

SAMENVATTING

ORGANISATIE- EN FINANCIERINGSMODEL VOOR DE PSYCHOLOGISCHE ZORG



SAMENVATTING

ORGANISATIE- EN FINANCIERINGSMODEL VOOR DE PSYCHOLOGISCHE ZORG

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



■ VOORWOORD

De meesten onder ons hebben al wel eens gehoord van Bhutan: een klein landje ergens boven India, met boeddhistische tempels die zich vastklampen aan de flanken van de Himalaya. Maar daar houdt onze kennis dan ook ongeveer op. Het is een van de armste landen ter wereld. Maar wist u ook dat Bhutan het allereerste land is dat het verhogen van het Bruto Nationaal Geluk (BNG) expliciet heeft vertaald in een voluntaristisch beleid, gebaseerd op 4 pijlers en 9 indicatoren. De 4 pijlers zijn duurzame en rechtvaardige socio-economische ontwikkeling, goed bestuur, bescherming van het milieu en behoud en promotie van de cultuur. En de eerste twee dimensies in het lijstje van 9 indicatoren zijn psychisch welzijn en gezondheid.

Zonder hun voorbeeld te willen idealiseren, hebben wij, met ons koortsachtig streven naar groei in ons bruto nationaal product, wellicht toch wat te leren van dit Aziatische koninkrijkje. Nooit eerder was onze koopkracht zo hoog, maar tegelijkertijd kampt een aanzienlijk deel van de bevolking met een of andere vorm van psychisch onwelbevinden, en de zelfmoordcijfers blijven alarmerend hoog.

We staan weliswaar nog niet zover om geluk als een expliciete beleidsdoelstelling na te streven en ook systematisch te monitoren, maar over de jaren is toch het besef gegroeid bij de verschillende overheden in het land dat de zorg voor de geestelijke gezondheid veel ruimer hoort te zijn dan het behandelen van formeel gediagnosticeerde psychiatrische aandoeningen. En dat die zorg best ook tijdig, en dus laagdrempelig beschikbaar zou moeten zijn. Hier doelen we op dat professionele duwtje in de rug dat voor velen misschien voldoende zou kunnen zijn om hun energie en weerbaarheid terug te vinden in de niet-aflatende rat race. En dat voor anderen een snellere toegangsweg opent naar een adequate therapie.

Gelukkig waren heel wat bouwstenen voorhanden waarmee we aan de slag konden. Zo viel er heel wat inspiratie te rapen uit de ervaringen in andere landen en uit de pilootprojecten bij ons. We hebben ook geluisterd naar de actoren op het terrein. En al deze elementen hebben we samengesmeed tot een reeks ambitieuze voorstellen.

Wordt dit een duwtje in de rug voor ons BNG?

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ KERN BOODSCHAPPEN

- Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de Belgen steeds meer kampen met psychologische moeilijkheden. Het gaat hier vooral om milde (courante) en matige problemen (angst en depressie), en is er nog geen sprake van een specifieke psychiatrische aandoening. Ze kunnen door een tijdige ondersteuning worden overwonnen. Deze problemen komen meer voor bij mensen uit kwetsbare sociale groepen en bij werklozen.
- Als deze problemen niet aangepakt worden, kunnen ze zich met de tijd verder ontwikkelen en steeds moeilijker te behandelen worden. Ze zijn niet alleen voor de betrokkene, maar ook voor de maatschappij een grote belasting, in de vorm van ziekteverzuim en verlies van productiviteit.
- Ondanks de hervormingen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg sluit het huidige zorgaanbod niet aan bij deze psychologische problemen en noden, o.a. door de complexiteit van de zorgsector en door problemen van betaalbaarheid.
- Voor deze studie werd het wettelijk kader en de huidige situatie in België onderzocht en vergeleken met vijf Europese landen. Het voorgestelde model werd ontwikkeld in overleg met de belanghebbenden, en de uiteindelijke voorstellen werden met hen afgetoetst. Er konden onvoldoende betrouwbare gegevens worden verzameld om een budgetinschatting van het voorgestelde model te maken.
- Het voorgestelde model heeft twee niveaus: een eerste algemeen niveau dat breed toegankelijk is en dat zonder voorafgaande beperking de opvang van milde en matige psychische problemen voorziet, en een tweede niveau dat meer beperkt toegankelijk is, met meer gespecialiseerde zorg voor degenen waarvoor het eerste niveau niet volstaat.
- Het eerste niveau, dat o.a. was geïnspireerd door de eerstelijnspsychologische projecten in Vlaanderen (ELPF), is rechtstreeks toegankelijk, los van de diagnose of de ernst van de klacht, maar is wel beperkt tot een klein aantal sessies. Een aanzienlijk deel van psychische klachten kunnen hierdoor wel al worden opgelost. Men kan in het eerste niveau ook (potentieel) ernstige situaties herkennen en deze doorverwijzen naar gepaste zorgsettings binnen de bestaande gespecialiseerde structuren.
- Het eerste niveau is toegankelijk via twee kanalen: enerzijds via de klinische psycholoog die een specifieke opleiding in de eerstelijnspsychologie heeft genoten en die functioneert binnen een lokaal multidisciplinair netwerk. Anderzijds kunnen patiënten zich tot hun huisarts wenden, voor een langdurige consultatie. Het aantal sessies zal daar ook beperkt zijn, net zoals bij de eerstelijnspsycholoog.
- Eerstelijnspsychologen zullen worden gefinancierd door een combinatie van een praktijkvergoeding, een vaste vergoeding per patiënt en een consultatievergoeding + een laag remgeld.
- Het tweede niveau (gespecialiseerde zorg) is toegankelijk na verwijzing door de eerste lijn via een regelmechanisme (gatekeeping) of via een psychiater. De toegang is gebaseerd op een "functioneel bilan", dat zich in het (toekomstige) gedeelde elektronische patiëntendossier bevindt en dat input bevat van de eerstelijnspsycholoog én de huisarts, en eventueel van andere professionelen. Er zouden geen voorwaarden voorzien worden m.b.t. diagnose of het soort therapie.



- De toegang tot de gespecialiseerde zorg is beperkt tot wettelijk erkende beoefenaars. Zij moeten voldoen aan bepaalde voorwaarden inzake voortgezette opleiding, moeten deel uitmaken van het lokale multidisciplinaire netwerk, en moeten hun discipline uitoefenen in of in nauwe samenwerking met de bestaande gesubsidieerde structuren (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Centrum voor Ambulante Revalidatie). Voor particuliere zorgverleners zou een samenwerkingscontract met deze structuren vereist zijn.
 - Het aantal sessies moet beperkt blijven, maar het moet wel mogelijk zijn om de behandeling te verlengen. In dat geval moet de gespecialiseerde zorgverlener het functioneel bilan bijwerken en een zorgplan voorzien, dat wordt goedgekeurd door een adviserend psycholoog/psychiater van een betalingsinstelling.
 - De gespecialiseerde behandelingen zouden worden gefinancierd door het RIZIV op basis van een nomenclatuur. De huidige financiering van de CGGs door de gemeenschappen blijft ongewijzigd en kan gebruikt worden voor de onderhouds- en werkingskosten en de netwerking van de centra. Een remgeld gelijk aan de terugbetaling van psychiatrische consulten moet worden voorzien. Een pay-for-quality component, op basis van indicatoren, kan in de toekomst overwogen worden.
 - Directe toegang tot de privépraktijk van de klinisch psycholoog blijft mogelijk, maar de behandeling komt dan niet in aanmerking voor terugbetaling.
 - Een reeks randvoorwaarden moeten worden vervuld voor het verkrijgen van:
 - o een cultuur van samenwerking en netwerking tussen alle belanghebbenden op alle niveaus;
 - o voldoende zorgprofessionals met een degelijk niveau van scholing;
 - o ICT tools, om informatie te delen en multidisciplinair patientengegevens te registreren;
 - o een kwaliteitsmeting.
- Omdat deze randvoorwaarden niet op korte termijn kunnen worden vervuld, moeten de verschillende onderdelen van het systeem gefaseerd worden ingevoerd en moet er een overgangsregeling worden voorzien.



■ **SAMENVATTING**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	KERNBOODSCHAPPEN	2
■	SAMENVATTING	4
1.	WAAROM DEZE STUDIE?	6
1.1.	PSYCHISCH LIJDEN, EEN BELANGRIJK PROBLEEM	6
1.2.	EEN AANZIENLIJKE MAATSCHAPPELIJKE IMPACT	6
1.3.	DE PSYCHOLOGISCHE ZORG MOET WORDEN VERSTERKT.....	6
1.4.	NAAR EEN NIEUW MODEL VOOR DE ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN DE PSYCHOLOGISCHE ZORG	7
2.	WAT IS DE HUIDIGE SITUATIE IN BELGIË?	9
2.1.	HUIDIGE ORGANISATIE VAN HET PSYCHOLOGISCHE ZORGAANBOD	9
2.1.1.	Een eerste niveau met directe toegang:	9
2.1.2.	Een tweede niveau van gespecialiseerde ambulante zorg:.....	10
2.1.3.	Een derde, meer ziekenhuisgericht niveau:.....	10
2.2.	DE BELANGRIJKSTE GEÏDENTIFICEERDE PROBLEMEN	11
2.2.1.	Het eerste contact is moeilijk	11
2.2.2.	Het aanbod is niet transparant genoeg en biedt onvoldoende garanties	11
2.2.3.	Hoge kosten voor de patiënt	12
2.2.4.	Lange wachtlijsten.....	12
2.2.5.	Zorgcontinuïteit wordt niet gegarandeerd	12
3.	TOEGANG TOT PSYCHOLOGISCHE ZORG IN HET BUITENLAND	13
3.1.	DIRECTE TOEGANG TOT PSYCHOLOGISCHE ZORG	13
3.2.	TOEGANGSVOORWAARDEN VOOR GESPECIALISEERDE PSYCHOLOGISCHE ZORG	14
3.2.1.	Gatekeeping	14
3.2.2.	Indicaties	14
3.2.3.	Therapeutische modaliteiten	14
3.2.4.	Aantal sessies	14
4.1.	DOELSTELLINGEN	15



4.2.	ORGANISATORISCHE ASPECTEN	15
4.3.	BELANGRIJKSTE RESULTATEN	16
5.	PISTES VOOR DE ORGANISATIE VAN DE PSYCHOLOGISCHE ZORG.....	16
5.1.	EEN PSYCHOLOGISCH ZORGSYSTEEM MET TWEE NIVEAUS	16
5.2.	BETROKKEN ACTOREN: ELK NIVEAU ZIJN EIGENHEID.....	19
5.2.1.	1 ^{ste} lijn: betrokken actoren met complementaire competenties	19
5.2.2.	Gespecialiseerde zorg: erkende en geaccrediteerde professionals	21
5.3.	ZORGAANBOD: <i>STEPPED CARE</i> EN THERAPEUTISCHE VRIJHEID, MAAR BEPERKT AANTAL SESSIES	22
5.3.1.	Stepped Care	22
5.3.2.	Interventietypes	22
5.3.3.	Geen limitatieve lijsten van indicaties	22
5.3.4.	Geen beperking voor het type behandeling	23
5.3.5.	Niet uitsluitend face-to-face consultaties	23
5.3.6.	Beperking van het aantal terugbetaalde sessies	24
5.4.	TOEGANG: VRIJ IN 1 ^{STE} LIJN, ONDER VOORWAARDEN VOOR DE GESPECIALISEERDE ZORG	25
5.4.1.	1 ^{ste} lijn: meerdere toegangspoorten	25
5.4.2.	Gespecialiseerde zorg: een multidisciplinaire gatekeeping	25
5.5.	ACTIEVE INTEGRATIE IN HET BESTAANDE NETWERK.....	27
5.6.	LOKALISATIE: EEN UITERST FLEXIBELE HUISVESTING	27
5.6.1.	Wat betreft de 1stelijn:	27
5.6.2.	Wat betreft de gespecialiseerde (ambulante) zorg:	27
5.7.	ZORGKWALITEIT	28
5.8.	EEN GEMENGDE FINANCIERING	29
5.8.1.	Financieringsmogelijkheden voor de betrokken professionals	29
5.8.2.	Voorstellen van het KCE voor een gemengd model	32
5.8.3.	Financieel aandeel van de patiënt	33
■	AANBEVELINGEN	34
■	REFERENTIES	38



1. WAAROM DEZE STUDIE?

1.1. Psychisch lijden, een belangrijk probleem

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert **geestelijke gezondheid** als “een toestand van welzijn waarin het individu zich bewust is van zijn bekwaamheden, de gewone stress van het leven aankan, productief en renderend kan werken, en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn omgeving”. Het ziet er nochtans naar uit dat een steeds toenemend deel van de bevolking deze elementaire behoeften niet meer of minder heeft. De resultaten van de nationale gezondheidsenquête die het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid¹ geregeld afneemt, tonen aan dat steeds meer Belgen een zekere graad van psychologisch lijden vermelden. In 2013 zegde een derde van de bevolking (van ouder dan 15 jaar) psychologische problemen te hebben. Dit betekent dat ze zich o.a. gestresseerd of gespannen voelen of ongelukkig of gedeprimeerd zijn. 10% van de bevolking blijkt last te hebben van angststoornissen, 15% vertoont tekenen van depressie en 30% heeft slaapproblemen. Sinds de enquête van 2008 zijn deze cijfers sterk gestegen.

Daarnaast verklaart 16% van de respondenten psychofarmaca te hebben genomen (kalmeermiddelen of antidepressiva) in de 2 weken voorafgaand aan het interview. Alcoholgebruik wordt bij 10% van de respondenten als problematisch beschouwd.

Mensen uit achtergestelde sociale klassen en werklozen hebben in het algemeen meer psychologische problemen. Volgens professionals uit de sociale sector is de achteruitgang van de geestelijke gezondheid door afname van de levenskracht² trouwens een van de belangrijkste gevolgen van langdurige armoede.

Tot slot is ons land de trieste recordhouder in het aantal zelfdodingen, met een jaarlijks sterftecijfer van 17,4 per 100.000 inwoners (gestandaardiseerd gemiddelde voor leeftijd en geslacht) tegenover 10,6 in de Europese Unie (cijfers van 2012)³.

Ons kwalitatief onderzoek vermeldt een aantal bijkomende kenmerken van de malaise van de bevolking. Volgens vele actoren op het terrein vormen angst- en depressiestoornissen de meest voorkomende, matige problemen. Het zijn “moeilijke momenten” of “levensproblemen” die kunnen worden opgelost door een ad hoc ondersteuning, en **geen “medicaliseerbare” pathologieën waarop een etiket kan worden geplakt.**

Bovendien zijn deze problemen vaak **multifactorieel**. Zo kan een depressie te maken hebben met huwelijksproblemen, en een alcoholprobleem kan het gevolg zijn van een onbehandelde posttraumatische stressaandoening. Vaak spelen er ook **duidelijke socio-economische factoren** een rol (financiële zorgen, werkverlies, pensionering, sociale uitsluiting). Sommige klachten worden door de patiënten zelf **niet altijd (h)erkend** als psychologisch lijden (somatisering). We mogen ook niet vergeten dat deze stoornissen niet alleen de betrokkenen zelf belasten, maar ook hun **omgeving**.

1.2. Een aanzienlijke maatschappelijke impact

Op de arbeidsmarkt vertaalt deze malaise zich in een stijgend aantal mensen met een diagnose van burn-out, een emotioneel lijden dat verband houdt met het werk, waarbij de betrokkene zich ook in een depressieve toestand kan bevinden. De Belgische cijfers⁴ vertoonden in 2012 een prevalentie van 0.8% van de Belgische werknemers (19.000 personen/jaar) die kampten met een vastgestelde klinische burn-out, terwijl 20% van diezelfde populatie zich in de “gevarenzone” bevond.

De tol van geestelijk lijden is niet alleen zwaar voor het individu, maar ook voor de maatschappij, vooral inzake **absenteïsme en productiviteitsverlies**. De algemene kost van psychische aandoeningen in België werd in 2001 al geschat op 4% van het BBP.⁵ Volgens de cijfers van het RIZIV (2013)⁶ zijn een derde tot de helft van de nieuwe aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen toe te schrijven aan geestelijke aandoeningen. Op 10 jaar tijd is dit een stijging met 58% van het aantal invaliden door geestelijke aandoeningen.

1.3. De psychologische zorg moet worden versterkt

In 2001 werd een **diepgaande hervorming van de geestelijke gezondheidszorg** doorgevoerd om de machtsniveaus beter op elkaar af te stemmen. De nadruk wordt daarbij gelegd op zorg die “bij voorkeur wordt verstrekt op een manier die de leefomgeving het best benadert” en die zich focust op het werken in netwerken en op zorgcontinuïteit. Deze hervorming, vaak “artikel 107” genoemd, leidde o.a. tot de oprichting van ambulante teams die mensen met acute of chronische psychiatrische problemen thuis verzorgen en opvolgen. Het initiatief wil vooral mensen met relatief zware problemen begeleiden en opvolgen. Voor **courante en matige vormen van**



psychologisch lijden, toch de meerderheid van de problemen, is de bestaande aanpak vandaag verre van afdoende. De sector vormt voor de doelgroep een compleet onoverzichtelijk kluwen, met wachttijden (zeker in gesubsidieerde structuren) die zelfs de meest gemotiveerden ontmoedigen, en met weinig financieel haalbare oplossingen.

Eigenlijk **zijn psychotrope geneesmiddelen** (antidepressiva en kalmeermiddelen) **één van de enige gemakkelijk toegankelijke therapeutische opties voor mensen met angst- en depressieve stoornissen**. Het gebruik ligt hoger **bij de laagst geschoolden** (33% is gebruiker) **en bij ouderen** (35% van de 75-plussers gebruikt). Het gebruik van **antidepressiva** ligt aanzienlijk hoger dan het Europese gemiddelde (71,0 doses per dag per 1000 inwoners tegenover 64,6 voor het Europese gemiddelde).⁷

Recente bronnen tonen aan dat voor depressieve klachten **een psychotherapeutische aanpak minstens even efficiënt en zelfs duurzamer is dan een farmacologische** en dat de combinatie van deze therapieën de beste resultaten oplevert⁸. Maar omdat psychotherapie niet wordt terugbetaald, is deze behandeling niet toegankelijk voor het grootste deel van de bevolking. Een paradox die het KCE, net als vele andere actoren, recent nog vermeldde in zijn rapport⁹ over de aanpak van depressie.

Bij haar aanstelling in oktober 2014 kondigde de nieuwe regering aan dat “de eerste lijn wordt versterkt. (In functie daarvan zal) een eventuele financiering en terugbetaling van de geestelijke gezondheidszorg, bv. in het kader van bepaalde zorgtrajecten en zorgpaden worden onderzocht.”

1.4. Naar een nieuw model voor de organisatie en financiering van de psychologische zorg

Het huidige rapport, dat werd opgemaakt op vraag van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP), moet in deze context worden gezien. Op basis van een analyse van de organisatiemodellen van de geestelijke gezondheidszorg in een aantal andere landen, en van een analyse van de Belgische situatie, stellen wij **een organisatie- en financieringsmodel voor de professionele opvang en aanpak van courante en matige psychologische problemen in het Belgische gezondheidssysteem** voor. Het beantwoordt aan de vereisten inzake kwaliteit, toegankelijkheid, duurzaamheid en efficiëntie van het Handvest van Talinn.

We benadrukken hier nogmaals dat deze studie een organisatie bekijkt die **parallel loopt met de aanpak van ernstige en langdurige mentale aandoeningen** in de bestaande specifieke instellingen en netwerken. Deze laatste aanpak wordt hier dus niet besproken. Wij zijn er echter wel van overtuigd dat de aanpak van specifiek psychologisch lijden ook een belangrijke rol speelt bij de **vroegtijdige opsporing** van meer ernstige aandoeningen en hun doorverwijzing naar de al bestaande structuren en initiatieven.

NB 1: De beroepen van **klinisch psycholoog** en **klinisch orthopedagoog** worden op dit moment herzien binnen het kader van KB nr 78, maar de aanpassingen zullen bij het beëindigen van dit rapport waarschijnlijk nog niet definitief vastliggen. Wij zullen deze twee termen dus gebruiken in de wetenschap dat deze beroepen elders gedefinieerd zijn/zullen worden. Omdat er veel minder orthopedagogen dan psychologen zijn, zullen wij verder enkel deze laatsten vermelden, om de tekst minder zwaar te maken. Wanneer andere en specifieke maatregelen van toepassing zijn op de orthopedagogen, zullen wij dit expliciet vermelden.

NB 2: de **psychologen die actief zijn in een ziekenhuisomgeving** maken geen deel uit van deze studie.



Methodologie

Na een analyse van het **wettelijke kader** en de **huidige situatie in België** maakten we een **internationale vergelijking** van een selectie van 5 Europese landen met systemen voor geestelijke gezondheidszorg die ons interessant leken. Het gaat om Nederland, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland en Denemarken.

Om het systeem van elk land, waaronder België, te beschrijven verzamelden we informatie via websites en de grijze literatuur, volgens een methode die werd gevalideerd door de Belgische stakeholders. Elke beschrijving werd gevalideerd door een expert uit het betrokken land. Daarna vergeleken we de verschillende landen. De volledige internationale vergelijking kan u terugvinden in [hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport](#).

De opvallende elementen van onze internationale vergelijking vormden de leidraad bij onze **gesprekken met de Belgische stakeholders**, in 4 sessies (2 NL en 2 FR) in de loop van de maand maart 2015 (deelnemerslijst in [hoofdstuk 6 van het wetenschappelijke rapport](#) en tabel 14 voor hun verdeling).

Alle gesprekken werden opgenomen, getranscribeerd en **onafhankelijk geanalyseerd door 2 onderzoeksters van het KCE**, volgens een eerder deductieve methode geïnspireerd op de **framework analysis** en op basis van de **soft systems** methodologie die meer gericht is op het ontwikkelen van actiepistes.

We konden in primeur ook de resultaten gebruiken van de evaluatie van de Vlaamse pilootprojecten “Eerste Lijns Psychologische functie”¹⁰ van 2011 tot 2015.

Na een online enquête in december 2015 vond er in januari 2016 een **derde stakeholdersvergadering** plaats, waar ons voorstel van aanbevelingen aan iedereen werd voorgelegd.

Ondanks al deze bronnen vonden we niet voldoende economische en epidemiologische gegevens om een valabele economische schatting te maken van de kosten voor onze actiepistes in dit rapport. We stellen wel

een methodologie en een lijst van gegevens voor die nodig zijn voor zulke kostenraming (zie [hoofdstuk 9 van het wetenschappelijke rapport](#)).

Dit rapport is een *Health Services Report*. Het bevat geen exhaustief literatuuronderzoek naar de doeltreffendheid van de verschillende vormen van psychologische behandeling, noch een epidemiologische analyse van de Belgische cijfers.



2. WAT IS DE HUIDIGE SITUATIE IN BELGIË?

2.1. Huidige organisatie van het psychologische zorgaanbod^a

In ons land zijn er vandaag vele structuren en personen die psychologische zorg verstrekken. Traditioneel wordt het zorgaanbod over drie niveaus verdeeld:

2.1.1. Een eerste niveau met directe toegang:

- De **huisarts** (HA) speelt hier een belangrijke rol, omdat hij de belangrijkste toegangspoort is naar het gezondheidszorgsysteem en hij vaak de eerste is die wordt geconsulteerd als men hulp nodig heeft, in alle leeftijdsgroepen. Het kan gaan om psychische problemen, om terugkerende somatische klachten, vragen rond het levenseinde, verslaving, enz. De huisarts krijgt ook de eerste klachten van psychosomatische aard te horen. De **wijkgezondheidscentra** (Vlaanderen) en de **maisons médicales** (Wallonië-Brussel) zijn groepspraktijken waar huisartsen in een multidisciplinair kader samenwerken met psychologen, psychotherapeuten, sociale werkers, enz.
- Iedereen met een hulpvraag heeft ook vrije toegang tot de **privépraktijken** van:
 - o (neuro)psychiaters,
 - o psychologen
 - o psychotherapeuten

Vandaag worden enkel de consultaties van (neuro)psychiaters door de verplichte ziekteverzekering terugbetaald. De ziekenfondsen voorzien een

gedeeltelijke terugbetaling via hun bijkomende verzekeringen, maar deze varieert sterk en is erg beperkt voor de andere zorgverleners.

Andere structuren, vooral in het **psycho-sociale domein**:

- in Vlaanderen geven de **Centra voor Algemeen Welzijnswerk** (CAW) hulp en advies bij persoonlijke, sociale, juridische, administratieve, financiële of materiële problemen. In 2011 had 23% van deze consultaties betrekking op “psychologische problemen” en 26% op “relatieproblemen”.
- in het Franstalige gedeelte van het land bieden de **Centres de Planning Familial** hulp bij seksuele en emotionele vragen, waardoor ze ook vaak psycho-sociale problemen behandelen (huwelijksproblemen, adolescentieproblemen, relatieproblemen ouders-kinderen, ...).
- de **Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)/centres Psycho Médico-Sociaux (PMS)** helpen jongeren in moeilijkheden die werden doorverwezen door de school of op rechtstreekse vraag.

Pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie van de Vlaamse regering (ELPF)

Tussen 2011 en 2015 ondersteunde de Vlaamse regering zeven pilootprojecten om een eerstelijnspsychologische functie (ELPF) uit te testen binnen de bestaande structuren. Deze projecten bieden laagdrempelige algemene zorg aan voor eenvoudige psychologische problemen die met **korte interventies** kunnen worden behandeld.

We analyseren deze projecten in detail in punt 4.

^a Als er sprake is van ‘zorg’, is er ook sprake van vraag (of een equivalent). Maar heel wat geestelijke gezondheidsproblemen raken zelfs niet in het stadium van een expliciet geformuleerde klacht/vraag. Heel wat structuren in

het sociale veld, niet specifiek bestemd voor geestelijke gezondheidszorg, vangen (een deel van) deze personen op.



2.1.2. Een tweede niveau van gespecialiseerde ambulante zorg:

- de **(neuro)psychiaters** verstrekken gespecialiseerde zorg maar zijn rechtstreeks toegankelijk (cf. vorig punt: eerste niveau met directe toegang)
- de **Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)** en de **Services de Santé Mentale (SSM)**, gefinancierd door de regionale overheden, verstrekken gespecialiseerde **ambulante** zorg binnen **multidisciplinaire** structuren en vallen onder de zorgnetwerken die door de recente hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg werden opgericht. De consultaties bij psychiaters, psychologen en psychotherapeuten (meestal werknemers) worden er aangeboden aan gematigde tarieven.

De **CGG en SSM** werken binnen multidisciplinaire teams met een psychiater (directeur), psychologen, sociale werkers (basisteam) en onthaal- en secretariaatspersoneel. Afhankelijk van het project kunnen ook bij het team horen: artsen (huisartsen of specialisten), verpleegkundigen, (ortho)pedagogen, assistenten psychologie, opvoeders, logopedisten, ergotherapeuten, sociologen, criminologen, enz.

Deze centra zijn vaak overbelast en de wachtlijsten kunnen lang zijn. Daarom gingen sommige centra **samenwerkingsakkoorden** aan met **zelfstandige psychologen** onder uiteenlopende voorwaarden.

Een belangrijk onderscheid is dat deze centra in Vlaanderen in principe enkel toegankelijk zijn na doorverwijzing (waarbij 25% toch rechtstreekse toegang krijgt), terwijl ze in het Franstalige gedeelte van het land rechtstreeks toegankelijk zijn.

2.1.3. Een derde, meer ziekenhuisgericht niveau:

De **ziekenhuizen** (psychiatrische ziekenhuizen of psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen) en de structuren van het type psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, enz. vormen een derde zorgniveau voor patiënten die een intensievere aanpak nodig hebben. Deze structuren werken zoveel mogelijk in een netwerk, vaak met structuren van het tweede niveau.

Binnen het kader van de zogenoemde “**artikel 107**”-projecten, heeft de ziekenhuiszorg zich meer en meer verplaatst naar de leefomgeving van de

patiënt (mobiele teams). Toch blijven deze initiatieven vaak verankerd in een ziekenhuisstructuur en richten ze zich vooral tot patiënten met een uitgesproken psychiatrische zorgnood.

Daarnaast zijn er ook de specifieke RIZIV-conventies voor patiënten in specifieke zorgsituaties (chronische vermoeidheid, revalidatie, palliatieve zorg, enz.) waarvoor de patiënt een gematigde bijdrage betaalt.

De plaats van de orthopedagogen

Orthopedagogen werden erkend door de wet van 4 april 2014. Het zijn practici van een gespecialiseerd universitair niveau (master) die binnen een wetenschappelijk referentiekader autonoom handelen om educatieve, gedrags-, ontwikkelings- of leerproblemen te voorkomen, op te sporen en te diagnosticeren, en om deze personen te behandelen of te begeleiden. Hun publiek bestaat dus uit **mensen met specifieke noden** (mensen met een mentale, zintuigelijke, fysieke handicap, met relationele of ontwikkelingsstoornissen, of met leerproblemen).

De opleiding van orthopedagoog verschilt tussen het noorden en het zuiden van het land. In de Franse gemeenschap gaat ze samen met die van de klinische psychologen, terwijl in de Vlaamse gemeenschap een afzonderlijke opleiding bestaat. Vandaag wordt er gewerkt aan een stroomlijning.

In Vlaanderen werken orthopedagogen in de teams van Centra voor Geestelijke gezondheid (CGG), Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Centra voor Algemeen Welzijn (CAW) en bij Kind & Gezin. Ze worden ook aangeworven in ziekenhuizen voor de pediatrie, (kinder)psychiatrie, enz., in ambulante revalidatiecentra, ontwenningcentra of in centra voor ontwikkelingsproblemen, enz. Ze werken soms ook in zelfstandige privépraktijken.



2.2. De belangrijkste geïdentificeerde problemen

Volgens ons onderzoek en onze gesprekken met de actoren op het terrein, **blijkt de toegang tot de zorg op dit moment ver van optimaal voor mensen die courante en matige geestelijke gezondheidsproblemen hebben:**

2.2.1. *Het eerste contact is moeilijk*

- Er bestaat **geen echt onthaal** voor een eerste contact en de **bestaande toegangspoorten zijn moeilijk te vinden**.
- Een aantal van deze toegangspoorten, soms “psy” genoemd, wordt door sommigen als **stigmatiserend** ervaren: het woord blijkt nog altijd een taboe. Er zijn heel wat mensen die lang twijfelen voor ze psychologische hulp zoeken (sommige bronnen melden een gemiddeld uitstel van 10 jaar¹¹). Dit kan evolueren tot “**chronische**” situaties die moeilijker te behandelen zijn.
- Een toegangspoort die door de patiënt vaak als **minder stigmatiserend** wordt ervaren, is de **huisarts**, maar uit onze gesprekken met de stakeholders kwam naar voren dat deze niet altijd het meest efficiënt is op het vlak van het spreken over psychologische zorg. Met name werd opgemerkt dat de huisartsen:
 - o tijdens hun basisopleiding onvoldoende competenties hebben verworven voor de diagnose en aanpak van psychosociale problemen (tenzij ze een specifieke opleiding hebben gevolgd);
 - o vaak niet voldoende tijd hebben om diepgaand te luisteren naar patiënten die kampen met uitgesproken “psy” problemen (zelfs onder de vorm van somatische klachten);
 - o soms enkel psychotrope geneesmiddelen voorschrijven omdat ze geen andere concrete oplossing hebben. Dit hangt samen met het vaak aangehaalde fenomeen van overmedicalisering van sommige sociale problemen en levensmoeilijkheden die op een betere manier kunnen worden aangepakt.
 - o niet allemaal een persoonlijke affiniteit hebben met psychologische problemen.

Bovendien worden ze zelf, wanneer ze hun patiënt willen doorverwijzen naar een psycholoog, ook geconfronteerd met de **complexiteit van de sector en de wachttijden**. En als ze zich effectief engageren om rond de patiënt multidisciplinair samen te werken, wordt hun bijdrage soms niet gewaardeerd.

Ons onderzoek toont ook aan dat sommige mensen hun huisarts niet willen betrekken bij hun psychologische problemen, vaak omwille van zijn betrokkenheid bij de andere leden van de familie.

- Er bestaan interessante initiatieven voor **specifieke doelgroepen** (kinderen, adolescenten, ouderen, sociaal uitgesloten, immigranten, enz.) maar ze zijn niet voldoende zichtbaar/toegankelijk binnen de bestaande organisatie.

2.2.2. *Het aanbod is niet transparant genoeg en biedt onvoldoende garanties*

Naast het gebrek aan zichtbaarheid van de toegangspoorten, is het aanbod complex. Er zijn **heel veel professionals bij betrokken** en er bestaan zeer veel structuren met verschillende benamingen, die afhangen van verschillende subsidiërende overheden, en die zich richten op doelgroepen die elkaar overlappen.

In de privésector is het soms moeilijk om duidelijkheid te krijgen over de kwalificaties en strekkingen van de diverse therapeuten (psychiaters, psychologen en diverse min of meer wetenschappelijk opgeleide “coaches” en “therapeuten”). De titel “**psychotherapeut**” is, op het ogenblik dat wij deze tekst schrijven, niet beschermd of voorbehouden en de patiënt heeft geen enkele garantie dat de practicus kwalitatief goed werk levert. Binnenkort kunnen in dit domein wel aanpassingen worden verwacht.

Vandaag bestaat er, buiten de voorwaarden voor de erkenning van de professionele statuten, geen enkele structurele maatregel om **zorgkwaliteit** te evalueren en controleren.

In Vlaanderen werden wel twee projecten rond **kwaliteitsindicatoren** gelanceerd:

- het **VIP²-GGZ project**, dat zorgverleners en universitaire onderzoekers uit alle sectoren van de geestelijke gezondheidszorg en patiëntvertegenwoordigers samenbrengt om een reeks van indicatoren



bottom up te ontwikkelen. De eerste vier indicatoren kunnen nu worden gevalideerd, maar het project is nog niet ver genoeg gevorderd om ze te integreren in de huidige zorgorganisatie;

- het LUCAS-project (KULeuven) dat al enkele rapporten publiceerde over indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg.

2.2.3. Hoge kosten voor de patiënt

In de **privésector** (vaak de enige die snel toegankelijk is) liggen de kosten hoog:

- privéconsultaties bij een **psycholoog** kosten tussen 20 en 70€¹² per sessie en worden niet terugbetaald door de ziekteverzekering;
- privéconsultaties bij een **psychiater** (+/- € 45 per sessie, waarvan € 12 ten laste van de patiënt, of € 3 voor wie geniet van de Verhoogde tussenkomst)) worden terugbetaald, maar er zijn te weinig psychiaters die psychotherapie geven om aan de vraag te voldoen.
- de **ziekenfondsen** betalen bepaalde prestaties (gedeeltelijk) terug via hun aanvullende verzekeringen, maar deze interventies, die aan geen enkel gemeenschappelijk objectief criterium zijn onderworpen, zijn zeer uiteenlopend en beperkt.

2.2.4. Lange wachtlijsten

Voor de gesubsidieerde structuren zoals de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de Services de Santé Mentale (SSM) zijn de wachtlijsten lang. Zo bedraagt sinds 2010 de gemiddelde wachttijd in Vlaanderen voor een eerste contact ongeveer 40 dagen. 21% van de patiënten moet 1 tot 2 maanden wachten. Voor kinderen en adolescenten bedraagt deze wachttijd gemiddeld 53 dagen (2014). De gemiddelde wachttijd tussen het eerste contact en de volgende sessie is 46 dagen voor volwassenen en 54 dagen voor kinderen/adolescenten (2014)¹³. Er zijn geen cijfers voor de SSM.

Hetzelfde probleem met wachtlijsten is gekend (maar niet berekend) voor de privéconsultaties bij psychiaters en in mindere mate bij psychologen.

2.2.5. Zorgcontinuïteit wordt niet gegarandeerd

Omdat de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg vooral is gebaseerd op het concept van **netwerken**, zou men verwachten dat zorgcontinuïteit een prioriteit vormt. Maar bepaalde actoren op het terrein betreuren dat de situatie nog ver van optimaal is. Twee pijnpunten werden aangehaald:

- veel professionals werken in een “bubbel” zonder aandacht voor het lokale netwerk en zonder zich erbij aan te sluiten.
- de patiënt die ontslagen wordt na een psychiatrische hospitalisatie moet zich vaak alleen uit de slag trekken, met dikwijls als enig hulpmiddel een lijst met practici waaruit hij moet kiezen en die hij zelf moet contacteren. Nochtans is de patiënt dan zeer kwetsbaar en is een nauwere opvolging op dat moment absoluut wenselijk.



3. TOEGANG TOT PSYCHOLOGISCHE ZORG IN HET BUITENLAND

Onze **internationale vergelijking** omvat 5 Europese landen met geestelijke gezondheidszorgsystemen die ons interessant leken. Het gaat om Nederland, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland en Denemarken. We selecteerden **Nederland** en **Duitsland** omdat in deze twee buurlanden ambulante psychotherapie wordt terugbetaald door de (statutaire of verplichte) ziekteverzekering. In twee andere buurlanden, Frankrijk en Luxemburg, wordt psychotherapie niet terugbetaald, reden waarom we ze niet weerhielden. Omdat psychotherapie ook cultureel wordt beïnvloed, selecteerden we **Zwitserland** en het **Verenigd Koninkrijk**. Tot slot voegden we ook **Denemarken** toe, omdat het bekend staat om zijn alternatieve aanpak bij de terugbetaling van psychotherapie.

Uit deze analyse bleek dat de toegangswegen naar psychologische zorg erg verschillen tussen de landen, maar dat **geen enkel land rechtstreekse toegang verleent tot gespecialiseerde psychologische zorg**. Meestal kunnen **eerstelijnsprofessionals die psychologische zorg voorschrijven** vrij door de patiënten worden geconsulteerd. Deze eerstelijnsprofessionals krijgen vaak **specifieke ondersteuning** om courante en matige psychologische problemen op te vangen. Deze ondersteuning wordt georganiseerd en gefinancierd op zeer verschillende manieren.

3.1. Directe toegang tot psychologische zorg

In het **Verenigd Koninkrijk** en in **Nederland** vormen de **huisartsen** de belangrijkste toegangspoort. Ze zijn de centrale spelers in het gezondheidszorgsysteem en bij uitbreiding in de psychologische zorg, maar ze krijgen daarbij wel ondersteuning:

- In het **Verenigd Koninkrijk** werken de huisartspraktijken rechtstreeks samen met andere geestelijke gezondheidsprofessionals: psycholoog (bachelor- of master-niveau), psychotherapeut, '*primary care worker*', gegradueerde in geestelijke gezondheid.
- In **Nederland** bestaan er drie samenwerkingsmogelijkheden voor de huisartsen, zodat ze bijstand krijgen bij geestelijke gezondheidsproblemen:
 - o de assistentie van een "*praktijkassistent in geestelijke gezondheidszorg*": psycholoog of assistent in geestelijke gezondheid (verpleegkundige, sociaal assistent met specifieke opleiding);
 - o ze kunnen *e-mental health* programma's gebruiken (zie verder);
 - o ze kunnen advies vragen aan een psychiater, een psycholoog of een psychotherapeut.

De **Britse NHS** maakte recent een aantal specialisten in de geestelijke gezondheidszorg rechtstreeks toegankelijk. De bedoeling was om een deel van de bevolking niet meer te verplichten om eerst via een huisarts te gaan, vooral dan etnische minderheden met bepaalde pathologieën (posttraumatische, sociale fobieën). De NHS blijft echter aanraden om indien mogelijk eerst een huisarts te raadplegen.

In **Zwitserland** consulteren patiënten de **psychiater** rechtstreeks, maar in zijn kabinet werken ook **psychologen**. De psychiater delegeert een deel van zijn werk aan (een) psycholo(o)g(en), maar enkel de honoraria van de psychiater worden terugbetaald (hiërarchisch model).

In **Duitsland** werken verschillende gezondheidsprofessionals samen binnen **multidisciplinaire eerstelijnsgroepspraktijken**. De prestaties van elke zorgverlener worden terugbetaald (niet-hiërarchisch model). In **Denemarken** is er geen rechtstreekse toegang (zie verder).



3.2. Toegangsvoorwaarden voor gespecialiseerde psychologische zorg

We onderzochten in de verschillende landen hoe de financiële ondersteuning van de gespecialiseerde psychologische zorg wordt georganiseerd.

3.2.1. Gatekeeping

In Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken krijgt men toegang **na voorschrift door een arts**; in Duitsland kan de eerste consultatie rechtstreeks gebeuren, maar een attest van de huisarts is vereist na de 1^{ste} sessie. Sommige landen maken een onderscheid tussen gespecialiseerde zorg door psychiaters of door psychologen: in Denemarken is een voorschrift enkel nodig voor psychologen, terwijl het in Nederland vereist is voor zowel psychologen als psychiaters.

3.2.2. Indicaties

Verscheidene landen beperken de terugbetaling tot **precieze diagnoses**: in Nederland, Duitsland en Zwitserland gebeurt deze selectie uitsluitend op basis van een lijst van diagnoses uit de DSM IV/V of de ICD-10.

In het Verenigd Koninkrijk bestaat er geen restrictieve lijst van indicaties, maar de NICE baseert zich op **good practice guidelines** die het zelf ontwikkelde voor de meest voorkomende psychologische aandoeningen, om de indicaties te bepalen die toegang geven tot de zorg.

Denemarken koos voor een volledig andere aanpak: de toegang tot de gespecialiseerde psychologische zorg wordt verkregen op basis van een lijst die diagnoses linkt aan de onderliggende oorzaken (slachtoffer zijn van een verkrachting, van een inbraak, enz.)

3.2.3. Therapeutische modaliteiten

Sommige landen betalen enkel bepaalde therapeutische prestaties terug. In het Verenigd Koninkrijk en in Nederland is de voorwaarde voor terugbetaling dat de behandeling van de indicatie evidence-based is.

Zo betaalt het Nederlandse systeem preventieve behandelingen bij depressie, problematisch alcoholgebruik of paniekstoornissen terug, omdat

de doeltreffendheid van dit soort preventie werd aangetoond. Daarentegen wordt de preventie van angststoornissen niet terugbetaald, omdat de efficiëntie ervan nog onvoldoende werd bewezen. Worden ook niet terugbetaald: therapieën zoals psychoanalyse, neurofeedback en transcraniële magnetische stimulatie.

In het Verenigd Koninkrijk bevalen de hogervermelde richtlijnen van NICE aanvankelijk enkel cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor de behandeling van depressie en angststoornissen. Om aan deze vereiste te voldoen, moest de NHS duizenden professionals een opleiding over dit type therapie geven (*Programma Improving Access to Psychological Therapies* - IAPT). Daarna liet NICE ook andere vormen van behandeling toe en werd het IAPT-programma met andere opleidingen uitgebreid. Zo wordt een aantal minder intensieve interventies aangeboden als alternatief voor de face-to-face klassieke gesprekken van de CGT, waardoor het aantal contacturen van de practicus met de patiënt wordt beperkt.

Duitsland, Denemarken en Zwitserland hebben een minder restrictieve aanpak. In Duitsland gebeurt de terugbetaling op basis van therapeutische oriëntaties; drie daarvan zijn erkend: de analytische psychotherapie, de psychodynamische psychotherapie en de gedragstherapie. Denemarken en Zwitserland geven een volledige therapeutische vrijheid zolang de psycholoog een erkenning heeft. Maar omdat slechts 10 of 12 sessies worden terugbetaald, worden langdurige therapieën zoals psychoanalyse benadeeld.

3.2.4. Aantal sessies

Het maximum aantal sessies dat wordt terugbetaald ligt in de meeste landen vast.

Die beperking gebeurt op verschillende manieren:

- **een vast aantal van bij de start**, ongeacht de behandeling, zoals in Denemarken (12 sessies) of in Zwitserland (10 sessies)
- **variabel in functie van het type behandeling**, zoals in Duitsland (maximum 80 uur voor een gedragstherapie, 100 uur voor een psychodynamische aanpak of 300 uur voor een therapie van het analytische type, verdeeld over maximum 3 sessies per week)



- **variabel in functie van een classificatie van de patiënten**, zoals in Nederland, waar de intensiteit van de behandeling varieert in functie van 4 types van behoefte: kort (5 uur), matig, intensief en chronisch (30 uur)
- **variabel in functie van de combinatie behandeling/indicatie** zoals in het Engelse systeem.

De lengte van de sessies is meestal beperkt (meestal 45 tot 60 min voor een individuele sessie). Daarnaast kan het aantal uren of sessies in sommige gevallen op medisch advies worden uitgebreid.

De geïnteresseerde lezer vindt de volledige internationale vergelijking in [hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport](#).

4. DE PILOOTPROJECTEN VAN DE EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE FUNCTIE IN VLAANDEREN

In december 2011 lanceerde de Vlaamse regering 7 pilootprojecten in “Eerstelijnspsychologische Functie (ELPF)”.

4.1. Doelstellingen

Het belangrijkste doel was het bestuderen van de doeltreffendheid van een eerstelijnsaanpak van niet-complexe psychologische problemen en het nagaan van de kosten-batenverhouding. Daarnaast wilde men onderzoeken wat de verhouding was tot de bestaande behoeften binnen onze maatschappij (met focus op kwetsbare bevolkingsgroepen). Men wilde ook verschillende formules testen om na te gaan bij welke benaderingen een maximale interdisciplinaire en transmurale samenwerking mogelijk is.

De belangrijkste operationele doelstellingen waren:

- algemene psychologische zorg van korte duur verstrekken bij niet-complexe psychische problemen met een laagdrempelige aanpak;
- nauwe samenwerkingsverbanden aangaan met de andere actoren in de geestelijke gezondheidszorg volgens het *stepped care* model, en een lokaal zorgnetwerk uitbouwen;
- de vroegtijdige opsporing en interventie van psychologische of psychiatrische problemen verbeteren.

4.2. Organisatorische aspecten

De voorziene duur van de projecten was 3 jaar (en werd nadien verlengd).

Elk project stelde 1 VTE klinisch psycholoog tewerk, meestal opgesplitst over 2 psychologen (10 in Brussel); alle zorgverleners moesten minstens 5 jaar ervaring hebben.

Elk project werd forfaitair gefinancierd (€ 65 000 / jaar) voor de verloning van de VTE klinisch psycholoog, de werkingskosten en de communicatie met de huisarts. De bijdrage van de patiënten bedroeg € 4 tot 9 per consultatie (gratis voor gedetineerden, asielzoekers en personen met onregelmatig verblijf).



Elk project mocht zelf de eigen toegangsmodaliteiten bepalen en de eigen interventieprocedures vastleggen, maar moest een gestructureerde samenwerking aangaan met tenminste een Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL), de plaatselijke huisartenskring(en) en een CGG. Deze integratie werd erg positief onthaald omdat het de samenwerking met en de doorverwijzing van patiënten naar andere zorgverleners vergemakkelijkte.

De patiënten moesten zijn doorverwezen door hun huisarts. In één project konden ook andere zorginstanties doorverwijzen (CAW, adviserend geneesheer van een mutualiteit, OCMW).

4.3. Belangrijkste resultaten

De meest voorkomende redenen voor een consultatie waren aanpassingsproblemen (47%), stemmingswisselingen (34%), relationele problemen (31%) en angststoornissen (27%). Bijna 41% van de patiënten had deze problemen al meerdere jaren en 34% meerdere maanden. 7,5% van de aandoeningen werd beschouwd als licht, 47% als matig, 39,5% als ernstig en 6% als zeer ernstig. Er waren weinig crisisinterventies. Deze werden niet als deel van de opdracht gezien (behalve in één project waar er wekelijks een consultatiedag voor werd voorbehouden).

De projecten moesten de focus leggen op behandelingen van korte duur: 88% van de mensen (67%-100%) volgde één tot vijf sessies en 8% (0%- 22%) volgde er zes à tien. Het gemiddelde aantal sessies bedroeg 3,1 (1,5-3,9). De wachttijden vóór consultatie waren erg uiteenlopend, van 2 dagen tot 2 maanden.

56% van de patiënten werd nadien doorverwezen: 17% naar een CGG, 10% naar een psychiater, 7% naar een CAW en de overige 31% naar verschillende andere hulpverleners.

De tevredenheid over dit project was groot: de eerstelijnspsychologen waren zeer tevreden over het geleverde werk (score hoger dan 8/10 voor de meeste geëvalueerde punten), de andere partners-clinici waren erg te spreken over de ELPF-functie en de samenwerking (gemiddelde scores >9/10) en ook de patiënten waren zeer positief (gemiddeld 8,9/10).

Het gedetailleerde rapport van de ELPF-projecten werd gepubliceerd in november 2015.¹⁰

5. PISTES VOOR DE ORGANISATIE VAN DE PSYCHOLOGISCHE ZORG

5.1. Een psychologisch zorgsysteem met twee niveaus

Geen enkel van de door ons bestudeerde landen geeft rechtstreekse toegang tot de gespecialiseerde psychologische zorg van het gezondheidssysteem. Deze zorg moet worden voorgeschreven door eerstelijnsartsen (huisartsen, psychiaters, multidisciplinaire praktijken). In die landen krijgen deze ondersteuning van zorgverleners die gekwalificeerd zijn om de vele vragen van patiënten met psychisch lijden op te vangen. Er is dus wel een **rechtstreekse toegang** tot een **eerste vorm van opvang voor courante psychologische problemen**.

Dit is gelijkaardig aan de eerstelijnspsychologische projecten in Vlaanderen, waarvan de resultaten nog niet waren gepubliceerd op het moment dat onze eerste consultatiegesprekken plaatsvonden (maart-april 2015). De meeste deelnemers kenden ze wel al goed en spraken zich er zeer positief over uit.

Uit al deze elementen kwam sterk naar voor dat een rechtstreeks toegankelijke eerstelijnspsychologische functie waarschijnlijk de meest adequate oplossing is

- om de patiënten rechtstreekse toegang te geven tot psychologische zorg zonder dat ze achtereenvolgens verschillende actoren moeten raadplegen ;
- om de professionals op de eerste lijn te ondersteunen, vooral de huisartsen,
- om te fungeren als *gatekeeper* naar meer gespecialiseerde psychologische zorg (die meeste Belgische actoren op het terrein noodzakelijk vinden, om kosten te beperken)
- om de wachtlijsten voor de meer gespecialiseerde zorg te beperken en snel en efficiënt tussen te komen bij mensen in moeilijkheden.



Ons voorstel is dus om in België een systeem met twee niveaus in te voeren:

A. Een eerste lijn van algemene laagdrempelige psychologische zorg

- zonder voorschrift
- zonder criteria voor diagnose, gebruiker of ernst
- maar beperkt tot een klein aantal sessies

Deze zeer toegankelijke 1^{ste} lijn kan in theorie een groot aandeel van de gevallen van psychisch lijden oplossen en dus **de vraag naar meer gespecialiseerde en/of langdurige behandeling beperken**. Dankzij de 1^{ste} lijn kunnen de (potentieel) ernstiger gevallen worden doorverwezen naar aangepaste zorg binnen de bestaande gespecialiseerde structuren en initiatieven (2^{de} en 3^{de} lijn).

B. Een niveau van meer gespecialiseerde zorg, voor problemen die niet kunnen worden opgelost door de 1^{ste} lijn en die niet kunnen worden opgevangen in de bestaande psychiatrische zorgstructuren.

Deze gespecialiseerde zorg zou toegankelijk zijn **na doorverwijzing vanuit de 1^{ste} lijn via een gatekeeping mechanisme of via een psychiater**.

Het **systeem van privépraktijken** van direct toegankelijke psychologische zorg kan blijven functioneren zoals nu, maar zou niet worden terugbetaald.

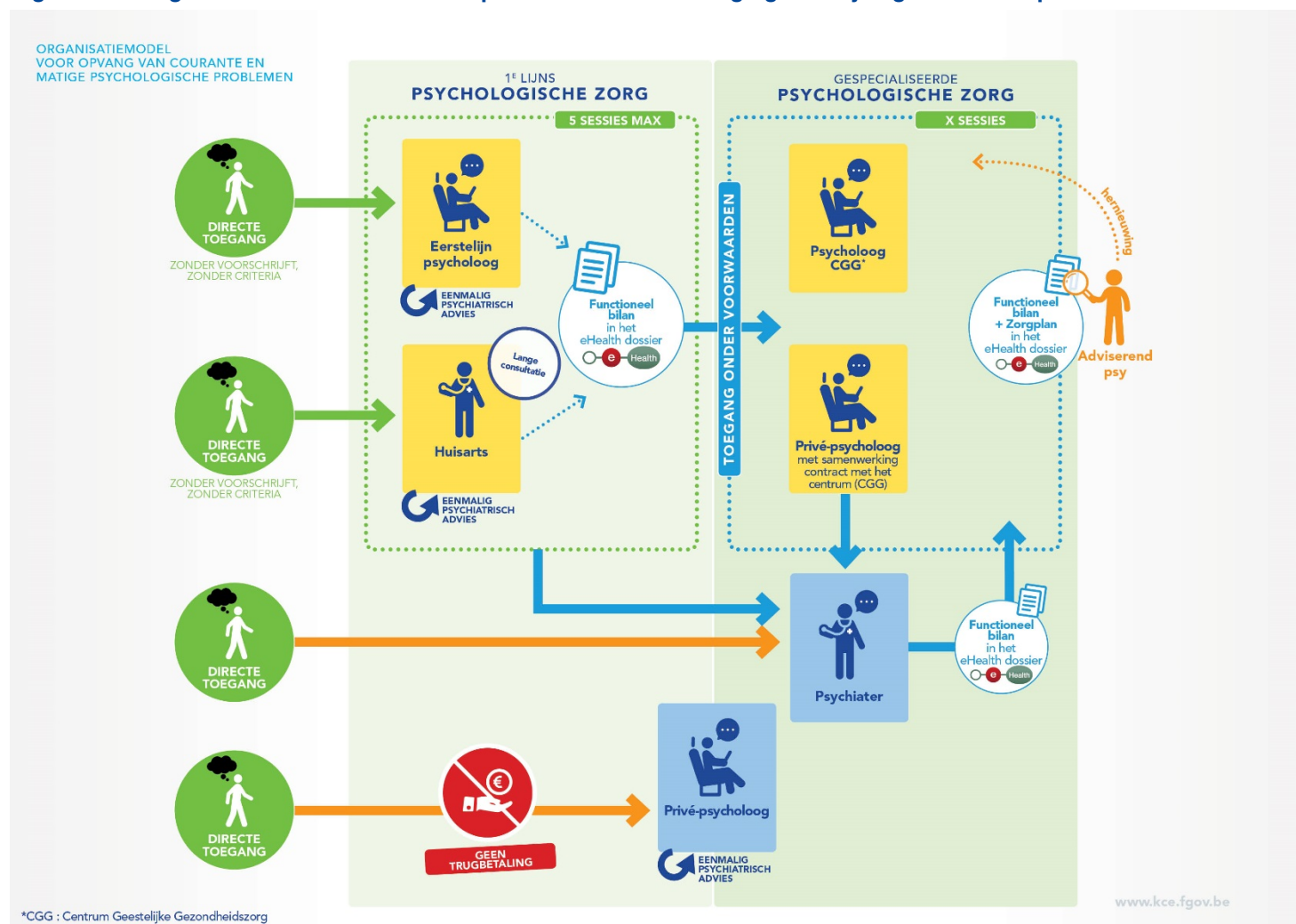
Om een dergelijk systeem werkbaar te maken, moeten er op het niveau van het gezondheidssysteem **een aantal financiële stimulansen en organisatorische structuren** worden voorzien om:

- een samenwerkings- en netwerkcultuur in te voeren voor alle betrokkenen, op alle niveaus;
- te beschikken over voldoende professionals van het gepaste opleidingsniveau;
- (IT) tools ter beschikking te stellen voor de overdracht van informatie en registratie van de gegevens;
- een kwaliteitscontrole in te voeren.

Omdat de toepassingsvoorwaarden op korte termijn niet kunnen worden geïmplementeerd, moeten er overgangsmogelijkheden en een gefaseerde invoering van de verschillende onderdelen van het systeem worden voorzien.



Figuur 1 — Organisatiemodel voor de aanpak van lichte tot matige geestelijke gezondheidsproblemen*



* In de sector van de gespecialiseerde zorg kan het woord psycholoog worden vervangen door elke professional die door de wet is erkend om psychotherapie te geven



5.2. Betrokken actoren: elk niveau zijn eigenheid

5.2.1. 1^{ste} lijn: betrokken actoren met complementaire competenties

In de meeste bestudeerde landen vormt de huisarts de toegangspoort voor patiënten met psychische moeilijkheden. De actoren op het terrein vragen zich echter af of hij wel het best geplaatst is om die rol in te vullen. De rol kan ook worden opgenomen door klinisch psychologen. Omdat het gaat om een gevoelig onderwerp, lichten we hieronder de argumenten toe.

A. De huisarts

De huisarts wordt ontegensprekelijk beschouwd als de **spil van de gezondheidszorg** en als de zorgverlener die de patiënt, zijn omgeving en zijn levensomstandigheden het best kent. Hij heeft meestal een **stabiele en langdurige relatie** met zijn patiënten en is goed geplaatst om een **totaalbeeld van de context** te hebben waar de moeilijkheden kunnen ontstaan (familiecrises, werkgerelateerde problemen, financiële moeilijkheden, enz.) en om de mate van ondersteuning door de omgeving in te schatten.

Bovendien krijgt de huisarts in België een **zeer groot vertrouwen** van zijn patiënten. Hij beheert het **Gloaal Medisch Dossier (GMD)** en is daarom de ideale persoon om een aanpak te coördineren binnen een zorgnetwerk. Hij ondertekent ook meestal de **medische attesten**.

Hij is ook **gemakkelijk en snel (geografisch en financieel) toegankelijk**.

Wanneer hij werkt in een **multidisciplinaire structuur** van een wijkgezondheidscentrum heeft hij vaak ook onmiddellijke toegang tot een psycholoog met wie hij samenwerkt.

Ten slotte is het voor veel mensen makkelijker om naar een huisartspraktijk te gaan dan naar die van een “psy” (in de ruime zin), omdat dit minder **stigmatiserend** is.

MAAR

De actoren op het terrein geven ook aan dat het uitsluitend **beperken** van de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg tot de huisarts problemen kan veroorzaken.

Er zijn inderdaad vele mensen die hun levensmoeilijkheden niet als **medisch** beschouwen. Ze wensen toegang tot een geestelijke gezondheidsprofessional maar **praten er liever niet over met hun huisarts**, net omdat hij dicht bij de rest van de familie en zijn naasten staat.

Daarnaast zijn huisartsen vaak **overbelast** en kunnen ze niet altijd veel tijd besteden aan elke patiënt. Een psychologisch probleem bespreken vraagt **tijd en mentale beschikbaarheid**. De huisartsen beschikken ook niet noodzakelijk over de **persoonlijke gevoeligheid**, omdat ze hierin geen **adequate opleiding** hebben gekregen.

Daarnaast hebben de meest **kwetsbare bevolkingsgroepen** minder vaak een eigen huisarts; voor hen kan een verplichte doorverwijzing via een huisarts een belemmering vormen.

We moesten dus **een voldoende flexibele formule** vinden waarbij huisartsen zich kunnen engageren, maar waarbij ze niet de enigen zijn. Er moet daarbij een adequate financiering worden voorzien, zodat zij voldoende tijd aan de patiënt en zijn psychische problemen kunnen besteden en makkelijk beroep kunnen doen op de expertise van andere zorgverleners.

B. De klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog is wetenschappelijk en specifiek opgeleid om het (dis)functioneren van de menselijke geest te begrijpen, te diagnosticeren en te behandelen. Hij kan dus een **centrale rol spelen in de eerstelijnspsychologische zorg**. Bovendien oefent hij een **beroep uit dat als autonoom werd erkend** door de wet van 4 april 2014 en hij heeft dus het recht een diagnose te stellen en (bijkomende) zorg voor te schrijven of te verlenen zonder hiervoor te moeten doorverwijzen naar een arts. In dat kader verwijzen we naar de recente definitie van de ‘klinische psychologie’ van de Hoge Gezondheidsraad¹⁴: “De autonome ontwikkeling en toepassing van theorieën, methodes en technieken uit de psychologische wetenschap, voor gezondheidspromotie, psychologische screening, diagnostiek en de evaluatie van gezondheidsproblemen, en voor de preventie, de aanpak en de behandeling ervan”.

Daarnaast hebben klinisch psychologen een goed **totaaloverzicht van de verschillende bestaande (psycho)therapeutische opties**; ze beheersen er zelf een aantal en kunnen ze onmiddellijk in de 1^{ste} lijn in de praktijk brengen. Een aantal van deze opties (korte therapieën, counseling, weinig



intensieve interventies) kunnen een groot deel van de problemen oplossen in enkele sessies, zonder de behoefte aan een langere therapie.

MAAR

De actoren op het terrein geven ook aan dat het **exclusief** voorbehouden van de eerstelijnsfunctie tot psychologen een aantal nadelen inhoudt.

Psychologen hebben **niet hetzelfde totaalbeeld van de gezondheidstoestand van de patiënt** als de huisarts, omdat ze geen competenties hebben over de somatische kant van de problemen, en omdat ze geen toegang hebben tot de medische voorgeschiedenis van de patiënt. Deze somatische aspecten vormen nochtans vaak een belangrijk deel van de psychische problematiek. Hierdoor bestaat het risico op een **“psychologiseren”** van problemen die kunnen opgelost worden door een medische behandeling (bijv. een slecht functionerende schildklier die leidt tot een depressie).

Zoals reeds gezegd, blijft het voor een deel van de bevolking moeilijk om een beroep te doen op een geestelijke gezondheidszorgprofessional, door de **hardnekkige taboes rond “geestelijke aandoeningen”**. Dit deel van de bevolking vindt het minder stigmatiserend om eerst zijn huisarts aan te spreken of een wijkgezondheidscentrum te consulteren; het is dus belangrijk deze optie open te houden.

Daarnaast vermeldt het rapport over de ELPF-pilootprojecten dat de eerstelijnsfunctie erg veeleisend is, en **specifieke competenties** en een stevige **klinische ervaring** vereist. Volgens sommige actoren op het terrein is de basisopleiding in klinische psychologie onvoldoende ruim om een eerstelijnszorg te bieden. Ze vragen de organisatie van een **specifieke bijkomende opleiding** voor klinisch psychologen die deze functie willen opnemen. Er zou een **gelijkwaardige permanente opleiding** moeten worden aangeboden aan actieve psychologen die deze competentie willen toevoegen aan hun huidige praktijk. Het volgen van deze opleiding moet een voorwaarde zijn om **erkend te worden voor eerstelijnspsychologische zorg** en moet toegang kunnen verlenen tot een **specifieke financiering** (zie verder).

Mutatis mutandis, moet **de rol van de klinisch orthopedagogen** binnen een eerstelijnsfunctie identiek zijn aan die van de klinisch psychologen,

volgens dezelfde modaliteiten en onder dezelfde voorwaarden, maar enkel voor hun specifieke doelpubliek.

C. De (bachelor)assistenten in de psychologie

In Nederland en het Verenigd Koninkrijk mogen de assistenten psychologie (bachelor-niveau) bepaalde taken uitvoeren in de huisartspraktijk onder het toezicht van de huisarts.

In België bestaat een erkend diploma van ‘Bachelor in de Toegepaste Psychologie’ (voordien “Assistent in de psychologie” of “gegradueerd assistent in de psychologie”). Houders van dit diploma hanteren vaak de titel “psychologisch consulent”. Deze titel is tot op heden nog niet officieel beschermd. Bachelors kunnen in de eerste lijn werken op zelfstandige basis (als therapeut, coach, ...), als werknemer in een organisatiestructuur (CAW, CLB, OCMW) of in een huisartsenpraktijk. Ze kunnen ook actief zijn in CGG en CAR.

Door het hoge eisenpakket van de eerstelijnspsychologische zorg werd enige terughoudendheid geuit tijdens onze contacten met het werkveld om deze verantwoordelijkheden toe te vertrouwen aan bachelors. Maar door de verwachte stijging van de zorgvraag bij de organisatie van een eerste lijn, zou het realistisch dat ze een deel van de zorg op zich zouden kunnen nemen, op voorwaarde dat ze dit doen **onder het toezicht van een gediplomeerd klinisch psycholoog (Master-niveau) opgeleid in de eerstelijnspsychologie**.

D. En de psychiater?

Als arts-specialist hoort de psychiater niet thuis in de eerste lijn, hoewel hij in de praktijk, in ons land rechtstreeks kan worden geconsulteerd. Zijn onbetwistbare meerwaarde is zijn diepgaande kennis van mentale pathologieën en medicamenteuze therapieën. Een voordeel zou zijn om deze expertise **ad hoc** ter beschikking te kunnen stellen aan de eerste lijn, in een consultatieve rol, zonder dat hij verplicht moet worden geraadpleegd.

Een **“adviesconsultatie”** bij een psychiater kan inderdaad een grote hulp zijn voor de eerstelijnsprofessionals met een patiënt met een complexe problematiek. Deze consultatie moet prioritair worden uitgevoerd met de verplichting voor de psychiater om een adviserend verslag af te leveren aan de verwijzer



NB: deze adviserende psychiatrische consultatie mag niet worden verward met het psychiatrisch advies dat soms wordt gevraagd bij werkonbekwaamheid.

E. Samengevat:

De eerstelijnspsychologische zorg moet worden uitgevoerd door klinisch psychologen, bij voorkeur in samenwerking met de huisartsen.

De patiënten zouden dus kunnen kiezen tot wie ze zich richten, afhankelijk van hun voorkeur. De huisarts kan in dat geval een aantal langdurige consultaties aanrekenen. Eerstelijnspsycholoog en huisarts moeten ad hoc advies kunnen vragen aan een psychiater.

Naast de specifieke competenties die vereist zijn om eerstelijnspsychologische zorg te verstrekken, **moeten de erkende zorgverleners voldoen aan bepaalde vereisten met betrekking tot permanente vorming en deelname aan intervisiegroepen met collega's.** De inhoud van deze permanente vorming en van de intervisies moet worden gedefinieerd op basis van overleg. Deze opdracht kan worden toevertrouwd aan de commissies voorzien in de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen van 4 april 2014.

Deze verplichtingen kunnen dezelfde zijn voor zowel professionals in een organisatiestructuur als voor zelfstandigen.

Bachelors kunnen bepaalde ondersteunende taken uitvoeren onder toezicht van een klinisch psycholoog.

5.2.2. Gespecialiseerde zorg: erkende en geaccrediteerde professionals

De tweedelijnszorg, de “gespecialiseerde psychologische zorg”, zal uitsluitend bestaan uit interventies van **erkende en geaccrediteerde professionals** die een **specifieke opleiding** hebben gevolgd in bepaalde erkende zorgtechnieken (waaronder psychotherapie), of van **orthopedagogen** voor bepaalde patiënten met specifieke behoeften.

De **kwalificatie van zorgverlener** van gespecialiseerde psychologische zorg bestaat trouwens in alle landen (maar volgens erg uiteenlopende modaliteiten m.b.t. erkend profiel en kwalificatieniveau).

Deze zorgverleners van gespecialiseerde psychologische zorg moeten **voldoen aan specifieke vereisten m.b.t. tot permanente vorming en deelnemen aan intervisiegroepen met collega's. Ze moeten ook lid zijn** van een lokaal multidisciplinair netwerk (zie verder: overleg). Deze voorwaarden moeten worden opgenomen in een accreditatieproces.

Het **statuut** van deze professionals is niet bepalend: zowel de **zelfstandige practici** als degenen die **actief zijn in een organisatiestructuur** (CGG) komen in aanmerking. Dit aanbod breidt dus dat van de CGG uit, om de functie te versterken.

De verschillende professionals zullen dan wel gefinancierd worden op federaal (RIZIV) of op regionaal niveau, wat een bijkomende moeilijkheid kan vormen.



5.3. Zorgaanbod: *stepped care* en therapeutische vrijheid, maar beperkt aantal sessies

5.3.1. *Stepped Care*

Stepped care is een zorgmodel waarbij patiënten **de minst intensieve behandeling krijgen die past bij de aard en de ernst van hun klachten**.

Als deze onvoldoende blijkt, kan worden overgegaan naar het volgende intensiteits-/specialisatieniveau ("stepping up").¹⁵

In ons model krijgen patiënten eerst een hele waaier aan interventies aangeboden (in stijgende intensiteit) in de eerste lijn, vooraleer meer gespecialiseerde en/of langere termijnzorg overwogen wordt. Dit laatste gebeurt op basis van een 'functioneel bilan', dat de eerstelijnsbehandeling samenvat.

Bij een ernstig of dringend probleem is rechtstreekse doorverwijzing naar de psychiater of spoeddienst van het ziekenhuis uiteraard mogelijk. Omgekeerd geldt hetzelfde: als het probleem niet tot het domein van de (eerstelijns)psychologische zorg behoort, zal de patiënt worden doorverwezen naar andere vormen van minder intensieve zorg ("stepping down"). Hierbij mogen we zeker ook niet de mantelzorger en informele zorg vergeten.

5.3.2. *Interventietypes*

De **patiëntenprofielen** uit de ELPF-projecten stemmen overeen met de profielen die de actoren op het terrein beschrijven, nl overwegend "levensmoeilijkheden", aanpassingsproblemen met vele facetten, vaak in familiale of sociale context, die niet noodzakelijk onmiddellijk om een complexe aanpak vragen. Een aanpak die geënt is op die van de ELPF-projecten lijkt dus logisch:

- Onthaal en luisteren naar alle klachten
- Opstellen van een functioneel bilan, of eventueel stellen van een diagnose (zie verder)
- Counseling
- Helpen bij het zelfstandig oplossen van de problemen
- Korte aanpak van matige problemen (ongecomplexeerd trauma, rouw, ...)

- Vroegtijdige opsporing van de (potentieel) ernstige problemen en heroriëntatie naar een psychiater
- Doorverwijzing naar gespecialiseerde psychologische zorg op langere termijn, indien nodig.

5.3.3. *Geen limitatieve lijsten van indicaties*

Uit onze internationale analyse bleek aan dat de classificaties van de DSM IV/V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4^{de}/5^{de} uitgave, gepubliceerd door de *American Psychiatric Association*) of de ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10^{de} herziening, gemaakt door de WGO) vaak gebruikt worden om de indicaties te bepalen die mogen worden terugbetaald.

De voorstanders voeren aan dat men met de classificaties een problematiek zeer nauwkeurig kan beschrijven, wat de communicatie vergemakkelijkt tussen zorgverleners over de evaluatie en de therapeutische aanpak. De critici zijn daarentegen van mening dat deze classificaties zorgen voor een stigmatisering en dat ze een holistische visie op een multifactoriële problematiek belemmeren. Ze wijzen ook op het risico dat de diagnoses leiden tot "selffulfilling prophecy" of dat mensen met atypische, veelvuldige klachten die met geen enkele categorie "overeenkomen" zullen uitgesloten worden van terugbetaling.

Deze argumenten **tegen het gebruik van limitatieve lijsten van indicaties** sluiten aan bij de opmerkingen van de Belgische mensen van het terrein. Voor hen komt een groot gedeelte van de psychologische problemen waarmee zij te maken krijgen niet voort uit karakteristieke mentale pathologieën, maar vormen ze eerder een combinatie van psychologische, sociale en economische problemen. Daarom vinden ze dat het verplichten van de professionals tot het stellen van een diagnose van het DSM of ICD-10 type bij dit soort patiënten zou neerkomen op een "sociale medicalisering" of op verkeerdelijk "psychiatiseren". Zij zijn van mening dat ervaren professionals perfect kunnen oordelen of een patiënt toegang nodig heeft tot gespecialiseerde zorg zonder dat daarbij een formele diagnose moet worden gesteld. De beslissing moet eerder ingegeven worden door de **behoeften van de patiënt** dan door criteria op een checklist.

Als criteria dan toch onontbeerlijk zijn, baseren zij zich liever op richtlijnen of protocollen, dan op classificatietools zoals de DSM of de ICD.



De patiëntvertegenwoordigers die deelnamen aan de gesprekken merkten ook op dat als de professionals verplicht worden vooraf gedefinieerde diagnoses toe te passen (“in vakjes te stoppen”), ze de symptomen misschien zouden “aanpassen” aan de kenmerken van bepaalde diagnoses...

De positie van het KCE is dat we vandaag niet over voldoende bewijs beschikken om een aanpak aan te bevelen die wordt bepaald door exacte diagnoses.

5.3.4. *Geen beperking voor het type behandeling*

In alle landen die we bestudeerden, komt de verplichte ziekteverzekering tussen voor individuele en groeps-, partner- of familiesessies. In Nederland en het Verenigd Koninkrijk komen echter enkel *evidence-based* behandelingen in aanmerking.

De Belgische professionals zijn wel overtuigd van het belang van de **evidence-based praktijk in de psychologie**, maar zijn geen voorstander van een terugbetaling die beperkt is tot *evidence-based* behandelingen. Door zijn **therapeutische vrijheid** kan de zorgverlener elementen uit verschillende behandelingsopties combineren, gebaseerd op zijn eigen expertise, om zijn zorg beter aan te passen aan de specifieke eigenschappen van elke individuele patiënt. Het succes van een therapie volgt ook uit de **kwaliteit van de relatie** tussen de therapeut en zijn patiënt, die niet kan beperkt worden tot zorgprotocollen.

Volgens de professionals van het terrein zal hun toekomstige erkenning volgens de nieuwe wettelijke maatregelen en het feit dat ze een permanente vorming moeten volgen, een voldoende garantie zijn voor de degelijkheid en geschiktheid van de behandelingen. Richtlijnen kunnen hen een meerwaarde bieden, omdat ze dan op de hoogte blijven van de recentste aanbevelingen inzake *evidence-based* behandelingen, maar mogen geen strak keurslijf worden.

De positie van het KCE is dat we vandaag niet over voldoende bewijs beschikken om de limitatieve lijst van behandelingen zoals vandaag wettelijk voorzien, aan te bevelen.

5.3.5. *Niet uitsluitend face-to-face consultaties*

De professionals beklemtonen dat voor de eerstelijns- en gespecialiseerde zorg de **face-to-face consultaties niet de enige mogelijke aanpak zijn**:

- Groepssessies zijn kostenefficiënt voor bepaalde patiënttypes (de psycho-educatieve sessies zijn trouwens opgenomen in de ‘artikel 107’-projecten).
- Bepaalde alternatieven voor face-to-face gesprekken, zoals telefonische of online contacten (zie kader hieronder) kunnen erg nuttig zijn voor personen met mobiliteitsproblemen (kankerpatiënten, ouderen, mantelzorgers, enz.).
- In het specifieke geval van de orthopedagogie vormen observaties op school of thuis en de begeleiding van ouders en leerkrachten alternatieven voor direct contact met kinderen.
- Het gebruik van telegeneeskunde moet worden herdacht in een ruimere context dan die van de geestelijke gezondheid.



“Alternatieve” opties

Sinds kort biedt het Britse programma *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) interventies aan, zoals begeleide of niet-begeleide **zelfhulpprogramma's** in de vorm van boeken of via de computer (**e-mental health**), en meer grootschalige interventies zoals **groepssessies**.

Volgens de *Swedish Council on Health Technology Assessment* (SBU), moeten **cognitieve gedragstherapieën via internet met de ondersteuning van een therapeut** worden beschouwd als deel van het ruime aanbod aan bruikbare methodes. Deze opties werken uitstekend voor volwassenen die lijden aan een sociale fobie of aan een lichte tot matige klinische depressie, op voorwaarde dat ze gemotiveerd zijn om die methode te gebruiken.

Daarnaast is er ook het positief advies van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) over het programma 'Beating the Blues' (een online Cognitieve Gedragstherapie programma). Volgens de literatuur is de doeltreffendheid van dit programma voldoende plausibel bij personen die lijden aan een lichte tot matige depressie, maar niet bij angststoornissen. Het programma wordt dus opgenomen in het pakket dat wordt gedekt door de Nederlandse verplichte ziekteverzekering bij depressie.

5.3.6. Beperking van het aantal terugbetaalde sessies

Een belangrijk kenmerk van de **eerstelijnspsychologische zorg** is de **korte looptijd**. We stellen dus om deze aanpak te beperken tot een nader te bepalen aantal sessies. De Belgische actoren van het terrein zijn het erover eens dat een groot aantal patiënten in de eerste lijn kan worden geholpen met een minimum aan sessies (In de ELPF projecten werden 88% van de patiënten geholpen met 5 of minder sessies, met een gemiddelde van 3.1).

Voor de **gespecialiseerde zorg** is het behandelingsvolume beperkt in alle bestudeerde landen, tot een aantal sessies en/of uren. Uit onze contacten met de stakeholders blijkt **dat een dergelijke beperking hier een redelijke maatregel zou zijn**. De buitenlandse voorbeelden geven echter een enorme variatie weer (van 5 tot 300 uur – zie [hoofdstuk 5](#)).

Vandaag wordt in België psychotherapie door psychiaters terugbetaald door de ziekteverzekering, zonder beperking van het aantal sessies. Hetzelfde geldt voor de gespecialiseerde zorg in CGGs, die wordt gefinancierd door de regionale overheden, met een beperkte bijdrage van de patiënt.

Het aantal sessies bij psychologen binnen specifieke conventies met het RIZIV is echter beperkt: bv maximum 17 sessies voor chronische vermoeidheid of 8 sessies gespreid over 2 jaar voor ondersteuning bij rookstop.

Het aantal terugbetalingen via de bijkomende verzekering van de ziekenfondsen voor consultaties bij een psycholoog of psychotherapeut is eveneens beperkt, gedurende een heel leven of een jaar, en het aantal verschilt erg van de ene organisatie tot de andere.

In ons model zou de eerste reeks sessies van (terugbetaalde) gespecialiseerde zorg beperkt worden tot een nog te bepalen aantal, met een optie op **hernieuwing**.

Het voordeel van dit systeem is dat het de kosten tot op zekere hoogte onder controle houdt, en dat het zorgverleners/patiënt aanzet tot een moment van 'gedeelde reflectie' en tot het opmaken van een balans van de weg die samen werd afgelegd. Deze reflectie wordt dan vertaald naar een nieuw **functioneel bilan en een zorgplan** die dan worden voorgelegd aan een derde partij (bv een "adviserend psycholoog" of "adviserend psychiater" verbonden aan een betalende organisatie (zie hieronder).

Voor een beperkte (samen te stellen) lijst van **pathologieën die een zeer langdurige aanpak vereisen** zal er een automatische verlenging plaatsvinden. Mensen die langdurig zijn geïnstitutionaliseerd en mensen met een mentale handicap mogen binnen dit kader niet worden vergeten.



De adviserend 'psy'

De functie van "adviserend psycholoog" of "adviserend psychiater" kan worden vergeleken met deze van de "adviserend geneesheer", en is dus vooral verbonden aan de medische directies van de verzekeringsinstellingen. Hij of zij (hierna 'hij') zou hetzij autonoom kunnen optreden, hetzij binnen een multidisciplinair team en onder de supervisie van een adviserend geneesheer (te bepalen).

De "adviserend psy" zou niet tussenkomen in de 1^{ste} lijn, noch voor de terugbetaling van de eerste reeks sessies van gespecialiseerde zorg. Hij neemt alleen een beslissing bij een vraag tot **verlenging** van deze sessies. Daarbij baseert hij zich op het functioneel bilan en het zorgplan opgemaakt door de gespecialiseerde zorgverlener. De "adviserend psy" moet de patiënt voor een eenvoudige verlenging dus niet noodzakelijk ontmoeten. Sommige actoren op het terrein opperden dat de "adviserend psy" ook de adviesopdracht van de medische directies van de mutualiteiten zou kunnen versterken en zou kunnen betrokken worden bij de evaluatie van de dossiers van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wegens psychische aandoeningen.

De rol van deze "adviserend psy" blijft dus beperkt tot de opdrachten van de verzekeringsinstellingen, en houdt dus geen supervisie van de zorgverlener in.

5.4. Toegang: vrij in 1^{ste} lijn, onder voorwaarden voor de gespecialiseerde zorg

5.4.1. 1^{ste} lijn: meerdere toegangspoorten

De Belgische actoren op het terrein spreken zich duidelijk uit voor een **directe en erg laagdrempelige toegang** tot de eerstelijnspsychologische zorg. Dit betekent dat de patiënten onmiddellijk toegang krijgen **zonder voorschrift**. Op dat punt verschilt dit model dus van de ELPF-projecten, waar de patiënten slechts terecht kunnen na doorverwijzing door de huisarts.

Er wordt zelfs voorgesteld **deze toegangspoorten nog uit te breiden**: de OCMWs, de spoeddiensten van de ziekenhuizen, de arbeidsgeneesheren, de schoolsector (CLB, schoolartsen), de 'CAW', de rusthuizen, de adviserend geneesheren van de mutualiteiten, de verenigingen die werken met achtergestelde bevolkingsgroepen, enz. moeten allen worden aangemoedigd om mensen bij wie ze psychologisch lijden vaststellen of vermoeden, door te verwijzen naar de eerstelijnspsychologische zorg.

Deze 1^{ste} lijn moet ook **goed geografisch verspreid** zijn, en onder het grote publiek en alle medisch-sociale actoren moet **duidelijke informatie verspreid worden** over deze nieuwe mogelijkheid. Er moet ook een bepaald aantal eerstelijnsdiensten worden voorzien, die mensen met specifieke behoeften kunnen opvangen, zoals mensen met een dubbele diagnose (mentaal gehandicapt en psychologische problemen).

NB: door de talrijke opmerkingen over de onduidelijke definitie van de eerste en tweede lijn, in het noorden en het zuiden van het land, lijkt het ons nuttig **een benaming te gebruiken die niet verwijst naar een "lijn"** of een "niveau", maar één die duidelijk herkenbaar is voor het publiek. Bijvoorbeeld: "psy contactpunt", "eerste psy onthaal", enz. In dit rapport zullen we wel "1^{ste} lijn" blijven gebruiken, om coherent te blijven met de buitenlandse voorbeelden en de ELPF-pilootprojecten.

5.4.2. Gespecialiseerde zorg: een multidisciplinaire gatekeeping

Omdat de eerstelijnszorg financieel toegankelijk moet zijn voor zo veel mogelijk patiënten, **moet er een noodzakelijk regulatiemechanisme (gatekeeping) aanwezig zijn op het scharnierpunt tussen de eerstelijns en de gespecialiseerde psychologische zorg**.

Volgens de Belgische actoren op het terrein, **moeten artsen, klinisch psychologen en orthopedagogen de rol van gatekeeper** naar de terugbetaalde gespecialiseerde psychologische zorg spelen. De meeste actoren zijn het erover eens dat het verplichten van een **multidisciplinair overleg** op dit beslissende punt op het traject van de psychologische zorg nuttig zou zijn, vooral om "solo-solo circuits te vermijden".

Bij dit **multidisciplinair overleg moeten minstens** de eerstelijnspsycholoog (die de indicatie gaf voor gespecialiseerde zorg) en een huisarts betrokken zijn. Bij voorkeur de vaste huisarts van de patiënt, want deze heeft een totaalbeeld van diens gezondheidstoestand en beheert



zijn Globaal Medisch Dossier. Als dit niet mogelijk is kan om het even welke andere arts (gynaecoloog, pediater, geriater, psychiater, ...) de patiënt doorverwijzen naar meer gespecialiseerde en/of meer langdurige psychologische zorg. Bij het multidisciplinair overleg kunnen ook, in specifieke gevallen, andere professionals betrokken worden, zoals een (kinder)psychiater, een sociaal werker, een psychiatrisch verpleegkundige, enz. Een *systematische* evaluatie door een psychiater wordt echter niet nodig gevonden.

Een gespecialiseerde behandeling zou dus afhangen van een functioneel bilan, opgesteld na overleg tussen de eerstelijnspsycholoog en een huisarts, met andere professionals indien gewenst. Dit bilan moet alle nuttige informatie bevatten om na te kunnen gaan of een gespecialiseerde aanpak nodig is, met inbegrip van de reeds gevolgde behandelingen en indien nodig, een voorstel tot therapeutische oriëntatie.

Het functioneel bilan moet worden opgenomen in het online gedeeld elektronisch dossier (eHealth) van de patiënt. De exacte inhoud en de modaliteiten van dit functioneel bilan moeten worden gedefinieerd op basis van overleg. Deze opdracht kan worden toevertrouwd aan de commissies voorzien in de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen van 4 april 2014. In zekere zin kan een online gedeeld dossier dus een voorwaarde worden voor de toegang tot terugbetaalde psychologische zorg. Een dergelijk bilan kan niet enkel worden gevraagd bij de beslissing om de patiënt door te verwijzen naar gespecialiseerde (niet-psychiatrische) zorg, maar ook bij de **vraag naar verlenging** (in geval van beperking van het aantal sessies, zie verder) of bij de **afsluiting van de behandeling** (in functie van de kwaliteitscontrole).

Overleg tussen huisarts en klinisch psycholoog

Voor sommigen is het misschien nieuw, maar voor anderen zal het overleg tussen huisartsen en klinisch psychologen de bevestiging zijn van een goede gewoonte die reeds bestaat. Door het samenbrengen van de **complementaire competenties** van deze twee professionals kan de problematiek van elke patiënt in al zijn dimensies en complexiteit worden geëvalueerd. Dit overleg moet trouwens aangemoedigd worden van bij het eerste contact met de patiënt **en niet enkel binnen het kader van het functioneel bilan.**

Omdat alles inzake geestelijke gezondheid zo gevoelig ligt, moet deze informatie-uitwisseling niet noodzakelijk erg gedetailleerd en uitgebreid zijn. Het respect voor het **beroepsgeheim** is immers onlosmakelijk verbonden met de **vertrouwensrelatie** die onmisbaar is voor een efficiënte psychologische interventie. Om 'medisch shoppen' en het combineren van verschillende behandelingen te vermijden, moet één professional op de hoogte zijn van de tussenkomst van andere zorgverleners, die dan ook de zorg coördineert. De huisarts is de meest aangewezen persoon om deze informatie te centraliseren in het online gedeeld medisch dossier, zelfs al verleent hij de patiënt niet persoonlijk psychologische zorg.

Het gebruik van een **gedeeld elektronisch dossier** – met specifieke toegangsrechten – moet de regel zijn. Alle door de wet erkende zorgverleners (die een therapeutische relatie hebben met de patiënt), waaronder de klinisch psychologen en de orthopedagogen, krijgen toegang. Op die manier kan de informatie eenvoudig circuleren zonder bijkomend werk. Het komt ook de patiënt ten goede, die niet door alle betrokkenen zal moeten worden "ondervraagd". Voor de meesten zal de **overdracht van de SumEHR** (wanneer deze volledig operationeel is) voldoende en efficiënt zijn.



5.5. Actieve integratie in het bestaande netwerk

Alle betrokkenen benadrukken het belang om de verschillende professionals aan te moedigen om niet enkel samen te werken rond de patiënt, maar ook om **zich actief te integreren in de bestaande netwerken en structuren**, met name binnen het kader en de geest van de “artikel 107” hervorming. In de evaluatie van de ELPF-pilootprojecten wordt deze actieve integratie in het lokale netwerk expliciet vermeld als een van de essentiële onderdelen van de 1stelijnspsychologische functie.

Het is dus van essentieel belang om **concrete modaliteiten** vast te leggen om deze integratie in de lokale zorgnetwerken te objectiveren. Deze modaliteiten zouden moeten worden gedefinieerd op basis van een overleg (door de wet voorziene commissie(s)?).

De betrokkenen bij de 1stelijnspsychologische zorg krijgen in principe niet te maken met **ernstige mentale problemen**, noch met **crisisinterventies**, maar hun eerstelijnsrol zal hen onvermijdelijk met dergelijke patiënten in contact brengen. De 1stelijnspsychologische functie zou dus op die manier kunnen bijdragen tot de **vroegtijdige opsporingsfunctie** die wordt voorzien in hervorming 107.

Wat betreft de patiënten die al worden opgevolgd voor **chronische mentale aandoeningen**, zouden synergieën moeten worden ingericht in functie van de noden en de lokale organisaties om **de zorgcontinuïteit te versterken**. De 1stelijnsprofessionals zouden bijvoorbeeld ad hoc kunnen tussenkomen bij een voorbijgaande verslechtering veroorzaakt door een moeilijk moment in het leven, in overleg met de langetermijnteams. Het voorbeeld dat wordt gegeven in het ELPF-rapport van de motivatiegesprekken gevoerd door de 1stelijnsfunctie om een chronische patiënt aan te moedigen om de draad van de behandeling terug op te nemen is een mooi voorbeeld van een dergelijke complementariteit.

5.6. Lokalisatie: een uiterst flexibele huisvesting

Bijna unaniem **wenst niemand de oprichting van nieuwe structuren** om de huidige complexiteit van het landschap niet nog meer te vergroten. De actoren zijn eerder van mening dat de **capaciteit van de bestaande structuren moet worden uitgebreid**, zowel van de 1stelijn als van de gespecialiseerde zorg.

5.6.1. Wat betreft de 1stelijn:

De actoren op het terrein suggereren dat de 1stelijn bijvoorbeeld zou worden geïntegreerd in een medisch huis, een CLB, een CAW, een OCMW, enz. maar ook in een CGG. Deze “huisvesting” in bestaande structuren zou ook de pluridisciplinaire reflectie bevorderen.

Aangezien ons land echter een lange traditie kent van **vrije praktijk**, werken heel wat **klinisch psychologen als zelfstandigen**, solo of in groep (bijv. consultatiecentra). Deze modellen krijgen de voorkeur van een groot – vaak beschreven als welgestelder – deel van de bevolking. Het is dus belangrijk om **deze constitutieve professionals** van het psychologische zorgaanbod **te behouden**. Naast hun gebruikelijke gespecialiseerde zorgprestaties, zou het dus verstandig zijn om zij die dit wensen een 1stelijnsfunctie op zich te laten nemen, onder de reeds beschreven voorwaarden wat betreft opleiding/continue vorming en het werken in overleg met de bestaande structuren en netwerken.

Deze grote flexibiliteit in de lokalisatie van de 1stelijnszorgen zou een grote geografische spreiding garanderen.

5.6.2. Wat betreft de gespecialiseerde (ambulante) zorg:

Wij stellen voor geen nieuwe structuren te creëren, wat betekent dat de gespecialiseerde zorg moet blijven worden verstrekt waar dat nu het geval is, met name **in de CGG of in de privékabinetten/-centra^b**.

CGG (en CARs) zouden worden aangemoedigd om **antennes** te openen (eventueel ten gunste van hun afspraken met privépractici – zie verder) om op die manier een beter verspreid zorgaanbod aan te bieden op het

^b De prestaties van ziekenhuispsychologen zijn niet opgenomen in deze studie.



grondgebied. Om het aanbod uit te breiden, zowel geografisch als op het vlak van therapeutische opties, zou men ook kunnen overwegen de privécentra die dit wensen te erkennen en financieren, onder dezelfde voorwaarden als de CGG.

Niets verhindert een 1stelijnspsycholoog patiënten gespecialiseerde zorg te blijven verstrekken als de toegangsvoorwaarden tot deze zorgen (functionele balans) werden gerespecteerd en hij erkend is voor deze twee competentietypes.

NB: patiënten zijn **nooit verplicht** om beroep te doen op de 1stelijns en er verandert niets aan de werking van de privépractici die buiten het systeem willen blijven (maar die dan wel niet in aanmerking komen voor overheidsfinanciering van hun prestaties). **De directe toegang tot een psychiater** zou echter moeten evolueren naar een integratie in het *gatekeeping* systeem waarvan de modaliteiten moeten worden besproken met de beroepsvertegenwoordigers.

5.7. Zorgkwaliteit

In vele landen wordt de zorgkwaliteit gegarandeerd door de **opleiding en de erkenning van de professionals**. Voor de actoren op het terrein moet een officieel door de wet erkende kwalificatie de eerste – en absolute – voorwaarde zijn om recht te hebben op een terugbetaling. Ze stellen ook voor om een **kadaster van zorgverleners** die recht hebben op een terugbetaling, op te richten.

De actoren doen ook andere voorstellen om de kwaliteit te verbeteren, zoals **de opname van de zorgverleners in een netwerk, de uitwisseling van traceerbare informatie** binnen dit netwerk of **supervisie en permanente vorming met een accreditatiesysteem**.

Er kan ook een verband worden gelegd tussen kwaliteit en financiering, zoals in **Engeland**, waar men evolueert naar een systeem van **resultaatsgedreven financiering** (IAPT-programma). **Nederland** koos in januari 2014 voor **registratie en benchmarking, met publicatie van de resultaten** (*Routine Outcome Monitoring* (ROM)). Bij deze monitoring vergelijkt men de situatie van de patiënt aan het begin en op het einde van de behandeling, zodat patiënten, patiëntorganisaties, verzekeraars en zorgverleners de impact van die behandeling kunnen nagaan.

De professionals die wij spraken vrezen een wildgroei aan registraties en monitoring, ook al zijn ze overtuigd dat we moeten evolueren naar een cultuur van evaluatie van de resultaten. Ze zijn erg terughoudend tegenover een *benchmarking*, die volgens hen de selectie van patiënten aanmoedigt. Ze geven wel toe dat door resultaten te vergelijken, *outliers* kunnen worden opgespoord en ter verantwoording worden geroepen.

In Vlaanderen lopen nu ook meerdere projecten om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen.



5.8. Een gemengde financiering

De financiering van ons zorgmodel met twee niveaus moet voldoen aan een aantal voorwaarden:

- de uitgaven moeten haalbaar blijven, waardoor er beheermechanismes nodig zijn. We kozen ervoor de uitgaven te beheren door het aantal terugbetaalde sessies te beperken;
- financieel toegankelijk voor iedereen, met specifieke aandacht voor de kwetsbare groepen;
- geen unieke toegangspoort opleggen aan de patiënt;
- de terugbetaling niet laten afhangen van een specifieke diagnose of een type behandeling;
- aanmoedigen van interdisciplinariteit, netwerken en uitwisselen van informatie;
- de mogelijkheid voorzien om in de toekomst een element van “pay for quality” toe te voegen;
- en *last but not least*, rekening houden met de verdeling van de bevoegdheden zoals voorzien in de staats hervormingen.

5.8.1. Financieringsmogelijkheden voor de betrokken professionals

Verschillende financieringsmogelijkheden zijn mogelijk (zie tabel). Voor de geconsulteerde professionals zijn enkel een betaling per prestatie of een forfait per capita aanvaardbaar.

Als men de capaciteit van de bestaande structuren zoals de CGG's wil uitbreiden, moet men ook rekening houden met de **heterogeniteit van het bestaande systeem**. Deze centra worden nu immers op forfaitaire basis gefinancierd door de regionale overheden. De huisartsen, psychiaters en bepaalde psychotherapeutische handelingen binnen het kader van specifieke conventies (chronische vermoeidheid, revalidatie, palliatieve zorgen, enz.) worden dan weer gefinancierd door de federale ziekteverzekering.

Door de huidige staats hervorming en het gebrek aan nieuwe financiële transfers tussen federale overheid en regionale overheden, moest er dus een nieuwe oplossing gevonden worden.

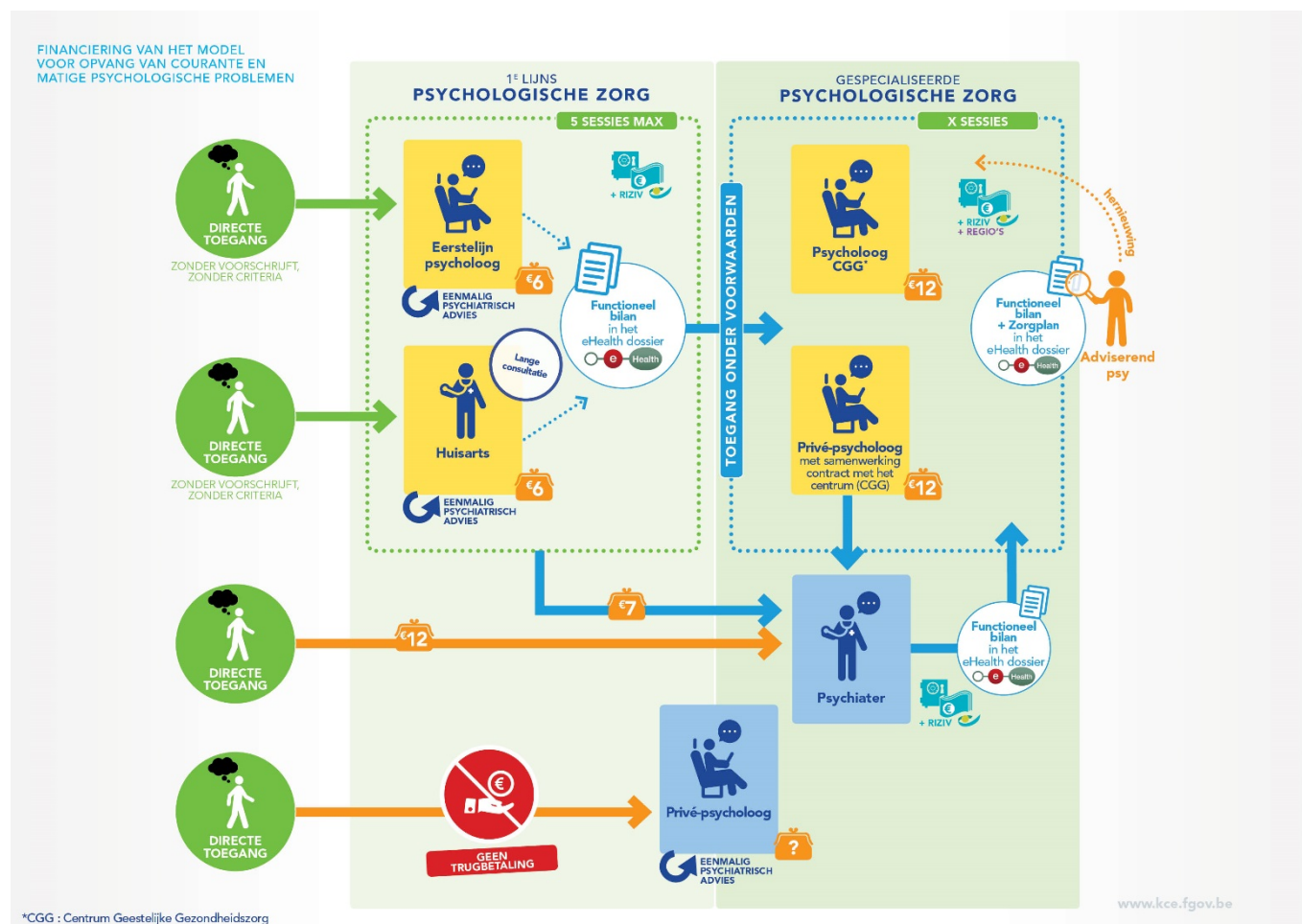


Tabel 1 — Algemene beschrijving van de verschillende financieringssystemen van de Belgische gezondheidszorg

	FINANCIERING PER PRESTATIE	FORFAIT PER CAPITA	LOON/VASTE VERGOEDING/ ENVELOPPE-SYSTEEM	PROSPECTIEVE FINANCIERING
Wat is het?				
Beschrijving	Vastgelegde vergoeding na elke handeling die de zorgverstrekker stelt.	Een forfaitair bedrag betaald aan een zorgverlener per verzekerde persoon binnen zijn invloedssfeer, voor een bepaalde periode;	Een vastgelegd (jaar)budget al dan niet aangepast aan de hoeveelheid patiënten/geleverde prestaties	Een vastgelegd bedrag voor een specifiek probleem, los van duur en kostprijs van de behandeling.
Plaats in de Belgische context	Compatibel met huidig Belgisch model van zelfstandige actoren.	In België van toepassing in de meestewijkgezondheidscentra. Moeilijk te implementeren voor psychologen in solo-praktijken	In België gebruikt voor financiering CGG, in RIZIV-conventies, en meer algemeen in gesubsidieerde structuren	Te vergelijken met de DRG (diagnose related groups) financiering voor de ziekenhuizen
Efficiënte en risico's				
Efficiëntie: vermijden van onnodig lange of overbodige therapieën		• Aanpassing consultaties op basis van concrete behoefte patiënt & ontrading van onnodige interventies.		• Zet aan om kosten van behandeling laag te houden en moedigt korte behandeltijden aan.
Moedigt het nastreven van patiënte-tevredenheid aan		• Moedigt langetermijnrelatie met de patiënt aan.		
Productiviteit (afbouw wachtlijsten)	• Zet aan tot het verhogen van de workload	• Moedigt de opname van meer patienten in de praktijk aan.		• Moedigt korte behandeltijden aan.
Moedigt preventie en patiënteneducatie aan		•		
Risico op onderbehandeling		•	•	
Risico op supplier-induced demand	•			
Risico op patiëntenselectie	• Intake van patienten met hoge behandelintensiteit.	• Intake van patienten met lage behandelintensiteit.	• Intake van patienten met lage behandelintensiteit.	
Administratieve aspecten				
Automatische registratie van activiteitsgegevens	•			•
Tariefzekerheid voor de patiënt	•			•
Inkomenszekerheid voor de zorgverstrekker	•		•	
Beheersing van de overheidsuitgaven		•	•	•
Administratieve overhead	• Zwaardere administratie	• Minder zware administratie	• Minder zware administratie	• Zwaardere administratie



Figuur 2 — Financiering voor het behandelmodel van vaak voorkomende en matige geestelijke gezondheidsproblemen*/**



* In de sector van de gespecialiseerde zorg kan het woord psycholoog worden vervangen door elke professional die door de wet is erkend om psychotherapie te geven

** De bedragen in het model zijn louter indicatief; ze moeten het voorwerp uitmaken van een politieke beslissing



5.8.2. Voorstellen van het KCE voor een gemengd model

We raden **gemengde financieringssystemen** aan voor de eerste en de gespecialiseerde zorg, met een deel per prestatie en een forfaitair deel. Voor de gespecialiseerde zorg zal het forfaitaire deel afkomstig zijn van bedragen die nu worden betaald door de regionale overheden.

Voor de eerstelijnspsycholoog:

- Een “**praktijkvergoeding**” om de extra-therapeutische activiteiten te vergoeden, zoals de intervisies, de administratie en de integratie in een lokaal interdisciplinair netwerk. Deze vergoeding kan worden aangepast aan de omvang van de praktijk (minimale activiteit is nodig, hogere vergoeding voor praktijken met meerdere professionals, ... nog te bepalen).
- Een **vast forfait per patiënt** voor het aanmaken/beheren van de gegevens in het gedeelde elektronische dossier van de patiënt. Dit bedrag wordt per patiënt en per zorgperiode slechts eenmalig betaald.
- Een **betaling per prestatie** (derde betaler, supplementen niet toegelaten) voor een beperkt aantal (bijv. 5) sessies.
- **Remgeld** betaald door de patiënt bij elke consultatie, dat zou kunnen worden beperkt tot € 6/sessie (en tot € 1,5/sessie voor de Verhoogde tegemoetkoming), zoals de terugbetalingen voor consultaties bij de huisarts.

Het totale bedrag voor een patiënt binnen één zorgperiode mag niet meer bedragen dan de huidige vergoeding van 5 sessies bij een klinisch psycholoog.

Daarnaast moet er een interval (bv van 6 maanden) liggen tussen twee terugbetaalde periodes van eerstelijnspsychologische zorg voor dezelfde patiënt.

Ter herinnering,

- de huisarts moet **langdurige consultaties** kunnen factureren (een beperkt aantal per patiënt en per jaar); De modaliteiten van deze consultaties moeten echter coherent zijn met de behandelmodaliteiten van patiënten met chronische gezondheidsproblemen.
- er moet een nieuwe nomenclatuurcode worden toegekend aan psychiaters voor een **eenmalige adviesconsultatie**. Deze verloning

moet hoger liggen dan voor een klassieke consultatie, omdat een eenmalige consultatie in verhouding meer werk vereist.

Voor de gespecialiseerde psychologische zorg:

- De bedragen die de **regionale overheden** vandaag spenderen aan de CGG blijven ongewijzigd, maar zouden enkel dienen om de onderhouds- (en uitbreidings) kosten van het aanbod te betalen (algemene en logistieke kosten, administratief personeel, communicatiekosten, preventie, beheer van de dossiers) net als de taken die verband houden met het netwerk. Daardoor kan de capaciteit van deze structuur worden uitgebreid en kunnen dus de wachttijden worden ingekort.
- De therapeutische handelingen door erkende professionals worden gefinancierd door het RIZIV op basis van een **nomenclatuur**, maar met een maximaal nog te bepalen (verlengbaar) aantal sessies per patiënt.
- **Het remgeld voor** de patiënt bij elke consultatie zou kunnen worden beperkt tot € 12/sessie (en tot € 3/sessie voor de Verhoogde tegemoetkoming), het equivalent van de terugbetalingen voor consultaties in de psychiatrie.
- Een pay-for-quality luik, gebaseerd op indicatoren, moet in de toekomst mogelijk zijn.

De klinisch psychologen en de orthopedagogen moeten **de keuze hebben tussen een werknemers- of zelfstandig statuut**. In het laatste geval moeten ze een **samenwerkingsakkoord ondertekenen met een CGG** (of een Centrum voor Ambulante Revalidatie voor de orthopedagogen) en moeten ze betaald worden via deze structuren. Ze mogen ook buiten de structuren van deze CGG actief zijn, wat kan zorgen voor een betere geografische spreiding van het gespecialiseerde zorgaanbod. Om het aanbod uit te breiden, kan worden overwogen om de privécentra die dit wensen, te erkennen en te financieren, maar wel onder dezelfde voorwaarden als de CGG, mits ze voldoende garanties bieden inzake kwaliteit, intervisie,...(nog te bepalen).



Verlenging

De beslissing om de behandeling te verlengen boven het maximaal vastgelegde aantal zou worden genomen door een **“raadgevend psy”** op basis van een update van het functioneel bilan en zorgplan.

Conventionering

Zoals voor de andere gezondheidsprofessionals stellen wij voor een conventioneringssysteem voor de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen in te voeren, om de supplementen te beperken (die sowieso niet toegestaan zijn voor de eerstelijnspsychologische functie).

Toegang tot de psychiater

Directe toegang tot de psychiater blijft mogelijk maar de toegang via een eerstelijnszorgverlener moet financieel worden aangemoedigd (zachte echelonnering): de patiënten die worden doorverwezen naar een psychiater –voor een eerste consultatie- door hun huisarts of door een eerstelijnspsycholoog moeten kunnen genieten van een lager remgeld dan degenen die rechtstreeks consulteren. Dit moet gebaseerd worden op het huidige terugbetalingsmodel van een specialist via doorverwijzing door de huisarts binnen het kader van het GMD.

5.8.3. Financiële aandeel van de patiënt

Voor het financiële aandeel van de patiënt toont onze internationale vergelijking erg uiteenlopende praktijken, die afhangen van het gezondheidszorgsysteem in de verschillende geanalyseerde landen.

In België is de huidige situatie als volgt:

- bij de psychiater: remgeld van € 12 voor de gewone rechthebbenden – € 3 voor de rechthebbenden met Verhoogde tegemoetkoming
- binnen het kader van revalidatie-overeenkomsten RIZIV: remgeld van € 1,73/sessie voor de gewone rechthebbenden – gratis voor de rechthebbenden met Verhoogde tegemoetkoming
- in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG): matige bijdrage (€10-11) tot gratis
- binnen het kader van een art. 107: bijdrage van € 20 voor een consultatie in het ziekenhuis – gratis buiten het ziekenhuis
- in de eerstelijnsprojecten in Vlaanderen: bijdrage van € 9 per sessie (€ 4 voor de rechthebbenden met Verhoogde tegemoetkoming – gratis voor gedetineerden, asielaanvragers en personen die hier onregelmatig verblijven).

De actoren op het terrein zijn het er unaniem over eens dat de te betalen bedragen geen obstakel mogen vormen voor behandeling, maar dat de financiële bijdrage wel een algemeen principe is van elke therapie, die bijdraagt tot de motivatie van de patiënten. Bovendien voorkomt het stigmatisering. Dit punt werd trouwens bevestigd door de patiëntvertegenwoordigers op de vergadering.

Kosteloosheid kan dus overwogen worden, maar moet een uitzondering blijven. Voor de zeer kwetsbare en zwakkere bevolkingsgroepen moeten er specifieke omstandigheden worden gecreëerd zodat ze toegang krijgen tot eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg, zonder te worden gestraft voor het niet hebben van een huisarts of dedeeld dossier.



■ AANBEVELINGEN^c

DEEL A: DE EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG:

Aan de ministers bevoegd voor gezondheidszaken:

- Organiseren van een interministerieel overleg voor de uitbouw van een eerstelijnspsychologische functie die voor iedereen toegankelijk is, zonder voorschrift en zonder criteria inzake diagnose, aard van de begunstigde of ernst, en volgens het model beschreven in het huidige rapport.
- Zodra het model is ontwikkeld, opstellen van een communicatieplan over het eerstelijnspsychologische zorgaanbod, bestemd voor het grote publiek en voor iedereen die patiënten naar de eerstelijnspsychologische zorg kan doorverwijzen. Voor dit nieuwe zorgaanbod wordt ook best een duidelijke benaming gevonden.

Aan de universiteiten:

- De Faculteiten psychologie (en pedagogie) de opdracht geven om een richting te voorzien die specifiek gefocust is op psychologie/orthopedagogie van de eerste lijn, binnen het kader van de basiscursus en/of een bijkomende vorming.
- De faculteit Geneeskunde de opdracht geven om de vorming van de benadering van psychosociale problemen te versterken, zowel in de basisopleiding als in aanvullende opleiding van huisartsen.

Aan de beroepsverenigingen:

- Een permanente vorming voor de psychologen en orthopedagogen van de eerste lijn voorzien, in samenwerking met de universiteiten.

Aan de federale minister van Volksgezondheid en de FOD Volksgezondheid::

- De opdracht van de commissies voorzien in de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen van 4 april 2014 uitbreiden met:
 - Het bepalen van de criteria en de modaliteiten voor de erkenning van de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen van de eerste lijn;
 - Het bepalen van de accreditatievoorwaarden van de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen van de eerste lijn (permanente vorming, intervisie, praktijk, verlenging);



- o Het bepalen van de criteria die de integratie in een multidisciplinair netwerk aantonen.

Aan het RIZIV:

- Vastleggen van de financieringsmodaliteiten van de eerstelijnspsychologische zorg:

Voor de psychologen/orthopedagogen van de eerste lijn:

- o Een gemengde financiering voorzien: 'praktijkvergoeding'; forfait per geopend of gevolgd gedeeld elektronisch dossier; betaling per prestatie per sessie (derde betaler, gelimiteerde supplementen); remgeld.
Het aantal gefinancierde sessies per jaar moet worden begrensd.
- o Nadenken over de mogelijkheid om in de toekomst een 'pay for quality' luik, gebaseerd op indicatoren, in de financiering op te nemen.

Voor de huisartsen:

- o Een financiering voorzien die toelaat om voldoende tijd aan de betrokken patiënten kunnen besteden. Het beroep op, financieringsmodaliteiten zoals voor de consultatie van lange duur en, desgevallend, voor het overleg tussen verschillende professionals, moet in coherentie zijn met de modaliteiten voor de aanpak van chronisch zieke patiënten.

Voor de psychiaters:

- o Een nomenclatuurcode voorzien voor een punctuele consultatie (adviesconsultatie) die door een psycholoog/orthopedagoog van de eerste lijn of een arts wordt gevraagd. Daarbij moet er verplicht een rapport worden opgesteld en moet de patiënt worden terugverwezen naar de voorschrijver. Deze consultatie kan per patiënt maar 1 maal per jaar plaatsvinden.

^c Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

**DEEL B: DE GESPECIALISEERDE AMBULANTE PSYCHOLOGISCHE ZORG (BUITEN DE PSYCHIATRIE):*****Aan de ministers bevoegd voor gezondheidszaken:***

- Organiseren van een interministerieel overleg over de organisatie en financiering van de ambulante psychologische zorg.

Aan de bevoegde ministers en het RIZIV:

- Voorbehouden van de financiering/terugbetaling van gespecialiseerde psychologische en orthopedagogische zorg aan de professionals in de geestelijke gezondheidszorg die samenwerken met een erkende multidisciplinaire structuur (Centrum voor Geestelijke Gezondheid (CGG), Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR),...) :
 - De toewijzing van de financiering van de bestaande CGG en CAR moet worden aangepast.
 - Voor de zelfstandige pratici moeten er samenwerkingsmodaliteiten met de bestaande multidisciplinaire structuren worden voorzien, van dewelke zij een deel van hun vergoeding zullen ontvangen.
 - Er moet op worden toegezien dat deze structuren geografisch goed gespreid zijn (eventueel met antennes)
 - Om het aanbod uit te breiden kan men ook overwegen om de privé centra die dat wensen, te erkennen en te financieren, mits zij garanties bieden op kwaliteit, intervisie, ...(nog te bepalen).
 - Vandaag zijn er onvoldoende argumenten om de terugbetaling te laten afhangen van criteria met betrekking tot de diagnose of het type therapeutische aanpak.

***Aan het RIZIV:***

- De toegang tot de gefinancierde, ambulante, gespecialiseerde psychologische zorg (buiten de psychiatrie) laten afhangen van de opmaak van een multidisciplinair, functioneel bilan. Dit bilan moet worden opgemaakt door minstens een huisarts en een psycholoog of orthopedagoog van de eerste lijn. Het moet alle informatie (medisch, psychologisch, sociaal, lopende behandeling, antecedenten, enz.) bevatten om te kunnen oordelen of een gespecialiseerde behandeling noodzakelijk is. Het functioneel bilan moet worden gedocumenteerd in het gedeeld elektronisch dossier van de patiënt.
- De terugbetaling begrenzen tot een bepaald aantal (nog te bepalen) sessies, met een mogelijkheid tot verlenging(en) mits akkoord van een “adviserend psycholoog/psychiater” (zie verder). Een uitzondering kan worden gemaakt voor een beperkte lijst (nog te bepalen) van aandoeningen die een zeer langdurige behandeling vereisen.

Aan het RIZIV en de mutualiteiten:

- Invoeren en definiëren van de functie van “adviserend psycholoog/psychiater”, die de noodzaak zal moeten nagaan van het verlengen van het aantal sessies van gespecialiseerde, terugbetaalde sessies zorg, op basis van het functioneel bilan en het zorgplan opgesteld door de zorgverlener.
De “adviserend psycholoog/psychiater” zou ook de adviesrol van de medische directies van de mutualiteiten kunnen versterken en zou kunnen betrokken worden bij de evaluatie van de dossiers van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wegens psychische aandoeningen.

Aan de federale minister van Volksgezondheid en aan de FOD Volksgezondheid:

- De opdracht van de Commissies, voorzien in de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen van 4 april 2014, uitbreiden met het bepalen van de inhoud en de criteria van het multidisciplinair bilan en van het zorgplan, evenals het definiëren van de limitatieve lijst van aandoeningen die in aanmerking komen voor een uitzondering op het systeem van hernieuwing van behandeling voor gespecialiseerde psychologische zorg.



■ REFERENTIES

1. ISP-WIV. Gezondheidsenquête 2013 [Web page].2013 [cited 25/02/2016]. Available from: <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx2>. Dispa MF, Hermans K, Van Audenhove C, Meys E, Nicolas E, Jamoulle P, et al. Uitsluiting en geestelijke gezondheid: de kip en het ei / Exclusion et santé mentale: l'oeuf et la poule. Brussel: 2015. 3. OECD. Suicide rates (indicator) [Web page].2016 [cited 25/02/2016].
4. Mairiaux P, Schippers N, De Cia J, Panda J-P, Braeckman L, Hansez I. Prevalence of Burnout Among Belgian Workers Assessed Through the Occupational Healthcare System. In: Occupational Health, 30th International Congress; 2012.
5. Vandenbroucke F. La psyche: le cadet de mes soucis? Soins de santé mentale: les voies de la participation et de la concertation. Brussels; 2001.
6. INAMI-RIZIV. Rapport annuel 2013. Brussels: INAMI-RIZIV; 2013. Available from: <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport-annuel-2013.pdf>
7. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. La performance du système de santé Belge. Rapport 2015. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2015. KCE Reports (259)
8. Hunsley J, Elliot K, Therrien Z. The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. Canadian Psychology. 2014;55(3).
9. Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report (230) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_230_Depression_Report.pdf



10. Coppens E, Neyens I, Van Audenhove C. Onderzoek naar de invoering van de eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Onderzoeksrapport. . Leuven: Steunpunt WVG; 2015.
11. Van Herck P, Van de Cloot I. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Itinera Institute; 2013.
12. De Waele M, Hermans S. Rapport Psychotherapie. Internal report CM Landsbond; 2015.
13. Afdeling Informatie en Zorgberoepen. Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg [Web page].Brussel;2014 [cited 25/02/2106]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>
14. Superior Health Council. Definition of and competency profile for clinical psychology in Belgium. Superior Health Council; 2015. Advisory report (9194) Available from: <https://www.bfp-fbp.be/fr/nieuwsbericht/le-conseil-superieur-de-la-sante-publie-son-avis-sur-le-psychologue-clinicien>
15. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. Br J Psychiatry. 2005;186:11-7.



COLOFON

Titel:	Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese
Auteurs:	Laurence Kohn (KCE), Caroline Obyn (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Xavier Van Cauter (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Marijke Eyssen (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE)
Project coordinator:	Marijke Eyssen (KCE)
Reviewers:	Raf Mertens (KCE), Maria- Isabel Farfan-Portet (KCE), Stephan Devriese (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Externe experts:	Claus Haugaard Jacobsen (Psylogiekliniken 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 Cauters (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 Deguerri (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), Stéphane 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), Anja Schillebeeks (Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte en Experimentele Psychotherapie en Counseling), Christiaan Schotte (Vrije Universiteit Brussel), Roland Sinnaeve (Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen), Rik Thys (Socialistische Mutualiteit - Mutualités Socialistes), Xavier Van Cauter (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Nady Van Broeck (Katholieke Universiteit Leuven), Lieve Van Den Bossche (SOM Federatie van Sociale Ondernemingen), Maarten Van Den Bossche (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie), 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)

Externe validatoren:

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)

Christelijke Mutualiteit voor haar gegevens

Grafiek:

Julien Ligot (Fedopress)

Andere gemelde belangen:

Alle experts en stakeholders die voor dit rapport geraadpleegd werden, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het domein van de geestelijke gezondheidszorg. Om deze reden is het mogelijk dat ieder van hen een, tot op zekere hoogte onvermijdelijk, belangenconflict heeft.

Layout:

Filip Coppens (Smals), Joyce Grijseels (KCE)

Disclaimer:

- De stakeholders werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.



Publicatiedatum: 14 april 2016
Domein: Health Services Research (HSR)
MeSH: Psychology, Clinical; Psychology, Educational; Organization and Administration; Delivery of Health Care; Healthcare Financing; Belgium
NLM classificatie: WM105
Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2016/10.273/31
ISSN: 2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens, W, Van Cauter X, Eyssen M. Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 265As. D/2016/10.273/31.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

