



De kostprijs van bezieling

De Kanteling vzw:

Een ambulante psychotherapeutische praktijk met een duidelijke visie en missie.

Blijft het haalbaar om het evenwicht te vinden tussen idealisme en realiteit?

Inleiding

Kwetsbare groepen in de samenleving blijken vaak extra kwetsbaar op het moment dat zij nood hebben aan psychotherapeutische hulp. Zij dreigen uit de boot te vallen door het gebrek aan gespecialiseerde en betaalbare hulpverlening. Met de psychotherapeutische groepspraktijk **De Kanteling** willen wij trachten mee een antwoord te bieden op dit probleem.

De Kanteling richt zich tot mensen met een handicap en/of chronische ziekte. Onze groepspraktijk zoekt binnen de private geestelijke gezondheidszorg naar creatieve oplossingen om psychotherapie betaalbaar te maken voor mensen met beperkte middelen. Als groepspraktijk merken we hoezeer onze inspanningen nodig zijn, maar zijn we ons tegelijkertijd bewust van het risico dat onze inspanningen een onderliggend structureel probleem helpen toedekken. In dit artikel willen we vanuit onze ervaring stilstaan bij de voor- en nadelen van creatieve oplossingen om ook private geestelijke gezondheidszorg toegankelijk en betaalbaar te maken.

Bob Cools schrijft in zijn artikel 'Tussen subsidie en commercie' in dit tijdschrift (2009 nr 2) dat de overheid op verschillende vlakken steeds meer samenwerkt met de commerciële sector, ook in de geestelijke gezondheidszorg. Ook de mutualiteiten spelen volgens de auteur een belangrijke pioniersrol in het toegankelijk maken van psychologische hulpverlening. Op termijn zou het belangrijk zijn dat de huidige terugbetaling van private geestelijke gezondheidszorg door mutualiteiten, wordt opgenomen in de verplichte ziekteverzekering van het RIZIV. Intussen wordt via een samenwerking tussen publieke en private psychotherapiecentra getracht om de huidige wachtlijsten in te korten.

Ook in De Kanteling trachten we ons steentje bij te dragen aan het wegwerken van de wachtlijsten en aan het betaalbaarder maken van de hulpverlening.

Ontstaan vanuit een nood

Initiatieven in de zorgsector beginnen vaak vanuit bezieling, vanuit het geraakt worden door noden van medemensen. Zo ontstond ook *De Kanteling*.

Gerd Claes en Marthe Lynen, de initiatiefnemers van dit project werden zowel op persoonlijk als professioneel vlak geconfronteerd met een tekort aan gespecialiseerde psychotherapeutische hulpverlening voor personen met een handicap en/of chronische ziekte. Deze cliënten werden toegewezen aan bestaande CGG's maar werden daar niet alleen geconfronteerd met de klassieke wachtlijst, maar waren bovendien afhankelijk van de affiniteit van de beschikbare hulpverleners met deze doelgroep. Zo worden cliënten met een verstandelijke handicap soms niet behandeld vanwege een gebrek aan ervaring bij de teamleden met deze doelgroep. Ook personen met een chronische ziekte vinden vaak moeilijker toegang tot hulpverlening, bvb omwille van beperkte financiële mogelijkheden. (1)

*Een huisarts/verwijzer meldt zich aan bij **De Kanteling** met de vraag of hij een cliënte mag doorsturen met een ernstige eetproblematiek. Hij vertelt dat hij reeds maanden op zoek is naar een geschikte therapeut voor deze cliënte maar telkens word geconfronteerd met therapeuten die afbaken op het moment dat hij hen vertelt dat het gaat om een jonge vrouw met een verstandelijke handicap. Bovendien heeft de cl weinig financiële mogelijkheden. "Geen probleem", antwoorden we " onze praktijk richt zich specifiek naar personen en/of gezinnen die met handicap/ziekte te maken hebben. Alle therapeuten, verbonden aan **De Kanteling**, hebben ervaring met deze doelgroep". We maken duidelijk dat in ons centrum cliënten met een laag inkomen beroep kunnen doen op ons sociaal fonds (zie verder in dit artikel) zodat ze aan een lager tarief therapie kunnen volgen en de intake wordt snel gepland. We hebben geen wachtlijst.*

Wat eerst een samenwerkingsverband was tussen 2 therapeuten, groeide uit tot de huidige praktijk bestaande uit zes therapeuten met diverse en gevarieerde achtergrond maar met één gemeenschappelijke noemer: affiniteit met de doelgroep én een hoop idealisme.

De confrontatie tussen idealisme en realiteit

Een droom leek werkelijkheid geworden: cliënten en gezinnen die geconfronteerd worden met handicap/ziekte konden vanaf nu terecht in een gespecialiseerd psychotherapiecentrum. Ons idealisme werd echter meteen geconfronteerd met de realiteit. De doelgroep waartoe we ons richten is allesbehalve kapitaalkrchtig, wat private hulpverlening niet vanzelfsprekend maakt. Gedreven door de overtuiging van de zinvolheid van ons initiatief, gingen we daarom zelf op

zoek naar creatieve oplossingen om privétherapie voor onze cliënten financieel mogelijk te maken. Zo kwamen we op het idee om *een sociaal fonds* op te richten. Cliënten die over onvoldoende financiële middelen beschikken om private hulpverlening te kunnen betalen, zouden zo toch bij ons terecht kunnen aan een lager tarief. Het minimum bedrag dat de cliënt zelf betaalt wordt dan aangevuld door ons *sociaal fonds* zodat we als therapeut de gangbare prijs per gesprek kunnen aanrekenen (2). Om dit *sociaal fonds* uit te bouwen, leveren we als groepspraktijk blijvende inspanningen om sponsoring vanuit de privésector te vinden. Uiteraard vraagt dit van alle therapeuten vele uren onbezoldigd werk. Hierin moet elk teamlid afzonderlijk en de praktijk als geheel voortdurend zoeken naar het evenwicht tussen wat haalbaar, billijk en redelijk is en wat ons idealisme ons ingeeft.

Alle elementen en argumenten, pro's en contra's, van de discussie over de commercialisering en privatisering van de zorg in de sector, zijn aan de orde voor ons initiatief. In de dagelijkse praktijk moeten we uitmaken of de wijze waarop we ons project proberen te realiseren voor ons de 'goed-genoeg-test' doorstaat.

Voordelen van een privécentrum voor psychotherapie

Wat de 'goed-genoeg-test' naar de positieve kant doet overhellen is zeker de zinvolle werking van ons centrum.

1. Het gevarieerde team biedt mogelijkheden voor verschillende settings voor een cliëntsituatie, voor overleg of samenwerking met het netwerk van cliënten, voor individueel-, gezins en – groepstherapeutisch werk.

Een moeder belt ons op met de vraag of haar zoon die hersteld is van een hersentumor op 20j bij ons terecht kan voor therapie. Haar zoon heeft het moeilijk om te leren omgaan met de beperkingen die het gevolg zijn van de operatie. "Maar ik heb het ook moeilijk", zegt ze 'ik heb plots een heel andere zoon gekregen. Zijn karakter is helemaal veranderd. Ook zijn jongere zus van 14j heeft het erg moeilijk. De broer krijgt en neemt veel aandacht maar zij zit in een levensfase dat ze zelf ook veel aandacht nodig heeft. Haar schoolresultaten gaan zienderogen achteruit en ik zie als moeder dat ze ongelukkig is. Ze kan er niet over praten met mij want ze wil mij sparen als moeder. Ons gezin staat onder grote druk. Kunnen jullie ons helpen?"

We bespreken de situatie op ons team en besluiten het ganse gezin in therapie te nemen. Eén collega gaat aan de slag met de zoon rond het leren omgaan met zijn onverwacht ontstane beperkingen en dit een plaats te geven in zijn leven. Een andere collega neemt de moeder in therapie rond thema's als rouw, schuldgevoel,, gevoel van tekort schieten als moeder, zelfzorg. De zus kan terecht bij een derde collega die

vooral werkt met jongeren en zij werken vooral rond het thema 'brus' (3)

De therapieën eindigden enkele maanden later in een gezinsgesprek waarbij alle cliëntsystemen en de drie therapeuten aanwezig waren. (4)

2. Onze doelgroep maakt het soms ook nodig om al eens 'buiten de lijntjes te denken' van het klassiek therapeutisch handelen. In een privé initiatief kan je dit aangaan zonder dat je eerst bij wijze van spreken drie formulieren moet invullen of toestemming moet vragen op verschillende beleidsniveaus. Volgend voorbeeld is vermoedelijk vanuit een CGG werking praktisch én financieel niet haalbaar.

Een jongeman van 30j met een normale begaafdheid en autisme komt reeds 3 jaar in therapie. Hij heeft een heel eigen manier van denken die het soms lastig maakt voor hem om in het dagelijkse leven te functioneren. Zijn belangrijkste hobby is reizen met de trein. Hij wil echter plots niet meer reizen met de trein want hij heeft – om redenen die voor hem zeer logisch zijn- schrik van struise, mannelijke politieagenten uit Gent. Geen enkele trein die Gent passeert wil hij nog nemen. Daardoor worden zijn weekendactiviteiten erg beperkt. Na maanden samen zoeken in de therapie hoe hij die angst kan overwinnen vraag ik raad aan zijn begeleidster op zijn werk. Het lijkt haar belangrijk om daadwerkelijk contact te zoeken met de politie van Gent zodat hij ter plekke kan zien dat er geen reden is om bang te zijn van struise politieagenten. Ik bespreek dit met mijn cliënt en hij is erg enthousiast over het voorstel en begint direct al zijn prangende vragen voor de politie van Gent te noteren. De vraag rijst: wie gaat er meegaan naar de politie van Gent om dit proces te begeleiden? Na veel zoeken wie dit kan opnemen, blijft er slechts één haalbare mogelijkheid. Ik, als therapeute zal dit opnemen. Ik zal de politie inlichten over deze bijzondere vraag en hen voorbereiden op dit gesprek en uiteindelijk ook meegaan naar Gent (met de trein). Het wordt een boeiende daguitstap voor iedereen. Voor de cliënt die duidelijke antwoorden kreeg op zijn vragen en daarna terug met de trein durfde rijden langs Gent. Voor de politie die op een originele manier kon kennismaken met een persoon met autisme. Voor mij, de therapeut die op een andere manier dan in de therapiekamer kon ervaren hoe bijzonder moeilijk het is voor deze cl met autisme om zich te handhaven in deze complexe maatschappij. Kostprijs voor de cliënt: twee sessies aangerekend aan de cliënt (zonder tussenkomst van sociaal fonds) Na bespreking op team: tussenkomst van sociaal fonds voor therapeut voor twee sessies. Overige tijdinvestering en voorbereiding van het gesprek met politie: voor rekening van de therapeut.

3. Positief is ook om als therapeut te werken in een centrum met een weloverwogen doel, met een hart en ziel, met ruimte voor de mogelijkheden van de cliënt én de therapeut. Het komt tegemoet aan een behoefte.

Tot slot: balanceren tussen pro's en contra's

Commercialisering van de geestelijke gezondheid: een zegen of vloek, of beiden?

Vanuit De Kanteling merken we aan de steeds toenemende vragen van verwijzers en cliënten dat we nodig zijn. We horen van verschillende organisaties en cliënten dat we zinvol bezig zijn én uniek in Vlaanderen. We zijn een bron van inspiratie voor andere groepspraktijken en een expertisepunt voor therapeuten die met deze doelgroep aan de slag willen gaan. We vinden het een zegen als we merken dat we voor cliënten met een handicap/ziekte een gespecialiseerd aanbod kunnen bieden aangepast aan hun financiële draagkracht.

Maar we vloeken als we weer eens bericht krijgen dat een sponsor ons *sociaal project* niet wil steunen nadat we veel tijd en energie besteed hebben aan een zoveelste aanvraag. We zijn moe als we weer eens een extra avond met ons team bij elkaar moeten zitten om het financiële plaatje te bekijken voor het komende jaar en merken dat ons 'sociaal fonds' weer nieuwe input vraagt.

We willen echter vooral ook benadrukken dat de noodzaak om ook binnen de private hulpverlening creatieve oplossingen te zoeken om betaalbare psychotherapie aan te bieden, zijn ontstaan vindt in een gebrek aan zorgaanbod vanuit de overheid. We zijn ons dan ook bewust van het risico: **dat door een pleister op de wonde te plakken, het dieperliggende probleem misschien wordt verhuld.**

Gerd Claes werkt sedert 2000 als gestalttherapeute in de groepspraktijk Eniti (www.eniti.be) te Berchem en startte daarnaast in 2002 de groepspraktijk De Kanteling (www.dekanteling.be)

(1) In Vlaams Brabant ontstond enkele jaren geleden vanuit enkele CGG'S in de provincie Brabant het initiatief "Kom Binnen" (zie ook www.kombinnen.be) dat zich specifiek richt naar dezelfde doelgroep. Dit initiatief vond jammer genoeg geen uitbreiding in de andere provincies.

(2) Als therapeuten vragen we het gangbare tarief van 40€/uur, 60€ voor een gezin of koppelgesprek van 1 ½ uur. Een cliënt die in aanmerking komt voor het sociaal fonds betaalt zelf minimum 15€/uur afhankelijk van zijn/haar financiële draagkracht. Op de maandelijkse teamvergaderingen worden nieuwe aanmeldingen besproken en al dan niet goedgekeurd. We hanteren geen strikte normen qua inkomensgrens maar bekijken het ganse plaatje van financiële en andere elementen die de balans van draaglast/draagkracht bepalen in een gezin. Soms komt een OCMW of familieleden tussen in de betalingen zodat het minimum van 15€ door hen gefinancierd wordt. Er wordt telkens eerst onderzocht welke andere mogelijke hulpbronnen er zijn vooraleer het sociaal fonds wordt aangesproken. Dit opnemen van eigen verantwoordelijkheid kan een essentieel onderdeel zijn van het therapeutisch proces. We weten immers dat vele collega's binnen de CGG'S klagen over het absentisme gedrag van vele cliënten omdat de prijs van 1- 10€ niet doorslaggevend is ze weten dat de therapeut niet minder betaald wordt als ze niet

komen opdagen voor een gesprek.

(3) “brus” is de gekende en gangbare term in de sector voor ‘boer of zus van een persoon met een handicap.

(4) Deze cliënten waren niet kapitaalkrchtig en gezien hun bijkomende grote ziekenhuiskosten owv de hersenoperatie konden zij beroep doen op ons sociaal fonds. Zij betaalden elk 15€ per sessie/uur. De drie therapeuten probeerden de wekelijkse gesprekken gezamenlijk te plannen zodat de moeder slechts één keer per week diende te rijden). Wekelijks betaalde dit gezin voor drie therapieessies dus 45€ kwijt + vervoer.

**Artikel verschenen in het tijdschrift Sociaal Welzijnsmagazine , nov 2009
en in Psyche , tijdschrift van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke
Gezondheid, dec 2009**