**KLIpsy, een noodzaak.**

**Voor een ethiek van het verschil**

Nathalie Laceur, voorzitster KLIpsy

*Medio december 2016 werd KLIpsy opgericht, een beroepsvereniging van klinisch psychologen voor praktijken die het spreken centraal stellen.[[1]](#footnote-1) Daarmee is KLIpsy de tweede beroepsvereniging van klinisch psychologen in Vlaanderen, naast de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) die gefedereerd is met de Belgische Federatie van Psychologen (BFP). De stichters zijn van mening dat de oprichting van KLIpsy noodzakelijk was nu er werk zal gemaakt worden van de uitvoeringsbesluiten voor de nieuwe wet ter regeling van het psy-veld. Waarom precies?*

**De miskende diversiteit van het psy-veld in de wet De Block**

Het veld van de geestelijke gezondheidszorg is zeer gediversifieerd en verschillende oriëntaties op de behandeling van psychisch lijden bestaan er naast elkaar – hetgeen de rijkdom van dat veld uitmaakt.

De wet De Block ter regeling van dat veld, beweert twee ‘problemen’ in één beweging te kunnen oplossen. De “complexiteit” eigen aan het psy-veld dient niet gerespecteerd maar opgelost te worden en dit door praktijkwerkers tot een eenzijdige vorm van hulpverlening te verplichten: enkel behandelingen waarvan de effectiviteit *evidence based* is, worden toegelaten. Waardoor meteen ook het probleem van ‘charlatanisme’ van de baan zou zijn.

In de aanloop van de stemming klonk er vanuit de verschillende hoeken van dat psy-veld verontwaardiging omdat de Minister een veld regelde dat ze blijkbaar nauwelijks geconsulteerd had. Tal van petities leverden samen zo’n 22 000 handtekeningen op. De Block negeerde dit zeer divers protest. Toen de wet werd goedgekeurd, reageerden de bovengenoemde beroepsverenigingen (de BFP en de VVKP) opgelucht en tevreden. Meteen werd duidelijk met wie De Block wel aan tafel had gezeten.

**De verzwegen keerzijde van de terugbetaling**

Hoe zit dat precies met de terugbetaling van psychotherapie waarover men vaak eenzijdig positief communiceert? Daarvoor dienen we het rapport van het Federaal Kenniscentrum (KCE) voor de Gezondheidszorg te lezen, dat de basis vormt van de wet. In dit rapport, dat op vraag van het RIZIV, de FOD volksgezondheid én de VVKP werd opgemaakt, stelt het KCE een “organisatie- en financieringsmodel van de psychologische zorg”.

Een van de “kernboodschappen” van het rapport luidt dat “milde en matige psychische problemen niet alleen voor de betrokkene, maar ook voor de maatschappij een grote belasting zijn, in de vorm van ziekteverzuim en verlies van productiviteit”. Dat kan best zijn, maar zulke boodschappen mogen niet de kern worden waarrond klinische zorg die naam waardig, wordt uitgetekend.

Dit dreigt binnenkort wel het geval te worden. In het KCE-rapport worden psychische problemen immers herleid tot arbeidsdisfunctionaliteit en psychologische zorg tot dat “professioneel duwtje in de rug dat voor velen misschien voldoende zou kunnen zijn om hun energie en weerbaarheid terug te vinden” … op de arbeidsmarkt, welteverstaan. “Adviserende psychologen verbonden aan betalende organisaties” zullen op grond van een “functioneel bilan” de exacte duur (het aantal sessies, zo wordt meermaals benadrukt, dient beperkt te worden) en de aard van die zorg bepalen. De klinisch psycholoog wordt daarmee slechts de uitvoerder van een door hen opgelegd zorgprotocol en de patiënt kan niet anders dan dat protocol te doorlopen, zo niet verliest hij zijn recht op terugbetaling.

Meteen wordt duidelijk hoe de eenzijdige promotie van de *evidence based psychology* (EBP) hand in hand gaat met een gezondheidsbeleid dat inzet op een spoedig herstel van productiviteit. De EBP gaat er namelijk prat op via geprotocolleerde behandelingen snel op voorhand vastgelegde resultaten te kunnen boeken. Het gaat om zichtbare resultaten: gedragswijzigingen. De EBP focust namelijk uitsluitend op de observeerbare effecten van het psychisch lijden (bv. ziekteverzuim), omdat die gecategoriseerd en bijgevolg statistisch kunnen verwerkt worden - daaraan dankt ze overigens haar *evidence based* certificaat.

KLIpsy waarschuwt voor de mogelijks nefaste effecten van behandelingen die de oorzaak van een gedrag, die geval per geval verschilt, en het even persoonsgebonden lijden, dat niet zelden persisteert eens het gewenste gedrag bereikt is, ongemoeid laten.

**Verwerping van het lijden**

Met de wet De Block en het KCE-rapport, dreigt ‘zorg’ voor een persoon die psychisch lijdt, voortaan eenzijdig te vertrekken vanuit een bezorgdheid om de maatschappelijk-economische effecten van dat lijden en riskeert de remediëring aan deze effecten de finaliteit te worden van die zorg.

KLIpsy wil die klinisch psychologen vertegenwoordigen die zich op het psychisch lijden van mensen willen blijven focussen. Daarom ook stellen zij in hun praktijk het spreken van de patiënt centraal. Want het is slechts door te luisteren naar een patiënt (i.p.v. hem te observeren met checklists) dat duidelijk wordt dat een probleem dat ogenschijnlijk bij meerdere mensen voorkomt, een zeer persoonsgebonden, niet te veralgemenen dimensie heeft. Het is op die eigenheid die slechts binnen de therapeutische band aan het licht komt, dat deze klinisch psychologen beslissingen nemen omtrent de aard, richting, duur en finaliteit van de behandeling.

**Naar een veralgemeende vorm van charlatanisme?**

Door bij wet vast te leggen aan welke “wetenschappelijke” evaluatiecriteria de psychologische zorg dient te voldoen, zullen klinische praktijken die sinds jaar en dag patiënten hebben geholpen en waarvan de werkzaamheid geval per geval bewezen wordt, juist omdat ze vertrekken van de onmogelijk te categoriseren eigenheid van een persoon, in de toekomst niet meer geduld worden. Charlatans zijn die hulpverleners, die, hoe intensief en permanent hun vorming ook is, anders werken dan zij die de hegemonie over het psy-veld willen claimen.

De vraag dient gesteld of het verdwijnen van die klinische praktijken in het toekomstig *evidence based* zorgbeleid, juist niet de deur open zet voor een andere vorm van charlatanisme die ditmaal effectief in het nadeel van de patiënt speelt.

De klinisch psycholoog wordt een wolf in schapenvacht voor mensen die niet meer productief zijn of bij wie de voorgeschreven behandeling niet de verhoopte effecten heeft. Hij mag misschien nog wel eventjes het adres spelen waar de meeste intieme informatie wordt gedeponeerd, maar vroeg of laat wordt hij verplicht klokkenluider te zijn en de intimiteit van zijn patiënt te grabbel te gooien in het functioneel bilan ten behoeve van de adviserend psycholoog.

Toenemende segregatie zal daarvan het gevolg zijn. Als blijkt dat die klinisch psycholoog eigenlijk slechts een soort arbeidsinspecteur is, dreigen mensen die zich juist overeind konden houden dankzij die therapeutische vertrouwensband, voortaan af te haken, met alle gevolgen van psychische destabilisering. Daarnaast valt te verwachten dat bij de meest hulpbehoevende mensen de opgelegde behandeling niet altijd het gewenste effect zal hebben binnen de voorgeschreven termijn. Ze zullen met argumenten als “gebrek aan motivatie”, “tegenwerking” etc. uit de zorgcircuits geweerd worden.

**Dan toch geen uniform psy-veld in de toekomst?**

Eind 2016 deed de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu via het Staatsblad een oproep aan beroepsverenigingen om zich kandidaat te stellen voor de Federale Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorgberoepen. Die laatste moet werk maken van de uitvoeringsbesluiten van de nieuwe wet.

Misschien biedt dit heel wat actoren van het gediversifieerde psy-veld alsnog de mogelijkheid een andere, meer klinische, en tot dusver genegeerde visie op zorg te laten horen en wordt de democratische besluitvorming dan toch nog in ere hersteld. Wie weet?

KLIpsy wil daar alleszins op wedden en heeft haar kandidatuur ingediend.

**Join KLIpsy! Ga naar** [**www.klipsy.org**](http://www.klipsy.org) **om u aan te melden.**

1. KLIpsy is het Nederlandstalig equivalent van APPELpsy dat in Franstalig België werd opgericht. [↑](#footnote-ref-1)