**Samenwerking ?**

Vic Everaert[[1]](#endnote-1)

Wanneer ik het rapport van het KCE[[1]](https://groups.google.com/forum/?hl=fr" \l "55263519-6a60-425c-8f81-c9fb093ebff1@googlegroups.com__ftn1" \o ") doorneem, lees ik een pleidooi voor *samenwerking* en dit op verschillende niveaus.

a.    Allereerst is er de samenwerking tussen de patiënt en de eerstelijnspsycholoog. Deze korte samenwerking zal vlotter dan ooit toegankelijk zijn en vormt een eerste etappe in een eventueel verder traject.

b.    Daarnaast is er de samenwerking onder psychologen die via intervisie en supervisie gedeeltelijk tegemoet zullen komen aan de *eis* tot permanente vorming. Ook is er de (toekomstige) samenwerking tussen autonome en niet-autonome beoefenaars van de psychotherapie, meer bepaald via toezicht of supervisie, zoals dit verplicht wordt in het kader van de overgangsmaatregelen.

c.    Dan is er de samenwerking tussen de (eerstelijns)psycholoog en de huisarts. Zij moeten het bilan opmaken en vastleggen in een dossier om de patiënt voor wie de eerste vijf gesprekken niet gewerkt hebben, in overleg door te verwijzen naar de ‘gespecialiseerde psycholoog’.

d.    Deze ‘gespecialiseerde psycholoog’ moet, ten einde gemachtigd te worden, een *samenwerkingsverband* aangaan met een CGG. Dit CGG zal trouwens ook ingezet worden voor de kwaliteitscontrole.

e.    De ‘gespecialiseerde psycholoog’ (waarvan verondersteld mag worden dat hij conform de nieuwe wetgeving een opleiding in de psychotherapie volbracht heeft) zal ook, indien hij een zorgtraject wenst te verlengen, in samenwerking moeten treden met de adviserend psycholoog of psychiater ten einde verder te kunnen werken met de patiënt.

Laat ons in overeenstemming met respectievelijk elk van deze vijf puntjes enkele vragen formuleren.

a.    De patiënt kiest zijn eerstelijnspsycholoog niet. Deze wordt hem toegewezen vanuit de praktijk van de huisarts. Wil je als patiënt bij een medewerker van jouw huisarts langs gaan wanneer je psychische problemen ervaart en hulp zoekt? Van bij het begin belandt men in een dossier, gedeeld met de huisarts.

b.    Er wordt samenwerking onder psychologen via intervisie en supervisie *geëist*.

Het valt op dat de wetgeving op de GGZ-beroepen de *autonomie*van het beroep van psycholoog promoot, terwijl heel wat van de ‘samenwerkingsverbanden’ gemotiveerd lijken te zijn vanuit een vorm van wantrouwen of controle … op de autonoom werkende psy. Dit staat samenwerking, die naam waardig, in de weg. Men lijkt via supervisie / intervisie iets te willen beheren en beheersen dat nochtans enkel vanuit een persoonlijk engagement gedragen en zinvol kan zijn. Maakt men op die manier van een dispositief dat in het leven geroepen werd om iets van het verlangen om het werk op een degelijke manier te doen, een instrument dat  surveilleert?

Over het sterkste en meest betrouwbare instrument ter ondersteuning van een gedegen persoonlijk engagement valt er in het KCE-rapport of de wetgeving trouwens niets te lezen; we hebben het uiteraard over het ‘persoonlijke werk’, of men het nu de eigen analyse of de eigen therapie wil benoemen.

De supervisie van niet-autonome beoefenaars lijkt me structureel onwerkbaar te zijn en kan enkel als een maat voor niets dienen. Het is een schijnmaatregel. In wat voor een toneelstuk belandt men wanneer men plots zijn praktijk onder de loep moet leggen bij een collega die men niet gekozen heeft maar waartoe men zich moet wenden, enkel omdat die aan de correcte formele voorwaarden voldoet? En in welke toestanden verzeilt men indien de supervisor ook effectief deze positie zou gaan belichamen? Heeft men stil gestaan bij de effecten hiervan op de huidige samenwerkingsverbanden onder collega’s in instellingen?

Deze overgangsmaatregel heeft meer van een dreiging dan van een ondersteuning. Ze werd in het leven geroepen om het verzet van de huidige generatie psychotherapeuten die niet over een mastertitel beschikken in de kiem te smoren. Deze professionelen – die prima werk leveren ondanks alle stemmingmakerij omtrent het *charlatanisme* – vallen in de toekomst uit de boot en bevinden zich vandaag in een juridische schemerzone. Om de schijn hoog te houden werd er een professioneel rookgordijn opgetrokken (*‘supervisie door een autonome beoefenaar’*) dat, nog los van het feit of men daar werkelijk naar zal handelen, ronduit beschamend is.

c.     Waarom moet het bilan in functie van ‘gespecialiseerde zorg’ opgemaakt worden door de eerstelijnspsycholoog én de arts? Wat, opnieuw, met de autonomie van de psy? Men zal moeten beslissen naar welke ‘gespecialiseerde psycholoog’ de patiënt op de tweede lijn doorverwezen zal worden; men moet dit beargumenteren, neerschrijven en uiteraard voorleggen aan het hogere niveau, dat van de *adviserende* functie.

Staat het de huidige CGG’s en de toekomstige ‘gespecialiseerde psy’ te wachten dat de adviserende functie mee zal kiezen welke behandeling het meest aangewezen is?

Een tweetal weken terug hoorde ik een collega uit Nederland op een studiedag getuigen over hoe men er in Groningen mee omgaat, met dergelijke ‘doorverwijzingen’ die in hun geval een akkoord vereisen van de private zorgverzekeraar. Men vraagt er aan de patiënt de diagnose ‘persoonlijkheidsstoornis’ met een knipoog te aanvaarden. Er wordt een document ondertekend en zo kunnen de sessies uitgebreid worden. Wordt dat de praktijk van de kwalitatief hoogstaande terugbetaalde zorg waarover minister De Block en vele anderen het hebben?

d.    Op basis waarvan zullen CGG’s erkenningen uitreiken voor hun ‘gespecialiseerde’ collega’s? Zullen deze collega’s afhankelijk zijn van de willekeur van de CGG’s om erkend te worden? En opnieuw: hoe rijmt men de idee van *kwaliteitscontrole* met dat van supervisie waar de collega bij een *collega* *naar keuze*langs gaat ten einde b.v. casuïstiek voor te leggen?

e.    De adviserend psycholoog of psychiater – rekenmachine in de hand?, *targets*voor ogen? – belichaamt de handlanger van de spreekwoordelijke broodheer achter het financieringsmodel dat uitgetekend wordt in het KCE-rapport. De *samenwerkingslogica* waarvan dit rapport doordrongen is, laat geen ruimte voor vrijheid of inspraak van de patiënt of de psycholoog, wiens met veel bombarie aangekondigde autonomie geknecht zit aan het medisch discours.

Van bij het begin tot het eind is er in het KCE-rapport geen sprake van, want geen mogelijkheid tot samenwerking.

Zoals de kaarten nu verdeeld zijn rest de patiënt, net als de psy die zich in een dergelijk opzet inschrijft, enkel medewerking of tegenwerking. Maar medewerking is geen samenwerking, wel collaboratie – met een model dat andere belangen dan deze van de patiënt dient.

Het is misleidend om een dergelijk dispositief onder de noemer *psychologische zorg*aan te bieden.

Verschenen in de Copel/Cobes-mailinglijst van 23/12/2016

1. *Vic Everaert werkt als psycholoog in Ambulante Drugzorg De Spiegel te Asse* [↑](#endnote-ref-1)