik moet opgemaakt worden door een eerstelijns-psycholoog 4. Het psychologisch luik moet opgemaakt worden door een eerstelijns-orthopedagoog
	SRprestbilA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
RICT	Mettre à disposition des outils informatiques de transfert d'information et d'enregistrement de données : prévoir un volet 'santé mentale' dans le dossier médical électronique standardisé (eHealth). Ce volet devra être accessible au prestataire de soins spécialisés et au médecin gestionnaire du Dossier Médical Global (DMG) ; l'accord du patient serait une condition du remboursement par les autorités.		Informatietoepassingen voor transfer van gegevens en registratie van data moeten ter beschikking gesteld worden: voorzien van een "geestelijke gezondheidszorg"-luik in het gestandaardiseerd elektronisch dossier (eHealth). Dit luik moet toegankelijk zijn voor de behandelaar in de gespecialiseerde zorg en de beheerder van het globaal medisch dossier (GMD). Het akkoord van de patient is een conditie voor de vergoeding door de Overheid.
	SRICT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévoir un volet 'santé mentale' dans le dossier médical électronique standardisé (eHealth) 2. Le volet santé mentale (eHealth) serait accessible au médecin et au prestataire de soins spécialisés 3. L'accord du patient quant à l'accès au volet 'santé mentale' de son dossier (eHealth) par le médecin et le prestataire de soins spécialisés serait une condition du remboursement 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voorzien van een « geestelijke gezondheidszorg » luik in het gestandaardiseerde elektronische dossier (eHealth) 2. Het "geestelijke gezondheidszorg" luik (eHealth) moet toegankelijk zijn voor de arts en de behandelaar in de gespecialiseerde zorg. 3. Het akkoord van de patient voor de toegang door de arts en de behandelaar in de gespecialiseerde zorgpsycholoog tot zijn "geestelijke gezondheidszorg" luik in zijn dossier (eHealth) is een voorwaarde voor vergoeding.
	SRICTA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?



DES SOINS PSYCHOLOGIQUES SPÉCIALISÉS POUR CEUX QUI EN ONT BESOIN GESPECIALISEERDE PSYCHOLOGISCHE HULP VOOR DEGENEN DIE ER NOOD AAN HEBBEN

R2Lplan	Le prestataire de soins psychologiques spécialisés devra établir un plan de soins dans le dossier médical informatisé du patient.		De behandelaar van gespecialiseerde psychologische hulp moet een zorgplan opnemen in het elektronische medische dossier van de patient
R2Lses	Le remboursement des soins psychologiques spécialisés portera sur un nombre déterminé (à définir) de séances, avec une possibilité de renouvellement. L'opportunité de renouveler les séances devra être évaluée par un tiers (par exemple, un « psychologue-conseil » au sein de l'organisme en charge du remboursement) sur base du bilan fonctionnel et du plan de soins établi par le prestataire. Pour une liste limitée (à définir) de pathologies nécessitant une prise en charge à vie, des renouvellements supplémentaires seront automatiques.		De vergoeding voor gespecialiseerde psychologische zorg dekt een vastgelegd aantal consultaties (te bepalen), met mogelijkheid tot hernieuwing. Een eventuele hernieuwing van deze consultaties moet geëvalueerd worden door een derde persoon (bv, een "controle-psycholoog" verbonden aan de terugbetalingsinstelling) en dit op basis van het functioneel bilan en het zorgplan opgesteld door de zorgverlener. Voor een beperkte lijst van pathologieën (te bepalen) die een levenslange behandeling vereisen moeten deze hernieuwingen automatisch kunnen verlopen.
	SR2Lses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rembourser les soins psychologiques spécialisés 2. Rembourser un nombre de séances déterminé 3. Rembourser un nombre de séances renouvelable 4. L'opportunité de renouveler les séances devra être évaluée par un tiers lié à l'organisme en charge du remboursement 5. Le bilan fonctionnel doit faire partie des éléments d'évaluation lors de la décision de renouvellement 6. Le plan de soins doit faire partie des éléments d'évaluation lors de la décision de renouvellement 7. Pour une liste limitée (à définir) de pathologies nécessitant une prise en charge à vie, des renouvellements supplémentaires seront automatiques 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg. 2. Terugbetaling van een vastgelegd aantal consulten 3. Terugbetaling van een hernieuwbaar aantal consulten 4. De mogelijkheid tot terugbetaling van de consulten moet geëvalueerd worden door een derde persoon, verbonden aan de organisatie die instaat voor de terugbetaling 5. Het functioneel bilan moet onderdeel zijn van de evaluatie-criteria bij de beslissing tot hernieuwing. 6. Het zorgplan moet onderdeel zijn van de evaluatie-criteria bij de beslissing tot hernieuwing. 7. Voor een beperkte lijst van pathologieën (te bepalen) die een levenslange behandeling vereisen, moeten de hernieuwingen automatisch kunnen verlopen
	SR2Lses A	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
R2Loc	Réserver le financement/remboursement des soins psychologiques spécialisés/ de l'orthopédagogie aux professionnels reconnus par la loi et travaillant dans une structure de santé mentale pluridisciplinaire agréée. Pour les praticiens indépendants, prévoir des modalités de collaboration avec des structures pluridisciplinaires existantes via lesquelles ils percevront leur rémunération.		Voorbehouden van financiering/terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg/orthopedagogie aan zorgverleners die erkend zijn door de wet en die werken in een erkende multidisciplinaire structuur voor geestelijke gezondheidszorg. Voor de onafhankelijke zorgverleners moeten samenwerkingsvormen voorzien worden met bestaande multidisciplinaire structuren via dewelke ze hun vergoedingen kunnen verkrijgen.



	SR2Lloc	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réserver le financement/remboursement des soins psychologiques spécialisés /orthopédagogie aux professionnels reconnus par la loi 2. Réserver le financement/remboursement des soins psychologiques spécialisés/orthopédagogie aux professionnels travaillant dans une structure de santé mentale pluridisciplinaire agréée 3. Pour les praticiens indépendants, prévoir des modalités de collaboration avec des structures pluridisciplinaires existantes 4. Les praticiens indépendants percevront leur rémunération via structures pluridisciplinaires existantes avec lesquelles ils collaboreront 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voorbehouden van financiering/terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg/ orthopedagogie aan zorgverleners die erkend zijn door de wet. 2. Voorbehouden van financiering/terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg/ orthopedagogie aan zorgverleners die werken in een erkende multidisciplinaire structuur voor geestelijke gezondheidszorg. 3. Voor de onafhankelijke zorgverleners moeten samenwerkingsvormen met bestaande multidisciplinaire structuren voorzien worden. 4. De onafhankelijke zorgverleners ontvangen hun vergoeding via bestaande multidisciplinaire structuren waarmee ze samenwerken
	SR2LlocA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
R2Lre		Le financement des structures de soins de santé mentale spécialisés existantes devra être renforcé pour permettre d'absorber la demande de soins envoyés par la 1 ^{re} ligne, éventuellement via des accords passés avec des prestataires indépendants.	De financiering van de bestaande structuren voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet versterkt worden zodat zij de zorgvraag, doorverwezen vanuit de eerste lijn, kunnen verwerken, dit eventueel via overeenkomsten met onafhankelijke zorgverleners.
	SR2Lrenf	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le financement des structures de soins de santé mentale spécialisés existantes devra être renforcé 2. Le financement des structures de soins de santé mentale spécialisés existantes devra être renforcé pour absorber la demande de soins envoyés par la 1^{re} ligne 3. Absorber la demande de soins envoyés par la 1^{re} ligne via des accords passés avec des prestataires indépendants 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De financiering van de bestaande structuren voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet versterkt worden. 2. De financiering van de bestaande structuren voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet versterkt worden zodat zij de zorgvraag, doorverwezen vanuit de eerste lijn, kunnen verwerken 3. Opvangen van de zorgvraag, doorverwezen vanuit de eerste lijn, via overeenkomsten met onafhankelijke zorgverleners
	SR2LrenfA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
R2Lgec		Il faudra veiller à une bonne répartition géographique des structures subsidiées (avec possibilité de créer des antennes).	Er moet gezorgd worden voor een goede geografische spreiding van de gesubsidieerde structuren (met mogelijkheid tot opzetten van satellieten).



	SR2Lge o	1. Veiller à une bonne répartition géographique des structures subsidiées 2. Possibilité de créer des antennes	1. Zorgen voor een goede geografische spreiding van de gesubsidieerde structuren. 2. Mogelijkheid tot opzetten van satellieten
	SR2Lge oA	Avez-vous (encore) un autre point de désapprobation ? Lequel ?	Is er nog een ander punt waarmee u niet akkoord gaat? Welk punt?
FIN		Ceci était la dernière question. Vous pouvez cliquer sur « envoyer ». Merci beaucoup pour votre participation.	Dit was de laatste vraag. U mag nu op “versturen” klikken. Hartelijk bedankt voor uw deelname.

4.9. Results of the survey

Test des recommandations auprès des stakeholders

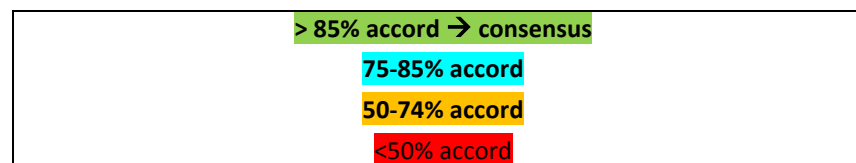
Voici les résultats du questionnaire.

Au total 49 personnes ont participé au questionnaire et 46 questionnaires ont été complétés dans leur intégralité. Cet échantillon n'a pas de valeur statistique et les réponses ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des stakeholders.

Toutes les propositions sont reprises ci-dessous. A titre informatif, elles ont été colorées en fonction de l'importance du consensus. Le but est juste de donner un aperçu de la 'force du consensus'. Il est évident que, vu le nombre restreint de répondants, le fait qu'une seule personne se positionne différemment peut faire basculer les résultats d'une 'catégorie' à l'autre.

Le but de la réunion du 22 janvier sera de vous présenter un nouveau modèle, déjà adapté en fonction de vos réponses à la présente enquête et d'en discuter. Nous ne reviendrons donc pas sur les résultats détaillés que nous vous présentons ci-dessous. Mais dans un souci de transparence, nous tenons à vous les communiquer.

La réunion est d'ordre consultatif.



Les commentaires vous sont présentés tels que nous les avons reçus.

Aftoetsing van de aanbevelingen bij de stakeholders

Hiebij de resultaten van de enquête.

In totaal namen 49 mensen deel aan de enquête en 46 vragenlijsten werden in hun geheel afgerond. Deze sample heeft geen statistische waarde en de antwoorden zijn derhalve ook niet representatief voor de totaliteit van de stakeholders.

Alle voorstellen zijn op volgende pagina's samengevat. Om een idee te geven van de mate van consensus, zijn de voorstellen van een kleurindicatie voorzien. Maar het mag duidelijk zijn dat door het relatief kleine aantal respondenten, de mening van een enkele respondent soms al het verschil in categorie kan uitmaken.....

Het doel van de samenkomst op 22 januari is de presentatie van een nieuw model, reeds aangepast op basis van de antwoorden van deze enquête, en hierover te discussiëren. We zullen dus niet tot in detail ingaan op de resultaten die u hieronder vindt. Maar vanuit het oogpunt van transparantie, willen we u deze resultaten niet onthouden.

Deze bedoeling van de samenkomst is consultatief.



> 85% akkoord → consensus
75-85% akkoord
50-74% akkoord
<50% akkoord

De commentaren worden exact weergegeven zoals wij deze ontvingen.

Pour rappel, seules les personnes qui avaient marqué leur désaccord sur l'entièreté d'une proposition ont été interrogées sur chaque point particulier de la proposition. Nous avons dès lors additionné le nombre d'accords de **Participants au questionnaire – deelnemers aan de enquête**

la proposition générale avec le nombre d'accords pour chaque sous-proposition et ramener le tout sur le grand dénominateur.

Voor alle duidelijkheid, enkel personen die zich niet akkoord verklaarden met het geheel van een aanbeveling, werden bevraagd over elk apart deelaspect. We hebben daarom het aantal positieve antwoorden voor elk deelaspect opgeteld bij de positieve antwoorden voor de volledige aanbeveling en deze weergegeven ten opzichte van het totaal van de antwoorden.

Questions / modalités de réponses	N=46	Vragen / mogelijke antwoorden
Vous répondez à ce questionnaire parce que vous travaillez pour		U neemt deel aan deze enquête omdat u werkt voor
Une administration publique (INAMI, SPF, Région, Communauté)	9	Een overheidsadministratie (RIZIV, FOD, gemeenschap, gewest)
Une association de psychothérapeutes	8	Een vereniging van psychotherapeuten
Une association de psychologues	7	Een vereniging van psychologen
Un centre de recherche / une université	6	Een onderzoekscentrum/een universiteit
Coupole institution de soins (y compris santé mentale)	5	Een koepelorganisatie van zorginstellingen (waaronder GGZ)
Une association de psychiatres	4	Een vereniging van psychiaters
Une mutualité	4	Een ziekenfonds
Association de consommateurs /patients	5	Een patiëntenvereniging
Une association d'orthopédagogues	1	Een vereniging van orthopedagogen
Une association de médecins généralistes	1	Een vereniging van huisartsen
Centre de soins	1	Een zorginstelling
Un cabinet ministériel	0	Een ministerieel kabinet
Prestataire de soins de santé mentale	25	Zorgverlener in de geestelijke gezondheidszorg



Questions / modalités de réponses	N=46	Vragen / mogelijke antwoorden
Vous êtes : (plusieurs réponses possibles) Psychologue Psychothérapeute Orthopédagogue Psychiatre Directeur d'un service dans un institut de soins Médecin généraliste	15 13 6 5 2 1	U bent : (meerdere antwoorden mogelijk) Psycholoog Psychotherapeut Orthopedagoog Psychiater Directeur van een zorginstelling Huisarts
Vous exercez (plusieurs réponses possibles) <ul style="list-style-type: none"> • En cabinet privé • Dans une structure de soins ambulatoires • Dans une structure de soins résidentiels (dont hôpital) 	13 8 12	U werkt... (meerdere antwoorden mogelijk) <ul style="list-style-type: none"> • In een privé-praktijk • In een structuur voor ambulante zorg • In een structuur voor residentiële zorg (zoals een ziekenhuis)

UNE FONCTION DE PSYCHOLOGIE DE 1RE LIGNE / EEN EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE FUNCTIE

Questions / modalités de réponses	N=44	Vragen / voorgestelde antwoorden
La fonction de 1^{re} ligne de soins psychologiques devraient offrir les possibilités suivantes : (choix multiple)		De eerstelijns-psychologische zorg moet de volgende mogelijkheden aanbieden : (meerdere antwoorden mogelijk)
Accueil et écoute de toutes les plaintes	43	Onthaal en beluisteren van alle klachten
Établissement d'un bilan fonctionnel (éventuellement diagnostic)	34	Uitwerken van een functioneel bilan (eventueel diagnostiek)
Counselling	28	Counselling
Aide à l'auto-résolution de problèmes	35	Hulp bij zelf-regulatie van problemen
Psychoéducation (individuelle ou en groupe)	36	Psycho-educatie (individueel of in groep)
Prises en charge de groupe	20	Groepssessies
Prise en charge brève	38	Kortlopende behandelingen



Questions / modalités de réponses	N=44	Vragen / voorgestelde antwoorden
Détection précoce et réorientation des problèmes graves vers un psychiatre	41	Vroegtijdige detectie en reoriëntatie naar een psychiater bij zware problematiek
Référence vers prestataire spécialisé si nécessaire	39	Doorverwijzing indien nodig naar een aanbieder van gespecialiseerde zorg
Autres/anderen <ul style="list-style-type: none"> • -coaching naar huisarts -terugkoppeling naar eerste lijn team • samen met cliënt/patiënt een vraagverheldering doen • assurer la prise en charge longue dans le cadre des soins spécialisés • ondersteuning andere eerstelijns werkers; zorgbemiddeling ism huisarts • vroegtijdige detectie en reorientatie kan ook naar andere discipline dan psychiater op de tweede lijn • vroegtijdige detectie en toeleiding naar correcte vervolgzorg • vroegtijdige detectie en, bij zwaardere problematiek, doorverwijzing naar een aanbieder van gespecialiseerde zorg 		

Questions / modalités de réponses	n/N accord akkoord	Vragen / voorgestelde antwoorden
Plusieurs portes d'entrée pour favoriser le recours aux soins psychologiques		Meerdere ingangswegen om de toegang tot psychologische zorg te vergemakkelijken
Développer une offre de soins psychologiques en 1 ^{re} ligne accessible à tous <u>sans prescription médicale</u> .	41/45	Ontwikkeling van een aanbod van eerstelijns-psychologische zorg, toegankelijk voor iedereen <u>zonder medisch voorschrift</u>
Commentaires/commentaren <ul style="list-style-type: none"> • zonder medisch voorschrift: alles zal dan afhangen of dit dan al dan niet terugbetaald wordt. Indien terugbetaald zonder medisch voorschrift ontploft het budget Veel hangt ook af van hoe de ELP is ingebed in de eerste lijn. Indien organisatie/en financieringsmodellen binnen de huisartspraktijk, dan is het weer iets heel anders • Vlot toegankelijke eerstelijns-psychologische zorg lijkt me essentieel, maar ik denk dat het zeer belangrijk is dat van bij het begin een arts meekijkt om ernstige medische (psychiatrische en/of somatische) pathologie uit te sluiten. 		



Questions / modalités de réponses	n/N accord akkord	Vragen / voorgestelde antwoorden
<ul style="list-style-type: none"> ism huisarts 		
<p>LES PRESTATAIRES DE SOINS</p>		<p>De aanbieders van zorg</p>
<p>La fonction de psychologie en 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les psychologues et orthopédagogues cliniciens répondant aux exigences de la loi. Ils doivent en outre avoir suivi une formation spécifique à l'accueil de 1^{re} ligne et pouvoir valoriser une expérience démontrée, ou avoir suivi un stage.</p>	<p>36/46</p>	<p>De eerstelijns-psychologische functie kan uitgevoerd worden door klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, die beantwoorden aan de eisen van de wet. Ze moeten bovendien een specifieke opleiding in eerstelijnsopvang gevolgd hebben en relevante ervaring kunnen aantonen (ofwel een specifieke stage gelopen hebben)</p>
<p>Veillez indiquer plus précisément votre opinion pour chaque point de la recommandation proposée</p> <ol style="list-style-type: none"> La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les psychologues cliniciens La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les orthopédagogues cliniciens La fonction de psychologie de 1^{re} ligne devrait requérir une formation spécifique à l'accueil de 1^{re} ligne La fonction de psychologie de 1^{re} ligne devrait requérir une expérience démontrée équivalente à la fonction de 1^{re} ligne La fonction de psychologie de 1^{re} devrait requérir un stage 	<p>45/46 41/44 42/46 42/46</p>	<p>Gelieve meer specifiek uw mening te geven over elk punt van de aanbeveling</p> <ol style="list-style-type: none"> De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een klinisch psycholoog De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een klinisch orthopedagoog De eerstelijns-psychologische functie vereist een specifieke opleiding in eerstelijnsopvang De eerstelijns-psychologische functie vereist een bewezen ervaring die aansluit bij de eerstelijns-functie. De eerstelijns-psychologische functie vereist een stage
<p>Commentaires/commentarenwelke wet wordt bedoeld dat is onduidelijk</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Tout psychologue clinicien devrait être formé à cette fonction prise en charge de 1ere ligne par orthopédagogue clinicien devrait être requérir un stage et une formation spécifique naast psychologen kunnen eventueel nog andere beroepen met een specifiek opleiding in generalistischd eerstelijnswerk en met een therapeutische opleiding deze functie opnemen. 		



Questions / modalités de réponses	n/N accord akkord	Vragen / voorgestelde antwoorden
<ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken van de psychotherapeuten! • Waarom geen andere profielen als dit een grondige opleiding is? Huisartsen hebben ook een beperkte psychologisch voorkennis. 		
<p>La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par des médecins généralistes qui auraient suivi une formation complémentaire spécifique à l'accueil psychologique de 1^{re} ligne, avec création d'un nouveau code de compétence (numéro INAMI cf. ECG)</p>	20/45	<p>De eerstelijns-psychologische functie kan uitgevoerd worden door huisartsen die een bijkomende specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang gevolgd hebben, met de creatie van een nieuwe bevoegdheidscode (RIZIV-nummer zoals voor EKG)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les médecins généralistes 2. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être pratiquée par les médecins généralistes moyennant une formation complémentaire spécifique à l'accueil psychologique de 1^{re} ligne 3. Les médecins généralistes ayant reçu une formation complémentaire spécifique à l'accueil psychologique de 1^{re} ligne bénéficieraient d'un code de compétence spécifique 	<p>25/44 23/43 24/44</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een huisarts 2. De eerstelijns-psychologische functie kan uitgeoefend worden door een huisarts met een bijkomende specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang. 3. De huisartsen die een bijkomende specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang behalen moeten een specifieke bevoegdheidscode (RIZIV nummer) toegekend krijgen.
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • een goed opgeleid huisarts moet niet nog bijkomende 'verkavelings'opleidingen hebben. Bijkomende nomenclatuur heeft top andere domeinen alleen contraproductief gewerkt • je serais d'accord pour les médecins généralistes si l'on appelait cette fonction de " psychothérapie" plutôt que de psychologie • Zou dit geen opleiding kunnen zijn die in de huisartsenopleiding geïntegreerd wordt? Niet alle mogelijkheden eerstelijns-psychologische zorg zouden door hen moeten behandeld worden. • Il manque cruellement de MG => priorité aux soins médicaux • er zijn duidelijke afspraken nodig tussen ELPF en huisartsen over wie wat opneemt inzake psychologische ondersteuning 		



Questions / modalités de réponses	n/N accord akkord	Vragen / voorgestelde antwoorden
<p>Pour pouvoir exercer en 1^{re} ligne de soins psychologiques, les intervenants devraient être accrédités. L'accréditation comprendrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le suivi de formation continue -l'inscription dans un groupe d'intervision -la participation au groupe d'intervision - la pratique effective en 1^{re} ligne de soins psychologiques <p>L'accréditation devrait être renouvelée tous les 3 ans.</p>	38/46	<p>Om de eerstelijns-psychologische functie te mogen uitoefenen moeten de zorverleners geaccrediteerd zijn. De accreditatie houdt in...:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het volgen van continue vorming - de aansluiting bij een intervisiegroep - deelname aan groepsinterviews - effectieve praktijkvoering in de eerstelijns-psychologische zorg <p>De accreditatie moet elke 3 jaar hernieuwd worden.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pour pouvoir continuer à exercer en 1^{re} ligne, les intervenants devraient être accrédités 2. L'accréditation comprendrait le suivi de formation continue 3. L'accréditation comprendrait l'inscription dans un groupe d'intervision 4. L'accréditation comprendrait la participation au groupe d'intervision 5. L'accréditation comprendrait la pratique effective en 1^{re} ligne de soins psychologiques 6. L'accréditation devrait être renouvelée tous les 3 ans 	<p>41/43 42/44 39/42 41/43 42/44 41/44</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Om de eerstelijns-psychologische functie te mogen uitoefenen moeten de beoefenaars geaccrediteerd zijn 2. Accreditatie impliceert het volgen van continue opleiding 3. Accreditatie impliceert aansluiting bij een intervisiegroep 4. Accreditatie impliceert deelname aan intervisie 5. Accreditatie impliceert effectieve praktijkvoering in eerstelijns-psychologische zorg 6. De accreditatie moet elke 3 jaar hernieuwd worden
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • accreditering zoals de artsen is een aanfluiting en mag aub niet herhaald worden. Uiteraard heb ik geen bezwaar tegen continue professionele vorming en intervisie. Ik keur het dus af omwille van de accreditering die nooit bewezen heeft enige gunstig effect te ressorteren maar wel veel geld kost • het verschil tss groepsinterviews en intervisiegroep is mij niet helemaal duidelijk • je préfère l'accréditation POURRAIT comprendre une Intervision • Kwaliteitsbewaking en -borging kan op (een) andere wijze(n) verlopen dan via accreditering. De accreditering is een vrij typische modaliteit in de geest van vrije beroepsbeoefenaars m.a.w. zelfstandig/privé werkenden. En de vraag is vooral of dit het 'model' is waarvoor dient gekozen. Mijns inziens helemaal niet. In het huidige zorg- en welzijnslandschap en (waarbij een multidisciplinaire benadering als centraal wordt beschouwd) is de 'autonome gezondheidszorgbeoefenaar' quasi een contradictio in terminis. 		



Questions / modalités de réponses	n/N accord akkord	Vragen / voorgestelde antwoorden
<ul style="list-style-type: none"> • ik heb onvoldoende info over wat verstaan wordt onder intervisie, continue opleiding, re-accreditatie. Zoals het er nu staat kan de aanbeveling leiden tot en overdreven bureaucratie of tot een goed werkend systeem. Meer info is nodig om te weten op welk punt van het continuum tussen beide polen men zich bevindt met dit voorstel. • kernvraag is wie accreditatie-bevoegdheid krijgt, als dit door GGZ voorzieningen kan en niet enkel door de beroepsgroepen krijgt deze stelling meer waarde 		
<p>Les intervenants en psychologie de 1^{re} ligne devraient s'insérer activement dans le réseau multidisciplinaire local</p>	<p>41/46</p>	<p>Zorgverleners van de eerstelijns-psychologische zorg moeten actief lid worden van het lokale multidisciplinaire netwerk</p>
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat wordt er juist bedoeld met het lokale multidisciplinaire netwerk? Ik vraag mij af of het mss ook voldoende is om op de hoogte te zijn van het lokale multidisciplinaire netwerk? • idem vorige: goed principe als men overdreven bureacrativering kan vermijden. De info die ik heb over dit aspect van het voorstel volstaat niet om dit te beoordelen. 		

Une fonction de psychologie de 1re ligne géographiquement accessible		Een eerstelijns-psychologische functie die geografisch toegankelijk is
<p>La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée <u>dans des structures existantes</u> (service de santé mentale, maison médicale, polyclinique, planning familial, centres psycho-médicaux-sociaux (PMS)...) ou <u>en pratique privée</u>. Il faudra veiller à ce que l'offre soit bien distribuée géographiquement.</p>	<p>36/46</p>	<p>De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden <u>in bestaande structuren</u> (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Wijkgezondheidscentra, Medische Centra Huisartsen, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Leerlingen Begeleiding, ...) of in <u>privé-praktijken</u>. Het aanbod moet geografisch goed gespreid worden.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des services de santé mentale 2. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des maisons médicales 3. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des polycliniques 	<p>41/46 46/46 43/45 45/45 43/45 42/46</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) 2. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Wijkgezondheidscentra (WGC) 3. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in polyklinieken en medische centra van huisartsen (MCH)



<p>4. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des plannings familiaux</p> <p>5. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des centres psycho-médicaux-sociaux (PMS)</p> <p>6. La fonction de psychologie de 1^{re} ligne pourrait être localisée dans des pratiques privées (en solo ou dans centres de consultations psychologiques)</p> <p>7. Il faudra veiller à ce que l'offre soit bien distribuée géographiquement</p>	<p>45/46</p>	<p>4. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)</p> <p>5. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLB)</p> <p>6. De eerstelijns-psychologische functie kan zich bevinden in privé-praktijken (in solo-praktijken of groepspraktijken van psychologen)</p> <p>7. Het aanbod moet geografisch goed gespreid worden.</p>
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les structures institutionnelles ambulatoires sont actuellement débordées par les demandes. Les psychologues exerçant à titre privé et en lien de réseau méritent d'être pris en compte dans la première ligne. • Specificatie niet aanvaarde stelling hierboven: de ELP functie kan zich niet bevinden specifiek in polyklinieken omdat dit tweedelijns structuren zijn • il faudrait remplacer "pourrait" par "devrait" en tout cas pour les structures de première ligne car sinon tout restera comme actuellement (majoritairement privé et uniquement structures santé mentale et inaccessible...en tout cas "psychologiquement") • Je suis d'accord sur le *principe* d'une bonne répartition géographique, mais je ne vois pas comment l'obtenir en pratique. • Het is zeker een optie dat een eerstelijns psychologische functie bij / in de buurt van een huisarts actief is. Een polyklinische situering lijkt veeleer te mijden vermits een residentiële aanzuigeffect dan veel waarschijnlijker wordt en dit is net te mijden in een vermaatschappelijkende zorg en ondersteuning. Dit wil uiteraard niet zeggen dat residentiële zorg geen plaats zou hebben in het zorg- en welzijnslandschap. Het spreekt voor zich dat bij een deel van de ggz-gebruikers in hun traject op (een) bepaald(e) moment(en) residentiële zorg aangewezen kan zijn. • Er is een verschil tussen wie de functie organiseert en waar de functie wordt uitgevoerd. De werkplek moet laagdrempelig en generalistisch zijn, CGG of privé-praktijk van psychologen zijn dat onvoldoende. Maar een CGG kan wel een eerstelijns-psychologische functie organiseren, die dan uitgevoerd wordt in bijv een huisartsenpraktijk. Idem voor de privé-praktijk: een zelfstandig werkende psycholoog kan een eerstelijnspsychologische functie opnemen op verplaatsing, bijv in een CAW. 		
<p>Une fonction de psychologie de première ligne financièrement accessible pour tous</p>		<p>Een eerstelijns-psychologische functie die voor iedereen betaalbaar is.</p>
<p>Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible à tous, <u>sans critères de diagnostic, de bénéficiaire ou de gravité</u></p>	<p>38/46</p>	<p>Organiseren van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen, toegankelijk voor iedereen, <u>zonder criteria met betrekking tot diagnostiek, de hulpzoekende of de ernst van de klachten.</u></p>



<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics 2. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible sans critères de diagnostic 3. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible sans critères de bénéficiaire 4. Organiser une fonction de psychologie de 1^{re} ligne financée par les pouvoirs publics accessible sans critères de gravité 	<p>46/46 40/45</p> <p>41/46 41/46</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen 2. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen, toegankelijk zonder diagnostische criteria 3. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen toegankelijk zonder criteria met betrekking tot de hulpzoekende 4. Organisatie van een eerstelijns-psychologische functie, gefinancierd met publieke middelen toegankelijk zonder criteria met betrekking tot de ernst van de klachten
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er dienen geen formeel-diagnostische criteria te spelen maar wel aanwijzingen dat zich op het vlak van ggz meer of minder ernstige moeilijkheden of problematieken aan dr orde zijn. • er zullen wel degelijk criteria moeten zijn wat betreft aard en ernst van de klachten + analyse van de onderliggende mechanismen + analyse van bestaande resources moeten zijn om aan de persoon een ELP aanbod te doen. Bedoelen julle 'psychiatrische diagnostiek' ? Psychologische assessment zal wel degelijk nodig zijn, en de ernst van de klachten zal wel degelijk één van de parameters, maar niet de enige zijn die meegenomen wordt in de indicatiestelling. 		
<p>Quel montant le patient devrait-il payer de sa poche pour des soins de psychologie de 1^{re} ligne ? (hors tarif préférentiel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 euro • 1-5 euros / séance • 6-9 euros / séance • 10 euros ou plus /séance • Je n'ai pas d'opinion sur ce point 	<p>N=41</p> <p>4</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>16</p> <p>4</p>	<p>Hoeveel zou de patient zelf moeten betalen voor de eerstelijns-psychologische zorg ? (los van het verlaagd tarief voor sociaal zwakkere groepen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 Euro • 1-5 Euro/sessie • 6-9 Euro/sessie • 10 Euro of meer/sessie • Ik heb geen specifieke mening over deze aanbeveling.
<p>Un financement limité pour les interventions de psychologie de première ligne</p>		<p>Een beperkte financiering voor eerstelijns-psychologische interventies</p>



<p>L'intervention financière des pouvoirs publics ne couvrirait qu'un nombre limité de séances.</p> <p>Combien de séances estimez-vous suffisantes pour une prise en charge psychologique de 1^{re} ligne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <= 5 séances • 6 à 10 séances • >= 11 séances • Je n'ai pas d'opinion sur ce point 	<p>N=44</p> <p>19</p> <p>22</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>De financiële tussenkomst met publieke middelen dekt enkel een beperkt aantal consulten.</p> <p>Hoeveel consulten vindt u voor eerstelijns-psychologische zorg voldoende?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <= 5 consulten • 6 - 10 consulten • >= 11 consulten • Ik heb geen specifieke mening over deze aanbeveling.
<p>Un financement particulier pour le médecin généraliste ayant suivi une formation spécifique</p>		<p>Een aparte financiering voor de huisarts die een specifieke opleiding gevolgd heeft.</p>
<p>Le médecin généraliste ayant suivi une formation spécifique à l'accueil psychologique de 1^{re} ligne devrait pouvoir facturer des consultations longues pour raisons psychologiques à raison d'un nombre limité de séances par patient et par an</p>	<p>17/40</p>	<p>De huisarts die een specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang gevolgd heeft, mag lange consultaties aanrekenen voor psychologische zorg, maar hun aantal is beperkt per jaar en per patiënt.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Permettre au médecin généraliste ayant reçu une formation spécifique de facturer une consultation longue pour raisons psychologiques 2. à raison d'un nombre limité de séances par patient 3. à raison d'un nombre limité de séances par patient et par an 	<p>19/40</p> <p>18/40</p> <p>19/40</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. de huisarts met een specifieke opleiding in psychologische eerstelijnsopvang toelaten om lange consultaties voor psychologische problematiek aan te rekenen. 2. Dit aantal consultaties is beperkt per patient 3. Dit aantal consultaties is beperkt per patient en per jaar
<p>Commentaires/commentaren</p>		
<p>Dès qu'il y a une raison psychologique, c'est du recours du psychologue clinicien</p>		
<p>Une possibilité de demander un avis psychiatrique ponctuel</p>		<p>De mogelijkheid om een eenmalig psychiatrisch advies te vragen</p>
<p>Prévoir un code de nomenclature pour consultation ponctuelle d'un psychiatre (consultation d'avis) demandée par un intervenant de 1^{re} ligne</p>	<p>25/43</p>	<p>Een nomenclatuur-code voorzien voor een eenmalige consultatie bij een psychiater (advies-consultatie) die werd aangevraagd door een zorgverlener van de eerstelijns-psychologische zorg.</p>

**Commentaires/commentaren**

- het normale honorarium volstaat voor de advies-consultatie
- Daar is toch geen apart nummer voor nodig. Dat kan nu ook. De sleutel ligt in de wachtlijsten en niet toegankelijkheid van psychiaters waaraan een nomenclatuur nummer niets zal wijzigen
- Hangt er van af hoeveel de patiënt hiervoor moet betalen. Financiële overwegingen mogen de mogelijkheid voor een adviesconsultatie niet in de weg staan.
- les codes qui existent sont suffisants
- quelle est le rapport avec l'intervention en première ligne ? cela pourrait-il sous-entendre que le psychologue de 1er ligne n'est pas compétent ?
- parce que la consultation ponctuelle est couverte par le code de nomenclature actuel
- Uniquement pertinent s'il s'agit d'une consultation plus courte et donc moins chère. Sinon: sans objet.
- Akkoord voor zover deze code een hoger tarief is dan een standaard consultatie bij een psychiater, gezien een eerste consult een grote extra belasting en inspanning vraagt (hele voorgeschiedenis dient uitgepluisd te worden, uitgebreider verslag, ...)
- de vraag is mij niet duidelijk. als dit betekent dat altijd een psychiater dient geraadpleegd, niet akkoord. Als dit betekent dat de eerstelijns snel een advies kan vragen wel akkoord.
- De doorverwijzing naar een psychiater kan niet anders dan méér behelzen dan 1 advies-consultatie. Mensen die psychologische hulp zoeken hebben nood aan een vertrouwenspersoon, niet aan veelvuldige doorverwijzingen.
- Het werken met nomenclatuurcode is een typisch fenomeen gekoppeld aan het model van prestatiefinanciering. Precies dit laatste wordt meer en meer in vraag gesteld, gegeven een aantal evoluties op het vlak van onder meer gezondheidseconomische inzichten en het belang van geïntegreerd werken in netwerken. Los daarvan, kan een grondige psychiatrische (en psychologische) evaluatie een belangrijk element zijn in het traject van een persoon. Hierbij dient men er wel oog voor te houden dat bij een niet onbelangrijk deel van zich ontwikkelende ernstige psychiatrische problematieken vroegdetectie er niet in bestaat sec aan diagnostiek te doen maar contact te maken en houden, te motiveren, met de persoon en zijn/haar contexten te werken, enz. (vb. watchfully waiting) om überhaupt te kunnen toeleiden naar meer gespecialiseerde zorg, indien nodig. Een testbatterij e.d. loslaten op mensen, kan veel meer distantie creëren en de kans op zorg en ondersteuning veeleer verkleinen dan faciliteren. Vroegdetectie en -interventie is iets anders en veel meer dan louter aan vroege diagnostiek doen en doorsturen.
- in de huidige nomenclatuur bestaat dit al: 109012-advies of 102211 raadpleging incl eventueel verslag
- Er bestaan reeds voldoende mogelijkheden qua nomenclatuur voor psychiaters, een aparte code voor doorverwijzing/advies door eerstelijnspsycholoog is niet nodig.



MODALITÉS D'ARTICULATION ENTRE LA PREMIÈRE LIGNE ET LES SOINS PSYCHOLOGIQUES SPÉCIALISÉS / DOORSTROMING TUSSEN DE EERSTE LIJN EN DE GESPECIALISEERDE PSYCHOLOGISCHE ZORG

<p>L'accès aux soins psychologiques spécialisés se ferait sur base d'un bilan fonctionnel bidisciplinaire justifiant le besoin de cette prise en charge. Ce bilan fonctionnel comporterait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un volet médical (bilan somatique + traitements médicamenteux) • un volet psychologique <p>Le bilan fonctionnel devra être documenté dans le dossier médical informatisé du patient (eHealth)</p>	<p>21/45</p>	<p>De toegang tot de gespecialiseerde psychologische zorg gebeurt op basis van een bi-disciplinair functioneel bilan dat de zorgbehoefte rechtvaardigt. Dit bilan bevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een medisch luik (somatisch bilan + medicamenteuze behandeling) - een psychologisch luik <p>Het functioneel bilan moet opgenomen worden in het elektronisch medisch dossier van de patient (eHealth)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. L'accès aux soins psychologiques spécialisés se ferait sur base d'un bilan fonctionnel 2. Le bilan fonctionnel devra être bi-disciplinaire (médical et psychologique) 3. Le bilan fonctionnel devra comporter un volet médical 4. Le volet médical inclura un bilan somatique 5. Le volet médical devra mentionner les éventuels traitements médicamenteux 6. Le bilan fonctionnel devra comporter un volet psychologique 7. Le bilan fonctionnel devra être documenté dans le dossier médical informatisé du patient 	<p>34/44 33/42 35/42 31/44 37/44 43/44 31/43</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De toegang tot de gespecialiseerde psychologische zorg gebeurt op basis van een functioneel bilan 2. Het functioneel bilan moet bi-disciplinair zijn (medisch en psychologisch) 3. Het functioneel bilan moet een medisch luik bevatten 4. Het medisch luik moet een somatisch bilan bevatten 5. Het medisch luik moet eventuele medicamenteuze behandelingen vermelden 6. Het functioneel bilan moet een psychologisch luik bevatten 7. Het functioneel bilan moet opgenomen worden in het elektronisch medisch dossier van de patient
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • toegang tot somatische gegevens via elektronisch patiëntendossier, in plaats van dat dit bij verwijzing dient gevoegd te worden • indien dit bilan veronderstelt dat én een psycholoog én een huisarts dit moeten doen ben ik tegen. Dit creëert ongelooflijke fragmentering van de patiënt en miskent de kunde en vaardigheden van de huisarts. Welk model van huisartsgeneeskunde hanteren jullie eigenlijk? • une étude est actuellement en cours pour aborder l'opérationnalité de la collaboration et la réponse n'est pas aussi simpliste que celle proposée • le généraliste, le psychologue et le psychiatre sont indépendamment l'un de l'autre capables d'estimation l'indication d'une prise en charge spécialisée • Bij bepaalde problematieken (bv rouw) is het medische luik enkel een kost en geen vereiste • il ne devrait pas être plus difficile d'accéder à des soins psychologiques spécialisés qu'à une consultation de cardiologie ou neurologie.... • de verplichting tot een medisch luik, die legt onnodig papierwerk op, de mogelijkheid is beter • Dat toegang enkel op verwijzing mogelijk zou zijn. Vergoeding is weer een ander verhaal. 		



- het is me niet helemaal duidelijk wat met 'functioneel bilan' wordt bedoeld. Ook de rol van beide disciplines is niet duidelijk. interdisciplinair overleg lijkt me noodzakelijk, maar beide disciplines moeten de mogelijkheid behouden om mits duidelijke argumentatie tot verwijzing te besluiten. ik kan me heel goed voorstellen dat een verwijzing naar tweede lijn kan gebeuren zonder noodzaak van een medisch bilan met een uitgebreid somatisch luik (bvb ernstige opvoedingsproblemen van ouders met hun kinderen. de antwoorden op deze vraag hangen dus af van de inhoud van de termen.
- in het schema van het model staat het woord (privé) psycholoog, dit wekt de indruk dat enkel privaat gevestigde psychologen het psychologisch bilan zouden kunnen opmaken terwijl ook psychologen in loondienst dit moeten kunnen
- De opsplitsing soma-psyche is ongelukkig gekozen, een holistische benadering is belangrijk. De huisarts krijgt nu al heel wat patiënten met psychische klachten over de vloer en verleent nu al heel wat psychische ondersteuning. Dat is basisonderdeel van hun opleiding. Het is niet de bedoeling om de psy-component nu helemaal door te schuiven naar de eerstelijns-psychologische functie, het is een én-én verhaal. Het bilan moet de noodzakelijke info bevatten voor een beschrijving van de klachten (en eventueel diagnostiek).

<p>Le médecin généraliste détenteur du code de compétence spécifique pour la psychologie de 1^{re} ligne pourra établir ce bilan fonctionnel seul. Si le patient n'est pas suivi par un médecin généraliste détenteur du code de compétence spécifique pour la psychologie de 1^{re} ligne, le volet médical devrait être réalisé par un médecin généraliste et le volet psychologique par un psychologue / orthopédagogue de 1^{re} ligne</p>	<p>15/33</p>	<p>De huisarts met een specifieke bevoegdheidscode voor psychologische eerstelijnsopvang, kan het functioneel bilan alleen opstellen. Als de patient niet opgevolgd wordt door een huisarts met een specifieke bevoegdheidscode voor psychologische eerstelijnsopvang moet het medisch luik opgemaakt worden door een huisarts en het psychologische luik door een eerstelijns-psycholoog/orthopedagoog</p>
<p>1. Le médecin généraliste détenteur du code de compétence spécifique pour la psychologie de 1^{re} ligne pourra établir ce bilan seul.</p> <p>2. Le volet médical devrait être réalisé par un médecin généraliste (non spécialement qualifié)</p> <p>3. Le volet psychologique devrait être réalisé par un psychologue de 1^{re} ligne</p> <p>4. Le volet psychologique devrait être réalisé par un orthopédagogue de 1^{re} ligne</p>	<p>17/32</p> <p>27/31</p> <p>27/32</p> <p>22/31</p>	<p>1. De huisarts met specifieke bevoegdheidscode voor psychologische eerstelijnsopvang, kan het functioneel bilan alleen opstellen.</p> <p>2. Het medisch luik moet opgemaakt worden door een huisarts (niet specifiek gekwalificeerd).</p> <p>3. Het psychologisch luik moet opgemaakt worden door een eerstelijns-psycholoog</p> <p>4. Het psychologisch luik moet opgemaakt worden door een eerstelijns-orthopedagoog</p>
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • cfr de vorige vraag geen fragmentering , geen inferior idee over functioneren van de huisarts aub • le médecin n'est pas qualifié pour établir le volet psychologie qui est du seul ressort du psychologue clinicien • Ontbreken van de groep psychotherapeuten! • La réalisation d'un bilan psychologique nécessitera sans doute l'emploi de tests psychologiques et autres outils d'évaluation, et je me demande si le médecin généraliste disposera des compétences nécessaires. 		



- Iedere arts dient in zijn basisopleiding voldoende opleiding te krijgen in psychologische/psychische moeilijkheden; het creëren van huisartsen-psy als een bijzondere groep is dan overbodig
- Geen specifieke machtiging installeren voor huisarts. Elke huisarts moet dit autonoom kunnen, zo ja: akkoord
- Het is tout court niet de bedoeling dat een huisarts de eerstelijns psychologische functie kan invullen, met of zonder bijkomende scholing, training e.d.
- het antwoord op deze vraag hangt samen met het antwoord op de vorige vraag. wat wordt er bedoelt met 'medisch luik' van een functioneel bilan? in sommige gevallen is verwijzing naar tweede lijn nodig omwille van het psychologische zorgnood
- risico is reëel dat voor doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ een te formeel-administratieve procedure ontstaat (cfr toegangspoort en A-documenten in integrale jeugdhulp)

<p>Mettre à disposition des outils informatiques de transfert d'information et d'enregistrement de données : prévoir un volet 'santé mentale' dans le dossier médical électronique standardisé (eHealth). Ce volet devra être accessible au prestataire de soins spécialisés et au médecin gestionnaire du Dossier Médical Global (DMG) ; l'accord du patient serait une condition du remboursement par les autorités.</p>	<p>27/46</p>	<p>Informatietoepassingen voor transfer van gegevens en registratie van data moeten ter beschikking gesteld worden: voorzien van een "geestelijke gezondheidszorg"-luik in het gestandaardiseerd elektronisch dossier (eHealth). Dit luik moet toegankelijk zijn voor de behandelaar in de gespecialiseerde zorg en de beheerder van het globaal medisch dossier (GMD). Het akkoord van de patient is een conditie voor de vergoeding door de Overheid.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévoir un volet 'santé mentale' dans le dossier médical électronique standardisé (eHealth) 2. Le volet santé mentale (eHealth) serait accessible au médecin et au prestataire de soins spécialisés 3. L'accord du patient quant à l'accès au volet 'santé mentale' de son dossier (eHealth) par le médecin et le prestataire de soins spécialisés serait une condition du remboursement 	<p>42/43</p> <p>37/44</p> <p>31/43</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voorzien van een « geestelijke gezondheidszorg » luik in het gestandaardiseerde elektronische dossier (eHealth) 2. Het "geestelijke gezondheidszorg" luik (eHealth) moet toegankelijk zijn voor de arts en de behandelaar in de gespecialiseerde zorg. 3. Het akkoord van de patient voor de toegang door de arts en de behandelaar in de gespecialiseerde zorgpsycholoog tot zijn "geestelijke gezondheidszorg" luik in zijn dossier (eHealth) is een voorwaarde voor vergoeding.
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • akkoord patiënt met elektronisch beheer gegevens is al geregeld via epd/e gezondheid • aparte luiken onder term 'geestelijke gezondheidszorg' stimuleert de stigmatisering waar we nu al jaren tegen vechten. Geestelijke gezond is een integraal onderdeel en behoeft geen aparte niche • ok pour le dossier électronique mais suivant accord du patient pour consultation par un tiers • Il faut toujours l'accord du patient pour transmettre ses données et on ne peut pas lier le remboursement à l'accord/désaccord du patient • Pourquoi fonctionner différemment pour la santé mentale et le reste du dossier électronique; il me semble que c'est le patient qui autorise quel prestataire peut consulter son dossier? Par ailleurs, il me semble non éthique de conditionner le remboursement à l'accord quant à l'accès au dossier 		



- psychologische gegevens zijn kwetsbaar, bijvoorbeeld over gezinsleden, het lijkt mij onmogelijk dit af te zonderen tot alleen de pt. Gegevens blijve 'plakken', dit is schadelijker met de 'subjectieve' psychologische info.
- De voorwaarde van akkoord door de patiënt kan op bijzonder gespannen voet staan met het gebrek aan ziekte-inzicht bij een niet onbelangrijk deel van de patiënten, met de egosyntonie aard van bepaalde ggz-problematieken (vb. persoonlijkheidsstoornissen).
- om adequaat op deze vraag te antwoorden moet bekeken worden welke informatie gedeeld wordt in dit dossier. in een psy behandeling op 1ste of 2de lijn kan er perfect en open gecommuniceerd worden zonder alle details over de inhoud van een behandeling toegankelijk te maken voor de andere zorgverleners
- Hier wordt te eng gefocust op het dossier bij de huisarts. Dat dossier moet niet voor de behandelaar in de gespecialiseerde zorg toegankelijk zijn, maar er moet wel vlot informatie uitwisseling mogelijk zijn met andere systemen en patiëntendossiers. Bijv via Vitalink. Waar er een onderscheid gemaakt wordt tussen een patiëntendossier van een zorgverlener en het gedeeld multidisciplinair dossier.

DES SOINS PSYCHOLOGIQUES SPÉCIALISÉS POUR CEUX QUI EN ONT BESOIN / GESPECIALISEERDE PSYCHOLOGISCHE HULP VOOR DEGENEN DIE ER NOOD AAN HEBBEN

Le prestataire de soins psychologiques spécialisés devra établir un plan de soins dans le dossier médical informatisé du patient.	30/45	De behandelaar van gespecialiseerde psychologische hulp moet een zorgplan opnemen in het elektronische medische dossier van de patient
---	-------	--

Commentaires/commentaren

- La notion de plan de soins ne correspond pas à tous les modèles d'intervention psychologique spécialisée. Il évoque une certaine protocolisation ou standardisation de la prise en charge et cela échappe à la complexité du fonctionnement psychique.
- si un bilan est toujours réalisable au terme ou en cours de travail, un plan de soin n'est pas toujours réalisable.
- pas toujours compatible avec l'intimité nécessaire à un travail psychologique
- Je ne sais pas en quoi consiste précisément un plan de soins.
- Il est utopique de vouloir établir un plan de soin, il s'agit là d'une approche cognitivo-comportementaliste qui a montré toutes ces limites
- je doute que l'on puisse vraiment "planifier" des soins psychologiques. Tout dépend de ce que l'on met derrière ce terme
- Een zorgplan kan ook doorgegeven worden via linken (Vitalink). Ik zou het ruimer zien dan enkel een medisch dossier. Elke zorgverlener heeft zijn elektronisch cliëntdossier waar de cliëntdoelstellingen opgenomen zijn = zorgplan.
- Ce plan n'a pas à être diffusé.
- c'est une bonne idée mais cela ne peut pas être une obligation (cf accord patient)
- Pas d'obligation d'inscription dans le dossier informatisé. Cela doit se faire sur base volontaire.
- Enkel met toestemming van de patiënt. Het feit dat men psychologische hulp zoekt, moet niet noodzakelijk uitmonden in een zorgplan. Het is al erg genoeg dat de maatschappij zo 'ver' is geraakt dat men voor een goed gesprek al moet betalen, laat staan dat men al een etiket moet opgekleefd krijgen onder het mom van zorgplan.

- Welk dossier wordt hier bedoeld? Ipv te focussen op 1 soort dossier, is het beter om info uitwisseling mogelijk te maken, bijv via een systeem zoals Vitalink. De patiënt beslist welke zorgverstrekkers toegang hebben tot welke informatie.

<p>Le remboursement des soins psychologiques spécialisés portera sur un nombre déterminé (à définir) de séances, avec une possibilité de renouvellement. L'opportunité de renouveler les séances devra être évaluée par un tiers (par exemple, un « psychologue-conseil » au sein de l'organisme en charge du remboursement) sur base du bilan fonctionnel et du plan de soins établi par le prestataire. Pour une liste limitée (à définir) de pathologies nécessitant une prise en charge à vie, des renouvellements supplémentaires seront automatiques.</p>	22/45	<p>De vergoeding voor gespecialiseerde psychologische zorg dekt een vastgelegd aantal consultaties (te bepalen), met mogelijkheid tot hernieuwing. Een eventuele hernieuwing van deze consultaties moet geëvalueerd worden door een derde persoon (bv, een "controle-psycholoog" verbonden aan de terugbetalingsinstelling) en dit op basis van het functioneel bilan en het zorgplan opgesteld door de zorgverlener. Voor een beperkte lijst van pathologieën (te bepalen) die een levenslange behandeling vereisen moeten deze hernieuwingen automatisch kunnen verlopen.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rembourser les soins psychologiques spécialisés 2. Rembourser un nombre de séances déterminé 3. Rembourser un nombre de séances renouvelable 4. L'opportunité de renouveler les séances devra être évaluée par un tiers lié à l'organisme en charge du remboursement 5. Le bilan fonctionnel doit faire partie des éléments d'évaluation lors de la décision de renouvellement 6. Le plan de soins doit faire partie des éléments d'évaluation lors de la décision de renouvellement 7. Pour une liste limitée (à définir) de pathologies nécessitant une prise en charge à vie, des renouvellements supplémentaires seront automatiques 	<p>41/43 33/42 39/42 25/43 29/41 33/41 32/42</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg. 2. Terugbetaling van een vastgelegd aantal consulten 3. Terugbetaling van een hernieuwbaar aantal consulten 4. De mogelijkheid tot terugbetaling van de consulten moet geëvalueerd worden door een derde persoon, verbonden aan de organisatie die instaat voor de terugbetaling 5. Het functioneel bilan moet onderdeel zijn van de evaluatie-criteria bij de beslissing tot hernieuwing. 6. Het zorgplan moet onderdeel zijn van de evaluatie-criteria bij de beslissing tot hernieuwing. 7. Voor een beperkte lijst van pathologieën (te bepalen) die een levenslange behandeling vereisen, moeten de hernieuwingen automatisch kunnen verlopen
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • -ivm hernieuwing: daar moeten duidelijke toepassingsregels voor bestaan zoals kennisgevingsprocedure in kader van F-lijst kinesithérapie; -ivm pathologieën die een levenslange behandeling vereisen: niet werken met een beperkte lijst maar toestaan op voorschrift van een psychiater • dit voorstel is echt te gek voor woorden • De "controle - psycholoog" mag niet verbonden zijn aan een terugbetalingsinstelling = belangenvermenging! Beter een onafhankelijke psycholoog - supervisor! • ok pour une évaluation de l'évolution de la prise en charge sur base d'un rapport d'intervention et non sur une prospection aléatoire 		



- tant la fonction première ligne que les soins psychologiques spécialisés doivent faire l'objet d'une évaluation. Le rôle d'un psy conseil est à réfléchir dans ce cadre/ le remboursement des séances peut-être limité à un certain nombre à définir en fonction de l'EBM et entre autre de la marge budgétaire
- de nouveau, pourquoi fonctionner différemment que pour la kinésithérapie par exemple. Si le médecin est considéré comme apte à orienter son patient, pourquoi ne serait-il pas apte à décider d'un renouvellement au moins une fois?
- Bij sommige pathologieën en patiënten zullen één of enkele consulten volstaan. Bij andere zullen vele consulten nodig zijn. Dit vastleggen in een arbitrair aantal consulten zou soms tot overconsumptie, maar anderzijds ook soms tot onvoldoende adequate zorg kunnen leiden.
- ce n'est pas un psychologue-conseil qui devrait se prononcer ici mais un psychiatre
- aantal sessies verbinden met pathologie is niet de juiste weg. Alle systemen met herevaluatie zullen meer geld opslokken dan de zorg zelf.
- 1. Controle psycholoog én controle huisarts 2. Automatische verlengingen lijken mij enkel mogelijk voor zwaardere pathologie waarbij tevens samenwerking is met psychiater
- Zelfde kritiek als voorheen m.b.t. het terugbetalingsdiscours. Er zijn andere financieringstechnische wegen (vb. enveloppefinanciering van erkende voorzieningen) die zinvolle alternatieven bieden.
- de beslissing tot hernieuwing van ELP bij de betalende instantie leggen leidt tot belangenvermenging en is dus te vermijden als zorg centraal staat. de vraag rond het functioneel bilan kan ik enkel beantwoorden als ik weet wat hier precies onder verstaan wordt.
- 1) Eerste prioriteit in terugbetaling mogelijk maken van psychologische zorg, is eerstelijns-psychologische zorg! 2) Hoe verhoudt dit zich tot de reeds bestaande, door overheid gefinancierde, gespecialiseerde ggz, zoals CGG, PZ, poliklinieken, mobiele teams, enz.? Die structuren werken niet met een vastgelegd aantal consulten per patiënt.

Réserver le financement/remboursement des soins psychologiques spécialisés/ de l'orthopédagogie aux professionnels reconnus par la loi et travaillant dans une structure de santé mentale pluridisciplinaire agréée. Pour les praticiens indépendants, prévoir des modalités de collaboration avec des structures pluridisciplinaires existantes via lesquelles ils percevront leur rémunération.

19/46

Vorbehouden van financiering/terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg/orthopedagogie aan zorgverleners die erkend zijn door de wet en die werken in een erkende multidisciplinaire structuur voor geestelijke gezondheidszorg. Voor de onafhankelijke zorgverleners moeten samenwerkingsvormen voorzien worden met bestaande multidisciplinaire structuren via dewelke ze hun vergoedingen kunnen verkrijgen.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Réserver le financement/remboursement des soins psychologiques spécialisés /orthopédagogie aux professionnels reconnus par la loi 2. Réserver le financement/remboursement des soins psychologiques spécialisés/orthopédagogie aux professionnels travaillant dans une structure de santé mentale pluridisciplinaire agréée 3. Pour les praticiens indépendants, prévoir des modalités de collaboration avec des structures pluridisciplinaires existantes 4. Les praticiens indépendants percevront leur rémunération via structures pluridisciplinaires existantes avec lesquelles ils collaboreront 	<p>39/42 21/40</p> <p>36/40 21/40</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voorbehouden van financiering/terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg/ orthopedagogie aan zorgverleners die erkend zijn door de wet. 2. Voorbehouden van financiering/terugbetaling van gespecialiseerde psychologische zorg/ orthopedagogie aan zorgverleners die werken in een erkende multidisciplinaire structuur voor geestelijke gezondheidszorg. 3. Voor de onafhankelijke zorgverleners moeten samenwerkingsvormen met bestaande multidisciplinaire structuren voorzien worden. 4. De onafhankelijke zorgverleners ontvangen hun vergoeding via bestaande multidisciplinaire structuren waarmee ze samenwerken
--	---	---

Commentaires/commentaren

- de bestaande structuren geestelijke gezondheidszorg werken nu al niet doeltreffend en doelmatig, er is dus geen enkele reden om ze te versterken. Dit wordt een vat zonder bodem
- attention au système des faux-indépendants que favoriseraient une rémunération indirecte à l'acte
- Onafhankelijke zorgverstrekkers moeten rechtstreeks vergoed worden, niet via een centrum
- Ontbreken van de psychotherapeuten!
- la collaboration avec les structures pluridisciplinaires est souhaitable mais non obligatoire
- notre système est à la fois public et privé; si je suis d'accord avec l'objectif d'intégration à long terme, il me semble difficile de l'imposer d'emblée
- wederom de productie van 'papier', administratie en een dubbele werkelijkheid. De controle zal vooral geld kosten en leiden tot inefficiënte methoden, en geld weghalen uit de eigenlijke zorg.
- Niet akkoord met uitdrukking 'gespecialiseerde psychologische zorg/orthopedagogie'. KCE is in de war of niet goed geïnformeerd. Psychotherapie is psychologische behandeling, maar kan ook door anderen aangeboden worden dan enkel psychologen/orthopedagogen. Bvb. psychiaters. Overgangsmaatregel noodzakelijk voor alle huidige psychotherapeuten.
- ik heb onvoldoende informatie over hoe de terugbetaling concreet zou geregeld worden om op deze vraag te antwoorden
- Het terugbetalen van zorgverleners die werken in een erkende multidisciplinaire structuur obv prestaties lijkt me moeilijk. Die voorzieningen hebben nl. een totaalopdracht en een totaalfinanciering, hier wordt louter op de prestaties (= consultaties) gefocust.



<p>Le financement des structures de soins de santé mentale spécialisés existantes devra être renforcé pour permettre d'absorber la demande de soins envoyés par la 1^{re} ligne, éventuellement via des accords passés avec des prestataires indépendants.</p>	33/42	<p>De financiering van de bestaande structuren voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet versterkt worden zodat zij de zorgvraag, doorverwezen vanuit de eerste lijn, kunnen verwerken, dit eventueel via overeenkomsten met onafhankelijke zorgverleners.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le financement des structures de soins de santé mentale spécialisés existantes devra être renforcé 2. Le financement des structures de soins de santé mentale spécialisés existantes devra être renforcé pour absorber la demande de soins envoyés par la 1^{re} ligne 3. Absorber la demande de soins envoyés par la 1^{re} ligne via des accords passés avec des prestataires indépendants 	<p>37/41 38/41 36/41</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De financiering van de bestaande structuren voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet versterkt worden. 2. De financiering van de bestaande structuren voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moet versterkt worden zodat zij de zorgvraag, doorverwezen vanuit de eerste lijn, kunnen verwerken 3. Opvangen van de zorgvraag, doorverwezen vanuit de eerste lijn, via overeenkomsten met onafhankelijke zorgverleners
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • passer des accords avec des SSM réduit l'indépendance des prestataires indépendants • Onafhankelijke zorgverleners moeten op onafhankelijke wijze samenwerken met de bestaande GGZ - voorzieningen • liberté de choix thérapeutique - choix indépendant 		
<p>Il faudra veiller à une bonne répartition géographique des structures subsidiées (avec possibilité de créer des antennes).</p>	45/46	<p>Er moet gezorgd worden voor een goede geografische spreiding van de gesubsidieerde structuren (met mogelijkheid tot opzetten van satellieten).</p>
<p>Commentaires/commentaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je suis d'accord sur le *principe* d'une bonne répartition géographique, mais je ne vois pas comment l'obtenir en pratique. 		



■ REFERENCES

1. NHS Careers. Careers in psychological therapies [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/psychological-therapies/careers-in-psychological-therapies/>
2. NHS IAPT. IAPT education, training and development [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.iapt.nhs.uk/workforce/iapt-education-training-and-development/>
3. NHS Careers. Primary care graduate mental health worker [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/psychological-therapies/careers-in-psychological-therapies/primary-care-graduate-mental-health-worker/>
4. NHS Careers. Psychologist [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/psychological-therapies/careers-in-psychological-therapies/psychologist/>
5. NHS Careers. Assistant clinical psychologist [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/psychological-therapies/careers-in-psychological-therapies/assistant-clinical-psychologist/>
6. NHS Careers. Differences between psychology, psychiatry and psychotherapy [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/psychological-therapies/differences-between-psychology,-psychiatry-and-psychotherapy/>
7. NHS Careers. Working as a counsellor [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/psychological-therapies/careers-in-psychological-therapies/counsellor/>
8. NHS Careers. Psychological wellbeing practitioner [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/psychological-therapies/careers-in-psychological-therapies/psychological-wellbeing-practitioner/>



- [therapies/careers-in-psychological-therapies/psychological-wellbeing-practitioner/](#)
9. Tosh J, Kearns B, Brennan A, Parry G, Ricketts T, Saxon D, et al. Innovation in health economic modelling of service improvements for longer-term depression: demonstration in a local health community. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:150.
 10. NICE. Commissioning stepped care for people with common mental health disorders. NICE commissioning guides [CMG41]. 2011 November 2011. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cmg41/chapter/3-a-stepped-care-approach-to-commissioning-high-quality-integrated-care-for-people-with-common>
 11. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry.* 2011;23(4):375–84.
 12. Derbyshire Healthcare NHS Foundation Trust. What is IAPT? [Web page].2015. Available from: <http://www.derbyshcft.nhs.uk/our-services/patient-information/psychological-therapies/talking-mental-health-derbyshire/who-are-we/what-is-iapt/>
 13. OCD-UK. Community Mental Health Team (CMHT) [Web page].2015. Available from: <http://www.ocduk.org/cmht>
 14. NHS IAPT. About IAPT [Web page]. Available from: <http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>
 15. Department of Health. IAPT three-year report The first million patients. 2012 November. Available from: <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-3-year-report.pdf>
 16. Parry G, Barkham M, Brazier J, Dent-Brown K, Hardy G, Kendrick T, et al. An evaluation of a new service model: Improving Access to Psychological Therapies demonstration sites 2006-2009. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation programme. 2011.
 17. Psychiatrists; RCo. Report of the Second Round of the National Audit of Psychological Therapies (NAPT). Healthcare Quality Improvement Partnership. London: 2013. Available from: www.rcpsych.ac.uk/napt
 18. NHS. Can I get free therapy or counselling? [Web page]. [cited December 12]. Available from: <http://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/pages/free-therapy-or-counselling.aspx>
 19. NICE. NICE guidelines [CG123]. NICE; 2011 May.
 20. NICE. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 123 'Common mental health disorders: identification and pathways to care' (2011). 2013. Evidence Update 31 Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/cg123-common-mental-health-disorders-evidence-update2>
 21. Callan S, Fry B. Completing the Revolution. Commissioning Effective Talking Therapies. 2012.
 22. Health and Social Care Information Centre. Psychological Therapies, England: Annual Report on the use of Improving Access to Psychological Therapies services – 2012/13. Experimental Statistics. 2014.
 23. Bennett-Levy J, Richards D, Farrand P, Christensen H, Griffiths K, Kavanagh D, et al., editors. Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions; 2010.
 24. Marshall L, Charlesworth A, Hurst J. The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. 2014. Research report Available from: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/14022_0_nhs_payment_research_report.pdf
 25. NHS England Strategic Finance. Technical Guide to the formulae for 2014-15 and 2015-16 revenue allocations to Clinical Commissioning Groups and Area Teams. 2014 Publication Date: 25 March 2014. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/03/tech-guide-rev-allocs.pdf>
 26. Department of Health Payment by Results team. Mental Health Payment by Results Guidance for 2013-14. 2013. Gateway ref.



- 18768 Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/232162/Mental_Health_PbR_Guidance_for_2013-14.pdf
27. Clark M. Mental health care clusters and payment by results: considerations for social inclusion and recovery. *Mental Health and Social Inclusion* 2011;15(2):71-7.
28. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. How mental illness loses out in the NHS. The London School of Economics and Political Science; 2012 June 2012. Available from: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/cepsp26.pdf>
29. NHS IAPT. IAPT Payment by Results. Pilot Feasibility Study. Final Report. 2013. Available from: <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-pbr-pilot-feasibility-study-report-final.pdf>
30. NHS IAPT. Payments by Results [Web page]. Available from: <http://www.iapt.nhs.uk/pbr/>
31. NHS. Counselling [Web page]. Available from: <http://www.nhs.uk/conditions/Counselling/Pages/Introduction.aspx>
32. NHS IAPT. Measuring Outcomes [Web page]. Available from: <http://www.iapt.nhs.uk/data/>
33. Health and Social Care Information Centre. Routine Monthly Improving Access to Psychological Therapies Data Quality Reports - England, Final April and provisional May 2013, Experimental statistics [Web page]. 2013. Available from: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB11201>
34. Hutschemaekers GJM, van Dijk FE. Psychotherapy and clinical psychology in the Netherlands: Settlement of five distinctive professions. In: Moodley R, Gielen UP, Wu R, editors. *Handbook of Counseling and Psychotherapy in an International Context*. New York: Routledge; 2013.
35. van der Velden L, Batenburg RU. *Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012*. Utrecht: NIVEL; 2012. ISBN 978-94-6122-140-7
36. Forti A, Nas C, van Geldrop A, Franx G, Petrea I, van Strien Y, et al. *Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Netherlands*. 2014 25 Aug. OECD Health Working Papers N° 73 Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz158z60dzn-en>
37. Nederlandse Zorgautoriteit. *Prestatiebeschrijving POH-GGZ*. 2013. Available from: http://www.nza.nl/95826/99522/133253/Prestatiebeschrijving_POH-GGZ.pdf
38. Landelijke Vereniging POH-GGZ. *Functieprofiel Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg* [Web page]. 2014. Available from: <http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel>
39. Nederlandse Zorgautoriteit. *Advies Bekostiging POH-GGZ*. 2013 april. Available from: http://www.nza.nl/104107/139830/740611/Advies_Bekostiging_POH-GGZ.pdf
40. de Vries S, Korver-Nieberg N, Bulder E, Jehle M. *Klinisch psycholoog worden* [Web page]. 2014. Available from: http://studieloopbaan.wikia.com/wiki/Klinisch_psycholoog_worden
41. RINO Noord-Holland: *Nascholing en opleiding GGZ. Psychotherapie* [Web page]. Available from: <http://www.rino.nl/BIG/ggz-instellingen/psychotherapie/Praktijkopleiding>
42. Stichting GGZ-VS. *GGZ Verpleegkundig Specialist: Brochure* [Web page]. Available from: <http://www.ggzvs.nl/Opleiding/Hoe/Brochure.aspx>
43. *Invoering Generalistische Basis GGZ: samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland I, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGZ, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*,



- Zorgverzekeraars Nederland. Wat verandert er in de geestelijke gezondheidszorg? [Web page]. Available from: <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/wat-verandert-er-in-de-geestelijke-gezondheidszorg>
44. Invoering Generalistische Basis GGZ: samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland I, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGz, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland. Uitleg schema doorverwijzing GGZ [Web page]. Available from: <http://invoeringbasisggz.nl/pagina/uitleg-schema-doorverwijzing-ggz%29>
45. Visser ECM. Zorginstituut Nederland. Pakket. Memo Review Mental health in the Netherlands. In; 2015.
46. Prins MA, Verhaak P, Smit EH, Verheij R. De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz. Huisarts & Wetenschap; 2012. Available from: <http://www.henw.org/archief/volledig/id4899-de-positie-van-de-eerstelijnspsycholoog-in-de-eerstelijns-ggz.html>
47. Invoering Generalistische Basis GGZ: samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland I, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGz, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland. Wat is gespecialiseerde GGZ? [Web page]. Available from: <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/wat-is-gespecialiseerde-ggz>
48. Invoering Generalistische Basis GGZ: samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland I, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGz, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Hoofdbehandelaar in de generalistische basis GGZ. Verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar. [Web page]. Available from: <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/hoofdbehandelaar-in-de-generalistische-basis-ggz>; <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/verantwoordelijkheden-van-de-hoofdbehandelaar>
49. van Diggelen H, Kroes M. Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2. Op weg naar een toekomstbestendige GGZ. 10 juli 2013. College voor Zorgverzekeringen; 2013.
50. Rijksoverheid. Zorgverzekering. Vraag en Antwoord. Wie betaalt de behandeling van mijn psychische problemen? [Web page]. [cited October 28 2014]. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wie-betaalt-de-behandeling-van-mijn-psychische-problemen.html>
51. Nederlandse Vereniging van en voor gz-psychologen en klinisch (neuro) psychologen. Minister neemt CVZ-advies in hoofdlijnen over [Web page].2013 [cited October 28 2014]. Available from: <http://www.nvgzp.nl/minister-neemt-cvz-advies-in-hoofdlijnen-over/>
52. 1stelijnsAmsterdam. Tarieven POH-GGZ [Web page].2014. Available from: http://www.1stelijnsamsterdam.nl/images/ggz/poh_ggz/tarieven_POH-GGZ.pdf
53. Invoering Generalistische Basis GGZ: samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland I, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGz, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen &



- Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland. Prestaties en tarieven generalistische basis GGZ [Web page]. Available from: <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/prestaties-en-tarieven-generalistische-basis-ggz>
54. Nederlandse Zorgautoriteit. Verantwoordingsdocument Normatief tarief prestaties basis GGZ 2014. 2013. Available from: http://www.nza.nl/95826/99522/835609/Verantwoordingsdocument_tarieven_basis_GGZ_2014.pdf
55. Eyssen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Léonard C. Organization of mental health care for persons with severe and persistent mental illness. What is the evidence? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 18/11/2010. KCE Reports 144 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/organization-of-mental-health-care-for-persons-with-severe-and-persistent-mental-#.VQLeP-FLoX0>
56. Invoering Generalistische Basis GGZ: samenwerkingsverband tussen GGZ Nederland I, Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijk Platform GGz, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Platform Meer GGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland. Routine Outcome Monitoring (ROM) [Web page]. Available from: <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/routine-outcome-monitoring-rom>
57. Busse R, Blümel M. Germany: health system review. European Observatory; 2014. Health Systems in Transition 16 (2)
58. Warschburger P. Counseling and psychotherapy in Germany: Common past but different present? In: Moodley R, Gielen UP, Wu R, editors. Handbook of Counseling and Psychotherapy in an International Context. New York: Routledge; 2013.
59. Bundespsychotherapeutenkammer. Paths to Psychotherapy. Berlin: 2012.
60. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). A guide to psychotherapy in Germany: Where can I get help? 2013. Informed Health Online
61. Gemeinsamen Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. 2013. Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-713/PT-RL_2013-04-18.pdf
62. Blümel M, Henschke C. Reform of provider payment in ambulatory care. Health Policy Monitor. 2010;October.
63. Richter R. Psychotherapy in Europe. Disease Management Strategies for Depression. National Concepts of Psychotherapeutic Care. Germany. Berlin: BundesPsychotherapeutenKammer (BPTK); 2011. Available from: <http://npce.eu/germany.html>
64. Stettler P, Stocker D, Gardiol L, Bischof S, Künzi K. Enquête sur les données structurelles de la psychothérapie effectuée par des psychologues en Suisse en 2012 - Offre, utilisation et coûts de la psychothérapie. Berne: Fédération suisse des psychologues (FSP) 2013.
65. Factsheet psychothérapie. In: FPS.
66. Société Médicale du Valais, Département de la santé des affaires sociales et de l'énergie. Nouvelle structure des tarifs médicaux suisses: Le TarMed. Etude valaisanne. 2000. Available from: https://www.vs.ch/Press/DS_3/PU-2000-02-12-1548/fr/tarmed.pdf
67. Comparis.ch. Catalogue des prestations de l'assurance maladie de base obligatoire (LAMal) [Web page]. 2015 comparis.ch SA [cited 24/02/2015]. Available from: <https://fr.comparis.ch/krankenassen/info/glossar/leistungen-krankenpflegeversicherung.aspx#punkt13>



68. Perneger T, R. Herrmann F. Tarifs, forfaits et économicité. Revue médicale suisse. 2009;225(41):2254-7.
69. Orientation.ch. Pédagogue curatif UNI / Pédagogue curative UNI [Web page].2014 [updated 03.11.2014; cited 24/02/2015]. Available from: <http://www.orientation.ch/dyn/1109.aspx?data=formation&id=804>
70. BPTK. Psychotherapy in Europe - Disease Management Strategies for Depression. 2011. National Concepts of Psychotherapeutic Care Available from: http://npce.eu/mediapool/113/1137650/data/Nat_Development/Reader_National_Concepts.pdf
71. TARMED. Chapitre 2 - Psychiatrie. TARMED Version 01.08.0000
72. Charte suisse pour la psychothérapie. Définition de la psychothérapie - Formation - Critères d'affiliation. 2014.
73. Schnyder U, Schulthess P. The Psychotherapeutic Professions in Switzerland. Society for Psychotherapy Research (SPR); 2009. Reports on the Psychotherapeutic Professions Available from: http://c.ymcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/events/barcelona/reports/report_switzerland.pdf
74. Adler Y, Thüler P. Psychothérapie effectuée par des psychologues: le manque de données comblé. Bulletin des médecins suisses. 2014;95(15):612-4.
75. Hansen NH, Dixon AL. Counseling and psychotherapy in Denmark: Counseling the "happiest people on Earth". In: Moodley R, Gielen UP, Wu R, editors. Handbook of counseling and psychotherapy in an international context. New York and London: Routledge; 2013. p. 271-81.
76. Jacobsen CH. The Psychotherapeutic Professions in Denmark. Society for Psychotherapy Research (SPR); 2009. Reports on the Psychotherapeutic Professions Available from: http://c.ymcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/events/barcelona/reports/report_denmark.pdf
77. Jacobsen CH. The Psychotherapeutic Profession in Denmark. International Federation for Psychotherapy (IFP) Newsletter. 2014(1):15-7.
78. Bekendtgørelse af lov om psykologer [Web page].2004 [cited February 26th, 2015]. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=140824>
79. Psykologforening D. Uddannelse og karriere [Web page].Denmark. Available from: <http://www.dp.dk/uddannelse-karriere/psykologuddannelsen/>
80. The Danish Association for psychologists. Specialist & supervisor [Web page].2015 [cited 20/03/2015]. Available from: <http://www.dp.dk/uddannelse-karriere/specialist-supervisor/>
81. Psykologbehandling [Web page]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/socialmedicin/behandling/psykologbehandling/>
82. Danske Regioner. Visioner for udvikling af den offentlige psykologordning. 2013. Rapport fra Moderniseringsudvalget Available from: http://www.psykologerdanmark.dk/DA/sitecore/content/Dp/LonArbejdsvilkaar/Selvstaendig/~media/Dansk%20Psykolog%20Forening/Filer_dp/Faelles%20filer/Publikationer/Andet/Rapport%20fra%20Moderniseringsudvalget_2013.ashx
83. Danske regioner. Udvidelse af psykologordningen [Web page]. Available from: <http://www.regioner.dk/~media/Filer/Sundhed/Udvidelse%20af%20psykologordningen%20til%20behandling%20af%20depression.ashx>
84. Dansk Psykoterapeutforening [Web page]. Available from: <http://psykoterapeutforeningen.dk/>

