

Klinische psychologie, psychotherapie, geestelijke gezondheid : bedenkingen met betrekking tot de wet van 2016

*Mededeling aan de Kamercommissie Gezondheid, Brussel, 16 mei 2018
APPPsy, Francis Martens*

De vereniging van psychologen met psycho-analytische praktijkoriëntatie (APPPsy) is opgericht in 1986. Zij is door de FOD-Middenstand erkend als nationale beroepsvereniging en actief lid van de Psychologencommissie (Psycom). Ze is op vandaag de enige Belgische vereniging die uitsluitend bestaat uit klinisch psychologen met psychotherapeutische opleiding. APPPsy heeft als missie de verdediging en de bevordering van de voorwaarden voor de vorming, de organisatie en de evaluatie van de klinische praktijken en specifiek de uitoefening van de psychotherapie binnen het domein van de gezondheid. We ijveren in het bijzonder voor een institutionele en persoonlijke post-universitaire vorming die garandeert dat de toekomstige praktijkbeoefenaar voldoende ervaring en emotionele maturiteit verwerft om in de relatie en in het woord vrouwen, mannen, adolescenten, kinderen met zware psychische problemen of gedragsstoornissen te begeleiden.

Sinds haar oprichting heeft APPPsy ervoor geijverd om de klinisch psychologische praktijk en de psychotherapie in te schrijven binnen het domein van de gezondheidsberoepen, rekening houdend met hun specifieke eigenheid – zoals deze ook blijkt uit de vergelijking *geestelijke gezondheid – sociale gezondheid* die door meerdere sociologische onderzoeken en door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukt wordt. Daarom ook hebben we een 15-tal jaar geleden voorgesteld om een Federale Raad voor Geestelijke Gezondheidsberoepen te installeren die samengesteld zou zijn uit de verschillende vertegenwoordigers van het werkelijke terrein (dus niet alleen psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en huisartsen, maar ook apothekers, opvoeders, pedagogen, leraren en natuurlijk ook maatschappelijk werkers.)

Evenzeer hebben we voorgesteld om een *Hoofdstuk III – « De Geestelijke Gezondheidszorgberoepen »* in te voegen – binnen het KB78 (nu de wet van 10 mei 2015) over de « uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen » - dit om ook rekening te houden met de specifieke vereisten in het zeer belangrijke domein van de preventie (denk bv. aan de verschillende somatische comorbiditeiten waarmee depressieve toestandsbeelden gepaard gaan) en waarvan de functioneringscriteria (organisatie, vorming en evaluatie) niet kunnen gemodelleerd worden naar het beeld van de – heterogene en complementaire – technieken van de orgaangeneeskunde.

De Wet Onkelinx-Muylle van 4 april 2014 (die de geestelijke gezondheidszorgberoepen regelde en die aanvaard werd door de meeste partijen – uitgezonderd Vlaams Belang en NvA) was begonnen in deze richting te werken. Echter, door het einde van de legislatuur was er geen tijd om de nodige uitvoeringsbesluiten uit te vaardigen. Na de verkiezingen heeft de huidige Minister van Volksgezondheid (Open VLD) de wet, die tot stand gekomen was na een lang overleg met het terrein, « ziek » (sic) verklaard en heeft er eenzijdig voor geopteerd de geest en de letter van de wet te ontmantelen. Daarmee negeerde ze de vijftien jaar durende raadpleging van alle belanghebbenden op het terrein wat geleid had tot de wet van 2014.

De Minister van Volksgezondheid heeft van het voormalige voorstel van APPPsy slechts de naam van de huidige *Federale Raad voor Geestelijke Gezondheidszorgberoepen* weerhouden. Dit orgaan laat zich niet leiden door enig beleid inzake Geestelijke Gezondheid: zelfs de ter mis niet gedefinieerd. De Raad bestaat in werkelijkheid slechts uit artsen, psychologen en orthopedagogen – een beroep dat zich wat op de zijlijn binnen de geestelijke gezondheidszorg situeert.

Hoewel de Raad verondersteld wordt om in eerste instantie na te denken over de uitoefening van de klinische psychologie en de psychotherapie, is er geen verplichte aanwezigheid van een psychiater of een psychotherapeut (alhoewel hun aanwezigheid ook niet verboden is). Om duistere reden is de werking van de Federale Raad onderworpen aan een confidentialiteit die grenst aan militaire geheimhouding. De keuze van de verenigingen die kandidaten konden presenteren was ook arbitrair. Dus hoewel het in eerste instantie gaat om de deliberatie rond klinische psychologie en psychotherapie, is APPPsy – waarvan de leden enkel klinische psychologen met psychotherapie-opleiding zijn, niet weerhouden omdat ze « *te gespecialiseerd* » (sic) is samengesteld. De vereniging van psychogeriatrische artsen is nochtans wel weerhouden..... Een dergelijke inconsistentie en willekeur toont geen enkele logica met betrekking tot de materie van de geestelijke gezondheid. In aanloop naar de nieuwe wet en niettegenstaande ons herhaaldelijk verzoek, weigerde de Minister expliciet om ons te onvangen. Voor de Gezondheidscommissie, heeft ze nochtans verklaard dat ze

contact had met ons. Bij monde van haar woordvoerder hebben we zelfs vernomen dat ze ons 2 keer ontvangen heeft (sic).

Consequent en gemaskeerd evolueert de Minister, zonder overleg of kennis van het vakgebied. Desalniettemin, in de afwezigheid van een specifiek project voor de geestelijke gezondheidszorg staat er een vervangende *logica, die zijn naam niet zegt*, klaar. Men heeft de indruk dat het er in eerste instantie om gaat, om het gezondheidsbeleid van de zware kost van de openbare dienstverlening te ontlasten. In een bepaald denkkader zijn een ziekenhuis, een gerechtsgebouw, een universiteit « bedrijven zoals de anderen ». Deze niet commerciële instituten – die « veel kosten » aan de overheid, moeten zich dus plooiën naar de beperkingen van een managementdenken dat gericht is op financiële optimalisaties in plaats van op de vervulling van hun eigen doelen.

In deze logica, die geërfd is van een stijl van ondernemen waarbij de verhoging van het dividend belangrijker is dan het welvaren van het bedrijf, gaat het erover om de belasting zoveel mogelijk te verlagen, daar waar de totale afschaffing niet mogelijk is. *Eenvoudige procedures voor het evalueren van kosten en baten* zijn daarom cruciaal – zelfs al gaat het over activiteiten die, van nature, niet of niet direct kwantificeerbaar zijn en andere evaluatiemethoden vereisen. In de orgaangeneeskunde is het zeker mogelijk om richtlijnen op te stellen die refereren naar goede en bewezen praktijken met betrekking tot gestandaardiseerde handelingen en tijdsverloop voor bv. het aanbrengen van een catheter. Maar naast het feit dat het angstige respect voor procedures en evaluaties kan leiden tot groot geweld tegen het lichaam van patiënten, hoe kunnen deze standaarden toegepast worden op de beste therapie die er bestaat voor depressie (een verstandige combinatie tussen farmacodynamica en psychotherapie), gegeven de op voorhand ongekende duurtijd van een doorgedreven psychotherapie en de impact van de depressieve toestand op het economisch en sociaal leven als geheel – gezien ook de mate van invaliditeit die dit met zich meebrengt en de potentieel onbegrensde somatische effecten die hieruit kunnen voortvloeien ?

Evenzo, hoe kan het therapeutisch pad van 20 schijnbaar vergelijkbare anorexia-patiënten gestandaardiseerd en gekwantificeerd worden, zonder te ontkennen dat er hier een relationeel lijden op de achtergrond speelt, dat in de anorexia *zijn minst schadelijke oplossing* vond ; het is individueel dat het moet worden gedeconstrueerd. Als men met verschillende kunstgrepen jaagt op het symptoom, zal men het in andere hoedanigheden terug zien verschijnen. Dit is niet het geval voor sommige fobieën waarbij een verlichting van de symptomen soms voldoende is voor zelfgenezing. In andere gevallen kunnen fobieën een ultiem bolwerk zijn tegen een psychotisch toestandsbeeld, wat iets geheel anders is. In elk geval is de enige bruikbaarheid van evidence-based geneeskunde op het gebied van anorexia nervosa het vaststellen van een bepaalde lengte-gewichtsverhouding, onder de welke dwangvoeding het enige alternatief is voor de uithongeringsdood. Maar we bevinden ons dan niet meer binnen het domein van de geestelijke gezondheid.

In haar persbericht van 5 februari 2016 gaf de minister van Volksgezondheid commentaar op haar 'reparatie' van de wet op de geestelijke gezondheidszorg van 2014. De Minister van Volksgezondheid verklaarde : « Met deze maatregel kunnen we de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor onze patiënten beter waarborgen. » Maar deze bewering dient genuanceerd te worden. Enerzijds houdt de wet in kwestie zich niet bezig met de geestelijke gezondheid (het thema wordt nooit gedefinieerd), maar met bepaalde technische handelingen van artsen, psychologen en orthopedagogen, evenals met de hiërarchie tov en ten voordele van de artsen. Deze laatsten hebben zonder vorming het recht om alle handelingen van de klinische psychologie uit te voeren, terwijl psychologen en orthopedagogen de psychotherapeutische acte kunnen uitoefenen na een eenvoudige technische stage aan de universiteit en als hulpjes van de artsen. Anderzijds is de taal van de Minister gecodeerd. Als ze « kwaliteit » zegt, dan moet men dat als « kwantiteit » begrijpen : de transformatie van de klinische relatie in procedures die zodanig vorm gegeven worden dat ze kwantitatief geëvalueerd en gecontroleerd kunnen worden (men spreekt van de gezamenlijke oprichting van een *Hogere Kwaliteitsraad* en een *Hogere Raad van Toezicht*).

Bij afwezigheid van een welomlijnde en duidelijke politiek m.b.t. geestelijke gezondheidszorg, blijft het "leitmotiv" van de Minister een "klopjacht" op "kwakzalvers" en op oneigenlijk gebruik, laat staan "misbruik" van psychotherapie door de patiënten. Wat volgens ons in de realiteit echter gebeurt tengevolge van de door haar gevolgde politiek is een regelrechte afbraak van het beroep van psychotherapeut en van de doorgedreven, jarenlange opleiding die tot op heden tot dit beroep leidt (4 jaar post-universitaire opleiding). In plaats daarvan preconiseert de Minister het beroep van psychotherapeut toegankelijk te maken voor elke klinische psycholoog of orthopedagoog mits die een summiere academische scholing hebben gevolgd (dus veel korter dan de huidige 4-jarige post-universitaire opleiding) na hun studie in de klinische psychologie of

orthopedagogie. De modaliteiten die eigen zijn aan de geestelijke gezondheidszorgberoepen m.b.t. de organisatie van dit veld en de opleiding en evaluatie van de professionals die in dit veld werkzaam zijn, worden volledig van tafel geveegd. Het zeer specifieke karakter van de klinische psychologie, ondermeer haar complementariteit met en dus niet haar ondergeschiktheid aan het medisch beroep, wordt volledig genegeerd. Het is betreurenswaardig dat de psychologen tengevolge van hun huidig precair statuut en hun onzekere professionele toekomst het huidig wettelijk kader percipieren als een kans zonder in te zien dat het in feite gaat om een regelrechte aanval op hun professionele identiteit.

We kunnen niet anders dan vaststellen dat de enige logica achter de gewilde onwetendheid van de minister m.b.t. de specificiteit van de geestelijke gezondheidszorg haar wil is om de zeer uiteenlopende facetten van het interdisciplinair werk in de geestelijke gezondheidszorg te reduceren tot een geheel van geformateerde procedures die uitgevoerd kunnen worden door onderling inwisselbare beroepsbeoefenaars en volgens gemakkelijk te kwantificeren modaliteiten. In dit universum van controle waarin de politiek m.b.t. de (geestelijke) gezondheid functioneert onder het primaat van een management-ideologie is het klakkeloos overbrengen van het model van evidence based medicine naar het complexe veld van de klinische psychologie een voor de hand liggende keuze. Op die manier wordt duidelijk dat het formateren van de zorg in procedures ten nadele van de specificiteit van de klinische ontmoeting tussen zorgverstreker en patiënt (cliënt) uiteindelijk enkel tot doel heeft om op de langere termijn een “sleutel op de deur” overdracht te organiseren van ons huidig zorgsysteem naar netwerken van private gezondheidszorgverzekeraars. Het “wetenschappelijk” argument toont dan zijn ware gelaat: het is enkel een luchtspiegeling waarachter een diepe aversie voor de publieke sector schuilt. Het is verontrustend dat patiënten met zogenaamd milde stoornissen (depressie, burn-out) voor 11 euro op de eerste lijn worden behandeld door psychologen zonder echte opleiding. Binnen het interdisciplinaire kader van een dienst voor geestelijke gezondheidszorg zouden de armsten vrije toegang hebben gekregen om een competente geestelijke gezondheidswerker te ontmoeten.

In een artikel dat in 2014 is gepubliceerd in de *British Medical Journal (BMJ)*, 2014, 348, g3725) pleiten Trisha Greenhalgh et al. voor een radicale herdefiniering van de “evidence based medicine” (EBM). Op hol gebracht door de multi-pathologieën en geparasiteerd door commerciële belangen argumenteren bovenstaande auteurs dat EBM door de éézijdige klemtoon op de procedures i.p.v. op de singuliere ontmoeting tussen zorgverstreker en patiënt de facto de arts deprofessionaliseert en hem zodoende de patiënt doet vergeten. Deze tendens is niet enkel zorgwekkend in de geneeskunde. Ze is het des ter meer in de psychiatrie, de klinische psychologie en het ruimere veld van de geestelijke gezondheid. Het is inderdaad in dit veld dat het er essentieel om gaat ontvankelijk te zijn voor psychisch lijden dat ziek maakt in plaats van zich te focussen op ziekten die lijden veroorzaken.

Een laatste woord i.v.m. de ziekteverzekering: sommigen denken dat de privatisering van de ziekteverzekering zou bijdragen tot meer souplesse en dus minder uitgaven voor de burger en de staat. De statistieken van de OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) tonen het omgekeerde aan. België heeft soms de neiging zich te laten inspireren door Nederland. Inderdaad heeft dit land de ziekteverzekering volledig geprivatiseerd. Maar zoals de Nederlandse regering zelf aangeeft, leidde deze privatisering tot een stijging van 14,1 % van de algemene uitgaven m.b.t. ziekteverzekering. In 2013 zag 22% van de volwassen bevolking zich genooddaakt omwille van economische redenen hun vraag naar diverse gezondheidszorgen uit te stellen. In 2014 was de gezondheidszorg de tweede duurste ter wereld na de Verenigde Staten. Pro memorie: de V.S. is een land met een extreme dualiteit m.b.t. de toegang tot gezondheidszorg en staat ex-aequo met Costa-Rica op de schaal die moedersterfte meet.

Hetgeen voorafgaat is geen intellectuele disgressie. De acties van de Minister bevoegd voor Gezondheid zijn destructief. Ze annuleert met een pennetrek een beslissing die gestemd werd door een grote meerderheid in het Parlement en waaraan vijftien jaar overleg aan voorafging met de beroepsbeoefenaars uit het werkveld. De aangekondigde terugbetaling van psychologische consultaties zijn pure cosmetica waarvoor een hoge prijs wordt betaald in termen van kwaliteit van de zorgen. De link tussen geestelijke gezondheid en sociale gezondheid is volledig afwezig in het debat. De psychologen werden inderdaad erkend maar zijn ondergeschikt gemaakt aan de artsen. Het beroepsgeheim wordt enigszins aangevallen. De volksgezondheid dreigt het onderspit te delven ten voordele van een ideologisch geweld.

APPPsy

Fédération nationale des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique