**De mantra van Maggie De Block**

***Door Els Van Compernolle[1]***

In juni 2016 werd een wet gestemd ter regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen. Ik breng deze kort in herinnering. Wat ik inleidend heel sterk wil benadrukken, is dat psychotherapie, die deel uitmaakte van de wet van Laurette Onkelinx van 2014, uit deze wet wordt geschrapt en wordt binnengebracht in de wet uit 2015 betreffende de *uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG-beroepen)*, ofwel – zoals Maggie De Block het heel expliciet benoemt – in de wet ter *regeling van de geneeskunde.*De gezondheidszorgberoepen zijn artsen, tandartsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, zorgkundigen, vroedvrouwen, paramedische beroepen en nu ook de klinisch psychologen en orthopedagogen, al dan niet gespecialiseerd in de psychotherapie. Vele krachten hebben meegespeeld in het ontstaan van deze wet, zoals de invloed van de universiteiten die hun model wilden opdringen aan de praktijk of het lobbywerk van de klinische psychologen, in functie van het aanzien van hun beroep. Echter, het is het resultaat, de invoeging van psychotherapie in het geheel van gezondheidszorgberoepen uit de wet van 2015, dat de sleutel is om de gevolgen van de huidige wet te kunnen begrijpen. De ingrepen die nu gebeuren in het veld van de GGZ, zoals de adviezen in het rapport KCE, volgen daar automatisch uit voort.

Dit is werkelijk het ‘mantra’ van Maggie De Block wanneer het erop neerkomt de nieuwe wetgeving te verantwoorden: “Door psychotherapie als behandelvorm een plaats te geven binnen de wet van 10 mei 2015 zijn alle kwaliteitsgaranties voorzien in deze wet automatisch van toepassing”, “het is een betere garantie voor kwaliteit in de behandeling, en dat is beter voor de mensen; de patiënten halen er op elk vlak voordeel uit”. Wat zijn dan die garanties?

Ten eerste, een bepaalde manier van psychotherapie te concipiëren. Welke is dat dan? Psychotherapie wordt een behandelingsvorm die gebaseerd moet zijn op evidenties en waarvan de kwaliteit gecontroleerd zal worden door provinciaal geneeskundige commissies. Psychotherapie wordt gedefinieerd als “één van de specialisaties binnen één aspect van de geestelijke gezondheidszorg, m.n. het behandelluik”;  echter, de behandeling behoort eveneens tot de definitie – geformuleerd in dezelfde wet – van het veld van de klinische psychologie. Het onderscheid met het werkveld van de klinische psychologie blijft heel vaag en wordt gesitueerd in de ‘complexiteit’ van de psychische problematiek, psychotherapie is gericht op mensen die nood hebben aan een vaak langer durende behandeling ingebed in een specifieke therapeutische relatie en daartoe is een aanvullende training vereist. Maar, wie bepaalt dit, hoe wordt dit gemeten? Dat is steeds voor interpretatie vatbaar. Gezien die raakvlakken met de psychologie, in combinatie met de vereisten van de vooropleiding, rijst logischerwijs de vraag op wie nog zo’n tijdsinvestering zal willen doen om psychotherapie te mogen beoefenen. Misschien wordt de psychotherapeut wel een knelpuntberoep!

Een tweede garantie zou de vooropleiding zijn. Zoals gekend wordt psychotherapie voortaan niet meer als een beroep op zich geconcipieerd, maar als een behandelvorm, een specialisatie, die wordt uitgeoefend door een arts, een klinisch psycholoog of orthopedagoog. Alleen zij krijgen dan toegang tot de psychotherapie-opleiding. Bovendien, heel belangrijk, zijn voortaan alleen hogescholen en universiteiten geschikt om de psychotherapie-opleidingen te organiseren. Heel wat bestaande opleidingen zullen verdwijnen. Weliswaar worden er overgangsregelingen voorzien voor de mensen die nu reeds werkzaam zijn als psychotherapeut en niet aan de criteria beantwoorden, als regularisatie van de bestaande situatie. Echter, als ze niet een diploma hebben dat toegang geeft tot een WUG-beroep, bijvoorbeeld de vorming tot maatschappelijk assistent, kunnen ze de psychotherapie niet autonoom uitoefenen. Ze staan onder supervisie van een autonome beoefenaar van de psychotherapie en hun handelingen worden geregeld afgetoetst tijdens intervisiemomenten. Een onderscheid dat enorme effecten zal hebben!

De invoeging van psychologen, orthopedagogen en psychotherapeuten in de gezondheidszorgberoepen in de wet uit 2015 heeft automatisch heel wat concrete gevolgen. Bijvoorbeeld in geval van problemen kan, naast het gerecht, nu ook de gezondheidsinspectie tussenbeide komen, die de psychotherapeut kan schorsen. De patiënt kan ook klacht indienen bij een provinciale geneeskundige commissie. De beroepsbeoefenaar zal moeten kunnen bewijzen dat hij zich permanent bijschoolt, evidence based natuurlijk. Het impliceert ook dat een wachtdienst moet georganiseerd worden voor patiënten in crisis: in geval van crisis moet een patiënt dus steeds een psy ter beschikking kunnen hebben, zoals dit geldt voor medische zorgen. Dit gaat alleszins uit van een volledige verwisselbaarheid tussen psy’s onderling. Elke beoefenaar van psychotherapie is ook onderworpen aan de wet uit 2003 op de patiëntenrechten. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de patiënt recht heeft op een goed bijgehouden patiëntendossier met alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. De patiënt kan ten allen tijde en volgens een bepaalde duidelijk beschreven procedure inzage vragen in dit dossier. Elkeen die een gezondheidszorgberoep uitoefent, moet naast de erkenning ook een visum aanvragen. Dit wordt gedefinieerd als “de toegangssleutel tot uw beroep”, die “de zekerheid geeft dat u fysisch en psychisch geschikt bent om uw beroep uit te oefenen”. Wie zal dat bepalen?

Dit alles is in principe geldig vanaf 1 september en krijgt de laatste weken steeds concreter vorm. Het is duidelijk dat dit het veld van de geestelijke gezondheidszorg op een fundamentele manier zal hertekenen. Doordat psychotherapie het model van de geneeskunde moet volgen, wordt wat psychotherapie is, al op voorhand ingevuld: het is een medische en technische handeling in de context van een verhouding ‘expert/psychotherapeut’ die evidence based technieken toepast, en ’patiënt/cliënt’ die als consument van zorg, als klant, recht heeft op de best mogelijke behandeling, liefst terugbetaald, en klacht kan indienen wanneer het beloofde effect uitblijft. Maar, als deze patiënt niet vlug genoeg zijn werk hervat, of als hij niet ‘gehoorzaamt’, wordt hij gecontroleerd of als therapie-resistent afgeschreven. Dit alles in functie van economische motieven, zo blijkt. Op een bepaalde manier is dit proces niet verrassend, het is reeds veel langer gaande in de residentiële zorginstellingen (psychiatrie, bijzondere jeugdzorg, misschien vooral in Vlaanderen?); de huidige wet voert in het verlengde daarvan dezelfde administratieve, bureaucratische en kapitalistische logica binnen in de ambulante psychotherapiepraktijken. Het rapport van het KCE illustreert deze effecten heel duidelijk.

Verschenen in de Copel/Cobes-mailinglijst van 28/10/16

[1] Tekst gebracht op de Meeting van 21 oktober 2016, onder de titel: "De wet op de geestelijke gezondheidsberoepen: Inzet en gevaren".