



Slotdebat (transcriptie)

Nationaal colloquium van 4 maart 2016

PANELLEDEN:

- Koen Lowet, gedelegeerd bestuurder van de Belgische Federatie voor Psychologen (BFP).
- Francis Martens, voorzitter van de Association de Psychologues Practiciens d'Orientation Psychoanalytique (APPpsy).
- Geert Van Isterdael, patiëntvertegenwoordiger bij de Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheidszorg Opgang en penningmeester bij Uilenspiegel.
- Ariane Bazane, professor klinische psychologie aan de ULB.
- Adélaïde Blavier, professor deontologie aan de faculteit psychologie van de Ulg.



MODERATRICE: Geert, ik ga beginnen met een vraagje aan jou. Wat zou nu het belangrijkste werkpunt van onze politici moeten zijn?

GEERT VAN ISTERDAEL: Ik ben penningmeester van Uilenspiegel. Ik zeg het graag in cijfers. Een derde van de mensen wordt geconfronteerd met psychische aandoeningen. Slechts 6% van het budget van Volksgezondheid gaat naar de geestelijke gezondheid. Wij worden stiefmoederlijk behandeld, ook als we dat vergelijken met onze omringende landen.

MODERATRICE: Ja. Dus een terugbetaling bijvoorbeeld zou een goed werkpunt zijn? Wat denk je dat nog belangrijk is?

GEERT VAN ISTERDAEL: Een terugbetaling zou enorm vooruithelpen om de toegankelijkheid van onze patiënten te verhogen. In het huidige systeem worden wij eigenlijk geconfronteerd met drie opties. De pest, de cholera of schizofrenie. De pest, het is enorm duur om psychologen te betalen in het huidige systeem. Dat is voor arme mensen, depressieve mensen zijn vaak arme mensen, niet mogelijk. De tweede optie is het CGG, daar worden wij geconfronteerd met zeer lange wachtlijsten, dus een tweede punt is het wegwerken van de wachtlijsten binnen de CGG's. En de schizofrenie-toestand is: zeer goedkope oplossingen op korte termijn zijn vaak kwakzalverij, waarbij niet-erkende psychologen nog altijd hun gang mogen gaan. Je koopt gewoon het plaatje, je hangt het voor je deur en het mag allemaal om uzelf psychotherapeut te noemen.



MODERATRICE: Ja. Daar komen we straks nog op terug. Francis, wat zijn de belangrijkste actiepunten van de psychologen zelf of van de Psychologencommissie? Want ja, het is één zaak om de politici taken te geven, maar de psychologen zelf moeten toch ook wel iets doen, denk ik.

FRANCIS MARTENS: Ziezo, ik ben blij hier te zijn en ik ben blij om aan de voet van deze boom te staan. Maar ik heb ook een beetje het gevoel in een donker bos te zijn. Kent u Hans en Grietje? Die kleine kinderen die verloren liepen, of die psychologen die verloren lopen in een bos van contradictoire informatie, en die uiteindelijk een prachtig huis vinden met peperkoeken dakpannen, ramen van gerstesuiker en vooral een heel lieve dame die hen verwelkomt. Ze zegt hen: kom binnen, ik heb plaats voor jou. Dat is wat we zonet hebben gehoord: ik heb een plaats voor jou. Kent u het verhaal van Hans en Grietje? Anders moet u het vanavond thuis eens lezen. Ik ben dus een beetje ongerust over de plaats die mij wordt toegekend. Ik heb geen enkele persoonlijke ongerustheid, maar wel voor mijn collega's, omdat mijn vereniging, net als andere, zo lang gestreden heeft, niet enkel voor een erkende plaats voor psychologen, dat is het strikte minimum, maar vooral voor een plaats die overeenstemt met hun eigenheid.

Ik denk dat Mijnheer Borsus daarnet zeer terecht Socrates heeft aangebracht: mensen laten ontdekken wat ze zelf zijn, op verschillende manieren, enz. En niet enkel focussen op hun symptomen, hun disfunctioneren. Ik heb het verhaal gehoord van een prachtig gebouw dat voor ons werd gebouwd. Ik moest denken aan die Egyptische architect die, om verschillende redenen, een piramide moest bouwen die op haar punt stond. Die piramide was dus prachtig van architectuur, heel coherent, iedereen bewonderde haar. Maar in ons geval, wat is onze echte identiteit, de echte eigenheid van de psycholoog in de wereld, niet van de geneeskunde, maar van de gezondheidszorg? Er zijn twee takken: de geneeskunde enerzijds en de geestelijk gezondheidszorg anderzijds. Dat laatste een totaal ander domein, met heel specifieke evaluatieprocedures en opleidingen.

Daar wordt allemaal geen rekening mee gehouden. En wat ik gehoord heb, verontrust mij ten zeerste, want er wordt ons verteld dat we het heel goed zullen hebben. We zullen zelfs, in beperkte mate, want je moet ook niet overdrijven, terugbetalingen van het RIZIV ontvangen. Maar we zijn helemaal opgenomen in een medisch schema waar onze eigenheid niet tot haar recht komt. Want zelfs psychologen die in dienstverband in organisaties werken, op het werk en elders, hebben een zeer specifieke identiteit, meer gericht op de mens dan op de symptomen. Dat geldt zelfs voor de grootste believers van evidence-based... Ik las iets minder dan twee jaar geleden een artikel van de British Medical Journal waarin stond: opgelet, wie of wat heeft de evidence-based aanpak uit het oog verloren? Het is de patiënt. En de patiënt is net de persoon die de psycholoog interesseert.

MODERATRICE: D'accord. Bedankt. Merci. Zoals minister De Block het al zei en zij gaan akkoord: er is nog werk aan de winkel.

FRANCIS MARTENS: Dat kan je wel zeggen.



MODERATRICE: Voilà. Koen, Geert haalde het daarnet al aan, hè. Is het niet belangrijk dat titelmisbruik actiever opgespoord wordt en ook wel sterker aangepakt wordt? Want ik denk dat patiënten soms niet weten dat er überhaupt zoiets bestaat als een erkend psycholoog. Denk je dat dat belangrijk is dat dat aangepakt wordt?

KOEN LOWET: Ja, ik denk het belang van de titelerkenning in het feit ligt dat minister De Block net heeft gezegd: de erkenning van het beroep binnen de gezondheidszorg. Want de titelbescherming bestaat eigenlijk al sinds een jaar of twintig. Maar, het is zoals Geert zegt, het grote probleem is net de toegang tot die psycholoog te vinden. En toegang te vinden tot een psycholoog die goed is opgeleid, die erkend is, en van wie je weet dat als je daar als cliënt of patiënt naartoe gaat, dat je daardoor beschermd wordt. En daarin zit net het belang van de beweging die we vandaag gaan maken, naar de erkenning van het klinisch psychologische gezondheidszorgberoep, het belang is dat we binnenstappen in dat systeem van de gezondheidszorg. Waar mijn collega blijkbaar zeer bevreesd voor is en waar ik veel minder bevreesd voor ben. Ik denk dat wij als federatie al jaren aan het samenwerken zijn met al die diverse structuren en we merken dat er een zekere openheid is om naar die psychologen te luisteren. Het is zeker zo, denk ik, dat onze gezondheidszorg heel lang een heel sterke medisch koers heeft gevaren. En het is een beetje zoals Geert zei, het is bijna kiezen tussen de pest en de cholera voor mensen met een psychische klacht. En het feit is dat de psychologen daar nu kunnen instappen als een autonoom beroep. Wij kunnen profiteren van al de voordelen die het systeem brengt. De terugbetaling, de waardering, de multidisciplinariteit, het afbouwen van ziekenhuisbedden, en het gaan naar transmurale zorg, maakt dat wij veel bereikbaarder gaan kunnen worden voor onze cliënten, onze patiënten die het zo hard nodig hebben. En d een titelbescherming die we jarenlang hebben gehad, die verdwijnt dan eigenlijk. Je gaat dan over naar een beroepsbescherming waarin de patiënten, de cliënten eigenlijk een soort van snelweg kunnen vinden naar een psycholoog toe. En daarin ligt net het belang denk ik. Het is één zaak om een bordje aan je deur te kunnen hangen 'ik ben een erkend psycholoog nummer zoveel', het is een heel andere zaak als patiënten rechtstreeks naar je toe kunnen stappen omdat ze weten 'daar zit mijn psycholoog, daar word ik voor terugbetaald'. Net als je nu naar je huisarts toestapt. Dat is denk ik het belang.

ILSE DE VIS: Oké, dat is duidelijk. Zeg, zullen psychologen zonder klinisch diploma ook erkend kunnen worden als klinisch psycholoog en wat zouden daar zo de goede criteria voor kunnen zijn?

KOEN LOWET: Wel, je weet, ik behoor tot de Belgische Federatie van Psychologen, dat is eigenlijk de grootste psychologenvereniging in het land, die overkoepelt eigenlijk alle psychologenverenigingen uit diverse sectoren. Psychologen zijn eigenlijk actief in diverse geledingen van onze samenleving, de klinische psycholoog heeft nu heel wat aandacht omdat die in de gezondheidszorg een erkend beroep wordt. Maar, er zijn ook psychologen actief binnen onderwijs, binnen bedrijven, en eigenlijk totdat deze wet in voege is getreden, was het voor de psychologen niet duidelijk: wat moet ik nu eigenlijk doen om in de gezondheidszorg te kunnen gaan werken. We hebben eigenlijk heel veel collega's die over de jaren heen een arbeidspsychologie hebben gestudeerd en dan na verloop van tijd toch in de



gezondheidszorg zijn terechtgekomen via opleidingen, via een traject. En voor ons al BFP was het zeer belangrijk dat die mensen ook de mogelijkheid moeten kunnen krijgen om erkend te worden als klinisch psycholoog. En daarover kan je in de wet een overgangsmaatregel terugvinden die stelt dat iedereen die beschikt over een licentiaat of een masterdiploma in de psychologie en over drie jaar relevante beroepservaring beschikt in de praktijk, dat die ook aanspraak kan maken op een erkenning.

MODERATRICE: Oké, goed. Adélaïde, zouden IQ-tests en persoonlijkheidstesten voor rekrutering, professionele oriëntatie en outplacement niet verplicht uitgevoerd moeten worden door psychologen?

ADÉLAÏDE BLAVIER: Ok, akkoord. Dus, het gaat over de IQ-test die niet zou worden afgenomen door psychologen. Is dat de vraag? Ja, ik denk inderdaad dat dat valt onder de arbeidspsychologie... Want ik denk dat de meerderheid van de mensen in de zaal vooral klinische psychologen zijn en dat arbeidspsychologen vaak vergeten worden in de regelgeving. En inderdaad, arbeidspsychologen worden geconfronteerd met vrij complexe situaties. Ze werken met arbeidssociologen, mensen die personeelsbeheer doen. En dus worden ze als arbeidspsycholoog soms ingezet voor rekrutering, selectie met mensen die helemaal geen psycholoog zijn, maar toch hetzelfde werk doen. Ik denk inderdaad dat arbeidspsychologen over een eigenheid, een competentie beschikken, die ze moeten claimen. En dat onder andere IQ-tests voor psychologen zijn en niet kunnen uitgevoerd worden door andere personen.

MODERATRICE: Ariane, hoe zie jij de zaken? – Ariane?

ARIANE BAZAN: Ik ben het in grote lijnen eens met mijn collega. Als u het toelaat, zou ik wel graag reageren op enkele punten. Want we hebben misschien goede redenen om blij te zijn, maar ook om bang te zijn voor de komende ontwikkelingen. Er wordt immers een belofte gedaan dat het domein van de psychologie zal erkend worden als een autonoom domein, als een autonome discipline. Dat is toch een grote erkenning. Maar ik ben akkoord met mijn collega dat die erkenning lijkt geënt te zijn op een medisch model. Ik denk dat de uitdaging er voor ons in ligt om te tonen waarin we verschillen, wat de eigenheid is van het domein van de psychologie, zelfs van de klinische psychologie, tegenover het medisch domein. Want daar komen onze angsten voor een deel vandaan. Het komt een beetje neer op die vraag van evidence-based, maar vooral op evidence-based als model voor protocollering. Ik denk dat een medische opleiding, of een opleiding exacte wetenschappen, als ethiek een beheersethiek heeft. Namelijk, we analyseren een situatie en we gaan een oplossing zoeken die aangepast is aan de situatie. En deze situatie verloopt in verschillende fases die we proberen te volgen. In de klinische psychologie daarentegen, denk ik dat de ethiek vaker te maken heeft met een ethiek die onze houding tegenover een machteloze situatie bepaalt. We staan tegenover een situatie van decompensatie, waar we geconfronteerd worden met onverwachte situaties, wat een gevoel van machteloosheid creëert. We gaan de decompensatie en de emotionaliteit niet kunnen tegenhouden. Of dat nu wanhoop, angst of woede is.



De protocollen en de behandelingen in verschillende stappen werken enkel wanneer een patiënt daarvoor openstaat. Echter, de specificiteit van ons beroep is dat de patiënt niet altijd positief staat ten opzichte van een psychologische tussenkomst. En dus, de ethiek waar wij mee werken, is het omgaan met die staat van machteloosheid, waar we niet onmiddellijk kunnen helpen, maar die ons verplicht om ter plaatse te blijven met onze patiënt. We mogen niet ophouden met nadenken, maar moetende situatie volledig in ons opnemen, hier, nu, proberen nadenken en iets proberen terug te geven. Het is een andere ethiek, het is een ethiek die op elk moment beroep moet doen op onze creativiteit, ons denkvermogen en onze kalmte, zelfs in situaties van decompensatie bij de patiënt.

MODERATRICE: Ik kijk naar onze heren. Mooi gezegd, Ariane. Hoe zien jullie dat, Koen en Francis?

KOEN LOWET: Ja, heel mooi gezegd. En ik ben het daar helemaal mee eens. De mensen die mij een beetje kennen, weten dat ik een heel pragmatische man ben. Ik hoor al het applaus in de zaal en dat is zeer terecht. Iedereen is heel bezorgd om de identiteit en de autonomie van de psychologen, van de psychologie. Dat is terecht want het is een unieke discipline. Het is in niks te vergelijken met andere disciplines zoals geneeskunde of kinesitherapie... Het is een unieke discipline. Maar als het gaat over psychologie binnen de gezondheid, dan gaat het wel over gezondheidszorg. Wij werken binnen de gezondheidszorg, we willen mensen vooruithelpen, we willen mensen niet zozeer genezen. We praten nu rond protocollair en evidence-based werken, maar het gaat een beetje naast de kwestie, vind ik. Het gaat om Geert, om mensen zoals Geert, het gaat om cliënten die met een zorg, met een probleem tot bij ons komen en wij moeten die proberen vooruit te helpen. Dat maakt dat we pragmatisch moeten zijn en moeten gaan denken: hoe gaan we ervoor zorgen dat mensen in dit land gemakkelijker naar een psycholoog kunnen gaan. We hebben de cijfers allemaal gehoord, een op de drie, 6% budget, mensen wachten gemiddeld 10 jaar vooraleer ze hulp gaan zoeken, zelfs 5% gaat op consultatie bij een psycholoog. 5%. Dat betekent dat de psychologie op dit moment in de gezondheidszorg een gemarginaliseerde positie heeft. Nu is de vraag strategisch: hoe ga je dat bereiken? Hoe ga je dat verbeteren dat mensen sneller naar een psycholoog kunnen toestappen zonder dat die psycholoog zijn autonomie of zijn eigenheid moet gaan opgeven. Ik denk vandaag de dag, dat wij door pragmatisch te zijn, daar heel wat in bereikt hebben. We hebben onze Psychologencommissie, ons eigen orde, onze eigen deontologie. We hebben een autonome positie binnen de gezondheidszorg, we hebben een autonome rol gekregen binnen het KB 78 wat een openheid geeft binnen alle andere structuren die we geven. Ik begrijp de angst. Gaan we nu platgewalst worden door al die medische structuren, enzovoort. Het enige antwoord dat we daarop kunnen geven is door als groep, hier samen, meer dan 1000 mensen zijn hier verzameld, door als groep te reageren en die autonomie samen te gaan bewaken. Dat ga je niet doen door in allerlei splintergroeperingen uiteen te vallen, die volgens die stroming en die volgens die stroming. Maar door als psycholoog rond de discipline van de psychologie te verzamelen en samen te gaan opstaan om die multidisciplinariteit te kunnen waarborgen. Elk met respect voor elkaars discipline. En dat is eigenlijk het belangrijkste antwoord dat we kunnen bieden op die bezorgdheid van gaan we onze eigenheid kunnen bewaken. Ja, die gaan we kunnen bewaren. Andere disciplines



zijn zeer geïnteresseerd in wat de psychologie te bieden heeft. Maar dan gaan we dat wel samen moeten doen, dan gaan we ons samen moeten organiseren in beroepsverenigingen die sterk zijn en die de nodige middelen hebben om dat te kunnen gaan doen en het op te nemen voor de belangen van die psychologie. En niet door aan de zijlijn te gaan schreeuwen, allerlei pamfletten te gaan verdelen, van die is de vijand en dat is een gevaar en dat is een dreigement. Nee, we hebben een positieve boodschap te brengen. Als je gaat kijken naar het verhaal dat Telmo vandaag gebracht heeft over wat de psychologie in Portugal vandaag bereikt heeft, als je gaat kijken naar Nederland, naar Engeland, hebben we enorme stappen vooruit gezet. En dat hebben de psychologen gedaan door zich samen te zetten, samen als blok naar het beleid, naar andere actoren toe te stappen. En dat is het antwoord op die bezorgdheid.

MODERATRICE: Ja, en vandaag is ook al een hele mooie stap. Niet waar, Adélaïde?

ADÉLAÏDE BLAVIER: Ziezo, ik wou misschien reageren op wat Koen daarover zei, ik treed hem volledig bij. Ik denk dat we hier vandaag met meer dan 1.000 aanwezig zijn. Edward heeft ons de curve getoond om aan meer dan 10.000 psychologen te komen die erkend zijn door de Belgische Psychologencommissie. En ik denk dat we ook aandacht moeten besteden aan de oprichting van onderliggende entiteiten. De klinische psychologie en de psychotherapie dreigen ons beroep nog meer te verdelen. En daarin schuilt volgens mij dus ook een valkuil.

MODERATRICE: Ja, helemaal waar. Ik kijk even naar jou. Hoe zie jij dat?

FRANCIS MARTENS: Mijn visie is een beetje verdeeld. Ik ben natuurlijk verheugd over de autonomie die men aan de psychologen wil geven, maar het is een beetje een autonomie in een domein dat ze niet kennen. We hebben gesproken over evidence-based. Ik ga jullie een voorbeeld geven om de zaken goed te begrijpen. Ik denk dat evidence-based in de geneeskunde absoluut fundamenteel is en ook wat men de goede praktijken noemt, uiteraard. Maar, laat ons een geval nemen dat wij allemaal al hebben meegemaakt, in ons beroep, in onze families of bij onze naasten, een statistisch banaal, maar zeer ernstig geval, namelijk mentale anorexia, dat kan leiden tot de dood. Het is duidelijk dat we over het algemeen samenwerken: psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en natuurlijk de huisarts en het ziekenhuis, omdat aan het einde van de tunnel voor anorexiapatiënten de dood kan wachten. Het is duidelijk dat voor de dokter die de anorexiapatiënte met een bepaalde leeftijd, lengte en gewicht volgt, op een bepaald moment volgens de evidence-based aanpak zal zeggen: nu is het sondevoeding, nu naar het ziekenhuis, anders is ze dood.

Wij begeleiden haar op een andere manier, als psychotherapeut bijvoorbeeld. En dan gaat het niet om standaarden voor goede praktijken en standaardprocedures (die zijn overigens absoluut noodzakelijk), want voor ons zal de anorexiapatiënte tegen haar wil haar symptomen hebben uitgevonden, om niet te sterven, of om niet te creperen. Mentale anorexie is immers het symptoom van het minste kwaad, maar net dat brengt haar in gevaar,. Wij gaan deze persoon die dit uitgevonden, en die er bij gebrek aan beter misschien aan overlijdt, begeleiden. Maar er bestaat hiervoor geen goede procedure, want het is



telkens volledig individueel en we weten niet waar we naartoe gaan. Natuurlijk, als we dan het evidence-based protocol van het RIZIV toepassen op de psychotherapeuten - dertien sessies en daarna is het misbruik - dan zijn we natuurlijk verloren.

Dus net als Koen ben ik blij, maar ik ben iets pessimistischer dan jij. Want, afhangen van de huidige Provinciale Medische Commissies is uiterst gevaarlijk. Hun manier van werken is gevaarlijker dan ooit, want de broeksriem wordt aangehaald door socio-economische omstandigheden. En ik denk dat we hier te maken hebben met misbruik van psychologen in een zwakke positie. Niet zij die al een kleine status hebben opgebouwd, maar wel de nieuwkomers aan de start van hun carrière, die tot alles bereid zijn om hun job te houden. Hoe zullen zij durven ongehoorzaam zijn aan de dokter, aan de afdelingsverantwoordelijke? Daar maak ik mij ernstige zorgen over.

Hoeveel hoger opgeleiden met doctoraatstitel en al, werken als opvoeder, bij gebrek aan beter? Wat ik zou willen, is dat de politiek rond geestelijke gezondheid, in de specifieke zin van de geestelijke gezondheid, het kader voor ziekenhuispsychologen – zowel in psychiatrie als in algemene ziekenhuizen – uitbreidt. Dat ze het kader voor psychologen in geestelijke gezondheid nog meer uitbreiden en dat we daar collega's zouden hebben met een gegarandeerd loon, maar ook een gegarandeerde autonomie. Het is immers zeer goed om te werken met collega-artsen, dat loopt zeer goed in ziekenhuizen, maar ziekenhuizen zijn zeer hiërarchisch. Zolang er geen autonome afdeling psychologie is in het ziekenhuis, die geen deel uitmaakt van de afdeling geneeskunde, noch van de administratieve diensten van het ziekenhuis, zullen we zeer kwetsbaar zijn en zullen de jongeren tot alles bereid zijn om hun job niet te verliezen. En dus dreigt onze hele eigenheid verloren te gaan en worden we de hulpjes van de psychiaters, zoals het al zo vaak het geval is.

ARIANE BAZAN: Ik zou graag nog even reageren op uw antwoord, Mijnheer Lowet. Ik ben zelf zeer gelukkig dat we vandaag zo talrijk zijn, voor een keer. Er wordt hier toch enorm veel vooruitgang geboekt, al was het maar het feit dat we hier samen zijn. Tegelijkertijd is het misschien ook het moment om na te denken over de realiteit op het terrein. Namelijk de klinische realiteit: hoe staat het met onze geestelijke gezondheid? Ik kan me vergissen, maar ik denk dat wij naast de redenen om ons te verheugen, ook redenen hebben om ongerust te zijn. Er zijn namelijk grote pijnpunten, zoals de exponentiële toename van psychotrope medicatie, of de verontrustende evolutie in psychiatrische centra om terug te grijpen naar isolatie en fixatie. Om een idee te geven, hebben we de gelegenheid gehad om het dossier te bestuderen van een groot centrum voor geestelijke gezondheidszorg en mentale stoornissen in Vlaanderen. Kinderen onder de 16 jaar worden er gemiddeld 20 keer per jaar opgesloten. En voor zes van die gevallen, gedurende meer dan 24 uur in eenzame opsluiting.

Er zijn toch veel zelfmoorden, er is een soort veralgemening van problemen op alle terreinen, ook op werkvlak, met burn-out enz. We hebben ook reden om bezorgd te zijn... Wat bijvoorbeeld met de paradox van een evolutie van psychologische opleidingen en klinische psychologie die sinds twintig jaar meer en meer op een exacte wetenschap is gaan lijken, maar op het terrein is er een crisis van de geestelijke gezondheid? Maar dus, u heeft mij ingeleid, en ik ben daar blij om, als Doctor in de Biologie én Doctor in de Psychologie. We zijn het erover eens dat er iets anders speelt in de klinische ontmoeting dan een beheersing van bepaalde exacte kennis. Het is ook mogelijk om in een relatie te stappen en



er te blijven. Ik denk dat een uitdaging voor de toekomst van de psychologie en de klinische psychologie is om erin te slagen om deze twee verschillende epistemologieën samen te brengen. En ik ben blij dat Mijnheer Lowet zich onmiddellijk hierin herkent. Een epistemologie van beheersing van exacte wetenschappen, maar eveneens een epistemologie van omgaan met een staat van onmacht, van reflectie, van in relatie treden, een epistemologie van een klinische traditie die veel meer neigt naar de humane wetenschappen. En de twee mogen elkaar niet uitsluiten, maar moeten elk, op een evenwichtige manier, hun plaats vinden in onze opleidingen aan de universiteit en in de vormingen daarna, want ze zijn elk evenveel waard.

MODERATRICE: Oké, dank je wel. Wil jij nog iets toevoegen, Koen?

KOEN LOWET: Ja. Wel... Ik vind het zelf heel erg vreemd dat we het voortdurend hebben over dat wetenschappelijk kader en evidence-based en de verschillende benaderingen. Ik denk dat niemand hier in dit publiek daarvan overtuigd moet worden. We zijn allemaal psychologen, we hebben allemaal onze universitaire opleiding gevolgd. In die universitaire opleiding hebben we twee wetenschappelijke benaderingen gekregen. Want als we spreken over “evidence-based psychology”, dat is uiteraard iets anders dan “evidence-based medicine”. We hebben twee wetenschapsfilosofische benaderingen. We hebben een positief wetenschappelijke benadering, die heeft ons heel wat opgeleverd. We hebben ook een geesteswetenschappelijke benadering, die heeft de psychologie ook heel veel opgeleverd. Dat is net het unieke aan de psychologie. Ik denk dat iedereen daar in die zaal het erover eens is, daar moeten we niemand van overtuigen in deze zaal. De vraag is, hoe krijgen we de anderen buiten deze zaal daarvan overtuigd? Want vergis u niet, het eerste voorstel dat wij kregen van het RIZIV, rond een protocollaire behandeling van het chronisch vermoeidheidsniveau, was effectief een protocollaire behandeling. Twaalf sessies mag je doen, en voor de rest mag je daarbuiten niks doen. Heeft uw patiënt toevallig een echtgenoot die daar last van heeft, ja dat is jammer, die kan dan niet mee in dat protocol stappen. Het RIZIV denkt effectief zo. De vraag is, hoe hou je dat tegen? Wel, wat wij gedaan binnen Vlaanderen, het was een Vlaamse conventie. De VVKB is de grootste deelvereniging van de Belgische federatie, meer dan 2000 leden. Wij hebben heel duidelijk aan onze leden gezegd: teken die conventie niet. En die conventie is niet getekend geweest, die 2000 mensen hebben dat niet getekend en ze is niet van start kunnen gaan. Zo hou je dat tegen enerzijds en zo creëer je gespreksruimte bij mensen van het RIZIV om hun uit te leggen hoe het dan wel zou moeten. Want als je daar niet mee rond de tafel zit, als je daar niet mee in overleg gaat, als je roept en tiert ‘dat zijn de grootste vijanden’ en je komt niet eens mee aan de tafel, dan heb je sowieso niks te zeggen. Dan krijg je zelfs de kans niet om uit te leggen hoe waardevol die twee benaderingen wel zijn. En dat is de strategie die we moeten volgen. Als één blok constructief rond die tafel gaan zitten en uitleggen wat maakt psychologie nu net zo anders dan die andere disciplines.

MODERATRICE: Zoals je daarnet aanhaalde, die krachten toch wederom bundelen.



KOEN LOWET: Ja, uiteraard. En je hoeft hier niemand in deze zaal te overtuigen van het punt 'wat is evidence-based psychology'. Iedereen hier in de zaal weet dat en iedereen in de zaal hier weet dat enkel protocollair simplistisch werken geen enkele zin heeft bij om het even welke patiënt.

ARIANE BAZAN: Het wordt wel toegepast soms, hè. In concrete situaties.

KOEN LOWET: Ja, maar protocollen... Als we nu even over protocollen doorgaan... Protocollen hebben een waarde in die zin dat ze een bepaalde techniek hebben aangebracht en dat die door onderzoek zijn bewezen. Evidence-based psychology, als we kijken naar de definitie van onze grote broers in Amerika, de American Psychology Association, dat is het toepassen van de best beschikbare wetenschappelijke kennis op dat moment. En daar kan een protocol bijhoren, afgestemd op de karakteristieken van de cliënt en zijn omgeving die voor u zit, aangevuld met je eigen ervaring als clinicus. Dat is evidence-based psychology, dat is waar wij als beroepsfederatie alleszins voor staan en dat is ook de boodschap die wij bepleiten, dat is net de specificiteit van psychologie en dat maakt het anders dan bijvoorbeeld een evidence-based medicine waarin je heel gemakkelijk ECT's kan doen en de pilletjes kan variëren, zo werkt het bij ons niet.

MODERATRICE: Nee, dat is zeker waar. Ja, Geert.

GEERT VAN ISTERDAEL: Ook wij als cliënt spreken al jaren niet meer over genezen, wij spreken over een herstelvisie, herstellen. Wij hebben schrik van de overmedicalisering van ons ziektepatroon. Wij spreken ook al jaren van een zorg op maat die totaal tegengesteld is aan protocollen die ook in Nederland zijn uitgewerkt. Dus op dat vlak voeren wij echt wel een gelijke strijd met heel wat mensen in de zaal hier.

MODERATRICE: Oké. Heel erg fijn. We hebben een beetje tijd te kort, dus ik ga nog één laatste vraag stellen. Geert, ik ga die aan jou richten. Het beroepsgeheim, wij zijn daar heel vaak over bezig. Maar is dat ook een bezorgdheid van patiënten?

GEERT VAN ISTERDAEL: Goh... De vraag overvalt mij wel een beetje. Ik denk dat het beroepsgeheim moet behouden blijven, maar dat er veel meer mogelijkheden zijn om aan de patiënt te vragen of dat beroepsgeheim mag overtreden worden en of mensen mogen ingelicht worden. Maar ik zou het wel behouden en het moet een ruimere marge en een ruimere invulling krijgen.

MODERATRICE: Ja, dat is heel mooi gezegd. Inderdaad. Oké. Ik wil jullie heel graag bedanken. Maar het zit er nog niet op. Ik nodig heel graag onze directeur Edward Van Rossen uit op het podium. Want jullie hebben ook vragen kunnen stellen en ik ben zeer benieuwd wat daar is uitgekomen. Welke vragen hebben we nog voor onze panelleden?



EDWARD VAN ROSSEN: Men heeft mij wel gezegd dat er niet veel tijd meer rest en ik veronderstel dat iedereen dorst begint te krijgen en naar de receptie wil overgaan. Ik heb een aantal vragen met onze voorzitter overlopen en we zijn daar nu uit welke vragen we gaan insteken, omdat ze terugkomen een aantal keer.

De eerste vraag is de volgende: de vier stromingen van de psychotherapie die vermeld worden in de Wet van 2014, worden die behouden in het revisieproject van Minister De Block? Het is misschien een vraag voor meneer Martens of Lowet. Mijnheer Martens?

FRANCIS MARTENS: Ik zou dat graag willen, omdat wie over gezondheid spreekt, het heeft over pluraliteit, een plaats voor onder andere de andere disciplines. Voor wat betreft mijn vereniging, ging Mevrouw De Block in het donkerste duister te werk. Tot onze verbazing heeft ze niets gedeeld, ze heeft echt met mensen gepraat waarvan ze a priori dacht dat zij met haar akkoord zouden gaan, denk ik, want er is toch een paradox. We zijn een organisatie die reeds dertig jaar bestaat, we zijn de enige erkende organisatie in België met exclusief klinische psychologen en psychotherapeuten. In andere organisaties, zoals de BFP, zijn er ook veel anderen. Maar wij zijn de enige specifieke. Wel, zij die uitsluitend een wetgevend kader wou creëren voor de klinische psychologie en de psychotherapie heeft ons niet alleen niet ontvangen of gehoord, ze heeft geweigerd om dat te doen. Dus ze heeft toch weggelaten wat haar niet bevalt. En dat verontrust mij ten zeerste. De geneeskunde die ons leven redt, is een state-of-the-art technologische geneeskunde. Het is een geneeskunde die werkt volgens A of nul, ze is digitaal. Voor ons, we hebben het hier allemaal gezegd, werkt het anders. Maar het systeem waarbinnen zij werkt lijkt mij een extreem gesloten en afgeschermd systeem. En we zijn simpelweg niet op de hoogte gebracht, we weten niet met welke saus we gegeten zullen worden. En dat verontrust mij ten zeerste.

KOEN LOWET: Ik wil misschien de vraag nog even aanvullen. Zoals mevrouw De Block gezegd heeft, er zijn nog geen teksten publiek, dus heel concreet weten we het niet of ze de vier stromingen gaat weerhouden. De vraag die we ons een beetje moeten stellen, en dat is een vraag waarover onze Vlaamse vereniging zich gaat buigen is hoe relevant is het nog om het onderscheid te maken tussen die vier stromingen? Want als je gaat kijken naar het wetenschappelijk onderzoek, wat erover bezig is, dan zie je dat we veel meer aan het gaan zijn naar integratieve modellen, naar de common factors. We zijn aan het zoeken naar: waarom werkt een bepaalde psychotherapie voor die en die patiënt. En dan merk je eigenlijk dat het onderscheid tussen die vier stromingen stilaan aan het vervagen is. We gaan veel meer naar een integratieve benadering van psychotherapie. Maar of ze effectief gaan overeind blijven in de wetsaanpassingen, dat weten we niet.

MODERATRICE: Ja, dat zal nog een beetje afwachten worden. Zijn er nog vragen?

GEERT VAN ISTERDAEL: Ja, nog een andere vraag die misschien niet zo lang moet duren. Ik kijk naar de tijd, we hebben precies nog wat tijd gevonden. Hoe wordt onze beroepsgroep beschermd tegen de wildgroei aan coaches die duidelijk op het terrein van de psychologen komen, maar dan wel met veel meer vrijheid, omdat ze geen tuchtregels moeten volgen bijvoorbeeld, en minder verantwoordelijkheden naar kwaliteit, zorgcontinuïteit, etc.



KOEN LOWET: Dat is waar ik daarnet over sprak. Daar zit het belang in van de beweging die we nu aan het maken zijn samen met het kabinet De Block. Doordat je de psycholoog integreert in de gezondheidsstructuren, doordat je de weg opent naar terugbetaling, naar bereikbaarheid, naar toegankelijkheid, gaat die markt van coaches en charlatanisme gaan verschrompelen. Het is een beetje zoals Geert zegt, het is als kiezen tussen de pest en de cholera. De cholera is dan eigenlijk dat die charlatan nog goedkoper is dan een eigenlijke psycholoog, en dan ga je daar maar, want daar kan je tenminste nog terecht. Bijvoorbeeld wat we in Engeland hebben zien gebeuren... In Engeland had men eigenlijk hetzelfde probleem als wij vandaag in België. Heel veel charlatanisme in de psychotherapie. Wat heeft men daar gedaan? Men heeft niks gedaan met die psychotherapie, hoor. Die psychotherapie is vandaag in Engeland nog altijd ongeregeld. Men heeft de psycholoog geregeld, men heeft snelwegen gemaakt naar die psycholoog, men heeft die vlot bereikbaar gemaakt, toegankelijk, betaalbaar, wat je maar wilt. En eigenlijk wat zie je dan, heel die bevolking vindt heel vlot zijn weg naar de psycholoog. En de markt voor dat charlatanisme, dat verschrompelt, dat verdwijnt. Dus de beste bescherming voor onze beroepsgroep tegen die praktijken van coaches en wat weet ik nog allemaal, dat is net ervoor te zorgen dat we geïntegreerd zijn in de gezondheidszorgstructuren, dat we nauw samenwerken met huisartsen en andere actoren op de eerstelijnszorg en dat we rechtstreeks toegankelijk blijven.

MODERATRICE: Ja, dat de weg naar jullie heel erg duidelijk is. Ja.

FRANCIS MARTENS: Ja? – Dat is een redelijk goeie vraag, de vraag natuurlijk over de charlatans, de echte charlatans en de veronderstelde charlatans. Er is ook de vraag over de eigenaardige diversiteit die zich steeds meer verspreidt in onze samenleving. Tenslotte is wàt geneest niet steeds evident. De meest gevaarlijke charlatans onder de dokters en onder onze dichtste collega's kennen we misschien allemaal wel, maar er zijn ook de zogenoemde gediplomeerde charlatans natuurlijk, die indruk maken omdat ze hun diploma opgehangen hebben in hun praktijk... Misschien is de vraag niet voldoende – of helemaal niet – gesteld onder ons. We hebben gezegd: ziezo, we zullen autonoom zijn, we zullen toegang hebben tot dit en dat, maar met welke opleiding uiteindelijk? Ik denk dat wat we hier moeten verwijzen naar de woorden van mijn collega Xavier Renders, die hoogleraar psychologie is aan de UCL en huidig rector. Het diploma van psycholoog is inderdaad een diploma. Dat geeft een kwalificatie van intellectuele openheid tegenover vele zaken. En die geeft, zoals het diploma van jurist, toegang tot bepaalde beroepen en in elk beroep is nog een specifieke opleiding vereist. Met een enkel diploma kunnen garanties geboden worden. Dat moeten we blijven herhalen. Maar dit zou echt een onderwerp kunnen zijn voor een volledige en een andere dag. Dus ik zal hier stoppen.

MODERATRICE: Ja, ik zie Koen knikken.



KOEN LOWET: Ik kan mijn collega volledig bijtreden. Hij zal dan ook heel blij zijn om te vernemen dat EFPA, in navolging van de gezondheidsraad en in analogie met wat onze collega uit Portugal Telmo Mourinho Baptista heeft toegelicht, naast het diploma, continue vorming en ook nog een extra jaar gesuperviseerde praktijk voorzien. Want dat is eigenlijk een stukje denk ik wat een echte clinicus vormt in de praktijk: het diploma biedt je wel een goede solide wetenschappelijke basis, maar een clinicus wordt gevormd door de ervaring en de praktijk, de professionele stage die nu maar 6 of 9 maanden duurt op de universiteit. En daarom dat we er zo hard voor gevochten hebben om een jaar gesuperviseerde praktijk te kunnen toevoegen aan de basisopleiding. En dat is eigenlijk echt een reële meerwaarde voor de verdere professionalisering van ons beroep en voor de kwaliteit voor de cliënt.

MODERATRICE: Ja, klopt helemaal. Zijn er nog reacties of is er nog een laatste vraag?

GEERT VAN ISTERDAEL: Er was iemand die de vraag stelde: waarom moet de Wet van 2014 hervormd worden? Waarom beperkt die hervorming de toegang tot het beroep van psychotherapeut enkel tot de houders van een diploma in de gezondheidssector, dus dokters of psychiaters, psychologen of klinische orthopedagogen.

KOEN LOWET: Ja. Om dat in 30 seconden uit te leggen... Wat heel belangrijk is om te begrijpen is: het was zeer noodzakelijk dat de wet werd aangepast. Wij hebben dat ook van het begin af aan gezegd aan het einde van de vorige legislatuur toen de wet werd gestemd in het parlement, dit is een wet die niet af is. Dit is een wet die juridisch niet perfect is. En we hadden gehoopt dat de consensus die er was van rond de tafel zou overeind blijven in het werkveld, maar drie weken nadat de minister in functie is getreden, zijn de orthopedagogen al naar het Grondwettelijk Hof gestapt om die wet aan te vallen. En de juridische lacunes waren meteen blootgelegd. Dus, de minister heeft gewoon geen andere keuze dan die wet juridisch sluitend te maken zodat ze uitvoerbaar blijft. Het ergste wat ons kan overkomen, is dat op 1 september 2016 een wet in voege zou treden en die jarenlang zal aangevochten blijven door het Grondwettelijk Hof. Dat blokkeert de beoefening en de ontwikkeling van ons beroep totaal.

MODERATRICE: Ja, klopt. Hoe zien jullie dat?

FRANCIS MARTENS: Ja goed, die wet, ik herhaal het toch even, is het resultaat van vijftien jaar werk tussen alle betrokken partijen, tussen de verschillende regeringen. En uiteindelijk is ze gestemd met unanimité door het parlement. Behalve de NVA en het Vlaams Belang was iedereen akkoord. Het was een goed Belgisch compromis, zou ik zeggen. Er waren zeker zaken voor verbetering vatbaar, onze federatie heeft bijvoorbeeld steeds gevonden dat klinische psychologen en psychotherapeuten in het KB 78 moesten worden opgenomen, maar met een specifieke en autonome plaats, niet als een aanhangsel van dokters, zoals dit nu het geval is. Dus Mevrouw De Block heeft gezegd: die wet moet ik herstellen. Die term gebruikte ze. Maar ze heeft het niet hersteld. Ze heeft gedaan wat mijn zoon gedaan heeft toen hij vijf jaar oud was en hij zijn elektrische trein wou herstellen. Het was een spoorwegramp, dat kan u zich wel inbeelden. Dus die wet is vooral aangepast onder druk van in de eerste plaats een zeer klassieke medische lobby. Dat is natuurlijk het



recht van Mevrouw De Block en ik respecteer dat, ze maakt deel uit van een democratische partij (Open VLD). Dat is altijd al de hardste en meest radicale partij op het vlak van medische privileges geweest. Wat ze doet, is ons ongeveer vijftig jaar terug in de tijd brengen. Er zijn uiteraard zaken die wel goed zijn. Zoals de autonomie die ons wordt gegeven. Weliswaar een gecontroleerde autonomie, onder de welwillende en vaderlijke blik van de Provinciale Medische Commissies. Dus voor mij moest die wet niet op die manier aangepast worden. Ze moest verbeterd worden, maar die wet bestaat niet meer. In werkelijkheid is ze helemaal afgebroken.

MODERATRICE: OK. Mag ik jullie van harte bedanken, dames, heren.