

Gz-psycholoog model voor Vlaamse klinisch psycholoog?

Bob Cools

SAMENVATTING

De opleiding en de positie van de gezondheidszorgpsycholoog in Nederland zijn uniek in de wereld. We vergelijken ze met die van de Vlaamse klinisch psycholoog. Binnen de Europese context blijkt de unieke Nederlandse opleidingsstructuur van een vierjarige master in de psychologie, die aangevuld kan worden met een tweejarige opleiding tot gz-psycholoog, geen nastrevenswaardig voorbeeld. Bovendien is het opvallend dat Nederland het competentiemodel zeer ver doorvoert in de opleiding. De sterke praktijkgerichtheid van de gz-psycholoog is een troef die in België nog niet kan worden uitgespeeld. Maar de nieuwe wet voor de erkenning van klinisch psychologen biedt een kans tot bijsturing.

Nergens ter wereld, behalve in Nederland, bestaat de gezondheidszorgpsycholoog. Ook typisch voor Nederland wordt hij in het gewone taalgebruik afgekort als gz-psycholoog. Deze psycholoog heeft als vooropleiding een master in de psychologie, pedagogische wetenschappen of gezondheidswetenschappen (afstudeerrichting geestelijke gezondheidskunde). In Nederland duurt een masteropleiding in de psychologie vier jaar, in België vijf jaar. De eigenlijke opleiding tot gz-psycholoog is een postacademisch traject dat voltijds twee jaar of deeltijds maximaal vier jaar beslaat. De opleiding kent twee inhoudelijke opties: een voor volwassenen en ouderen en een andere voor kinderen en jeugdigen. In een voltijdse opleiding betekent dat één dag per week theoretisch onderwijs en vier dagen per week gesuperviseerde klinische praktijk. Het programma is goed vergelijkbaar met het tweede masterjaar in de Vlaamse psychologieopleiding optie klinische en gezondheidspsychologie, maar dan dubbel zo lang.

Wie is gz-psycholoog?

In Nederland zijn het beroep en de titel 'gz-psycholoog' sinds 1998 wettelijk erkend en opgenomen in het register voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Hierdoor kunnen consultaties worden terugbetaald door de ziektekostenverzekering. In oktober 2013 waren er 15.339 geregistreerde gz-psychologen (BIG-register, 2013), dus zo'n 91 per 100.000 inwoners. Velen hebben een bijkomende registratie verworven. Zo is ongeveer de helft ef-

fectief werkzaam als gz-psycholoog, anderen zijn werkzaam als psychotherapeut (6.661 BIG-geregistreerd), specialiseerden zich als klinisch psycholoog (2.100 BIG-geregistreerd) of klinisch neuropsycholoog (123 BIG-geregistreerd), of zijn niet meer werkzaam als gz-psycholoog. Ongeveer twee derde is vrouw en 76% heeft een basisopleiding als psycholoog, 20% als pedagoog en 4% als geestelijke gezondheidskundige. Ongeveer de helft van hen werkt in de geestelijke gezondheidszorg en de andere helft is werkzaam in diverse andere zorgsectoren. De jaarlijkse instroom voor de opleiding is momenteel geplafonneerd op 960 personen, maar er is een behoorlijke wachtlijst en ook het aantal vacatures in het werkveld zet aan tot verhoging van dat instroomaantal.¹ Toch adviseert het Capaciteitsorgaan (2013) om de instroom voor gz-psychologen terug te brengen tot bij voorkeur 585. Op basis van onderzoek oordeelde het dat de evolutie in de zorgvraag voor onder andere de gz-psycholoog “te ongewis [is] om te kiezen voor een ontwikkeling met doorgaande trend”. Hoewel de gz-psycholoog qua diagnostiek en indicatiestelling het hele veld bestrijkt, behoren het behandelen van persoonlijkheidsproblemen en meervoudige diagnoses eerder tot het takenpakket van de klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Hoewel deze bijdrage handelt over de gz-psycholoog in verhouding tot de Vlaamse klinisch psycholoog, volgt hier toch een korte historische situering van de klinisch psycholoog in Nederland.

In 1966 voerde het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een register klinisch psychologen in. Was in eerste instantie een aantal uren gesuperviseerde praktijkervaring voldoende om zich in het register te laten inschrijven, vanaf eind jaren 1980 werd inschrijving afhankelijk gemaakt van een met goed gevolg afgeronde vierjarige postmasteropleiding (theorie en gesuperviseerde praktijk), waarvan een psychotherapieopleiding een onderdeel was. Bij het tot stand komen van de Wet BIG bleek dat vierjarige traject onhoudbaar (te lang en te duur, vonden overheid en werkgevers) en werd het NIP verplicht een voorstel te doen tot inkorting. Na uitvoerig overleg werd gekozen voor een tweejarige postmasteropleiding tot gz-psycholoog op het niveau van een basisberoep binnen de Wet BIG, om dan later alsnog het specialisme klinisch psycholoog in te richten en erkend te krijgen binnen dezelfde wet. De opleidingsduur tot klinisch psycholoog bedraagt momenteel ten minste tien jaar: na de erkenning als gz-psycholoog volgt een specialisatieopleiding tot klinisch psycholoog (dat tevens een opleiding tot psychotherapeut impliceert) van ten minste vier jaar.

Een goed en uitgebreid overzicht van het beroep van gz-psycholoog biedt het lijvige *Handboek voor GZ-psychologen* (Verbraak, Visser, Muris, & Hoogduin, 2011), dat bestaat uit vijfenveertig hoofdstukken gegroepeerd in vier onderdelen. Het eerste deel schetst de maatschappelijke context, de ontwikkeling en de positionering in de gezondheidszorg. De grillige geschiedenis verklaart waarom de titel van psycholoog slechts tot 1993 werd beschermd en hoe de originele naam ‘gz-psycholoog’ werd uitgevonden, terwijl overal elders in de wereld gesproken wordt over klinisch psycholoog of psychotherapeut. En de turbulente ontwikkelingen zetten zich voort. Einde 2012 begon een aantal gz- en klinisch psychologen uit onvrede met het NIP met een nieuwe beroepsvereniging (Van Drunen, 2013) (zie ook www.nvgzp.nl en het tijdschrift www.gzpsychologie.nl). Het omvangrijkste tweede deel van het handboek behandelt de inhoud van de taken van de gz-psycholoog. De nadruk ligt op diagnostiek, indicatiestelling en psychotherapeutische technieken, om af te sluiten met enkele bijkomende opdrach-

ten zoals preventie, interdisciplinaire samenwerking en implementatie van wetenschappelijke richtlijnen. Omdat we ook in de Vlaamse praktijk worstelen met die laatste thema's, is de praktische operationalisering ervan erg inspirerend. Het derde deel beschrijft hoe de gz-psycholoog werkzaam is binnen dertien verschillende zorgsectoren. Het generalistische karakter van deze psychologische professie blijkt de belangrijkste troef om zo breed ingezet te kunnen worden en leidt tot een betere integratie, maatschappelijke waardering én financiering dan in Vlaanderen. De kwalificatie als gz-psycholoog wordt ondertussen feitelijk als voorwaarde gesteld voor vervolgoopleidingen zoals die voor eerstelijnspsycholoog, seksuoloog en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Van Drunen, 2013). Ze is wettelijk vereist voor de specialisatie tot klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. Sinds kort wordt er zelfs door veel praktijkopleiders in ggz-organisaties op aangedrongen dat de opleiding tot gz-psycholoog voorafgaat aan de opleiding tot psychotherapeut, zodat psychotherapeuten beter opgeleid worden in de psychodiagnostiek. Het afsluitende deel van het handboek focust op de randvoorwaarden waarbinnen de gz-psycholoog zijn werk doet en handelt over ethische, juridische en opleidingsaspecten. Erg boeiend is bijvoorbeeld het hoofdstuk over beroepsethiek, waarin dilemma's uit de praktijk in verband met vertrouwelijkheid worden besproken. Dit handboek is een aanbevelenswaardig naslagwerk.

Competentiegericht opleiden

Visitaties van opleidingen prikkelen de opleidingsverantwoordelijken tot kwaliteitsverbetering. In Nederland vormden de visitaties mede de aanleiding om de eindtermen van de opleiding tot gz-psycholoog te specificeren. De Werkgroep Modernisering GZ-opleiding (2012) schreef een nieuw opleidingsplan uit dat vanaf 4 december 2012 bindend is voor alle Nederlandse opleidingsinstituten. In de inleiding situeren de auteurs beknopt het beroep en het werkveld, de structuur en de inhoud van de opleiding. Voor uitgebreidere informatie hierover verwijzen ze naar het zojuist besproken *Handboek voor GZ-psychologen*. Centraal in het opleidingsplan staat het competentiegericht opleiden volgens een competentieprofiel van de gz-psycholoog. Daarna volgen aanbevelingen voor het toetsen en beoordelen van de studenten en voor de kwaliteitszorg binnen de opleiding. We focussen hier op het competentiegericht opleiden tot gz-psycholoog met de vraag of we hieruit iets kunnen leren voor onze Vlaamse opleidingen tot klinisch psycholoog.

Volgens de opleidingsvisie vindt het leren grotendeels plaats in een zo authentiek mogelijke omgeving en wordt het expliciet gemaakt door reflectie. Men leert van de in de praktijk aanwezige beroepsgenoten en neemt geleidelijk het handelingsrepertoire (de kennis, vaardigheden, houding, normen en waarden) van de beroepsgroep over op basis van concrete feedback tijdens het ervaringsleren. De uit te voeren werkzaamheden en verantwoordelijkheden verschuiven gedurende de opleiding van minder naar meer complex, terwijl de intensiteit van de begeleiding afneemt in de loop van de opleiding.

Het uitgangspunt voor het competentiegericht opleiden is het model van de Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS, 2005). Dat model werd ontwikkeld in de jaren 1990 door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Het is gebaseerd op

consensus over de inhoud van het beroep van arts, op een educatief model en op empirisch onderzoek. Drie kernbegrippen uit het model zijn:

- competentie: de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke authentieke beroepscontext adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden en professionele gedragskenmerken;
- competentiegebied: een clustering van een aantal competenties; competentiegebieden vertonen in het profiel een onderlinge samenhang en zijn essentieel om als gz-psycholoog goed te kunnen functioneren;
- indicator: de operationalisering van een competentie in waarneembaar en meetbaar gedrag of het resultaat van dat gedrag van de (aankomende) beroepsbeoefenaar.

De zeven competentiegebieden van de gz-psycholoog zijn kortweg aan te duiden als:

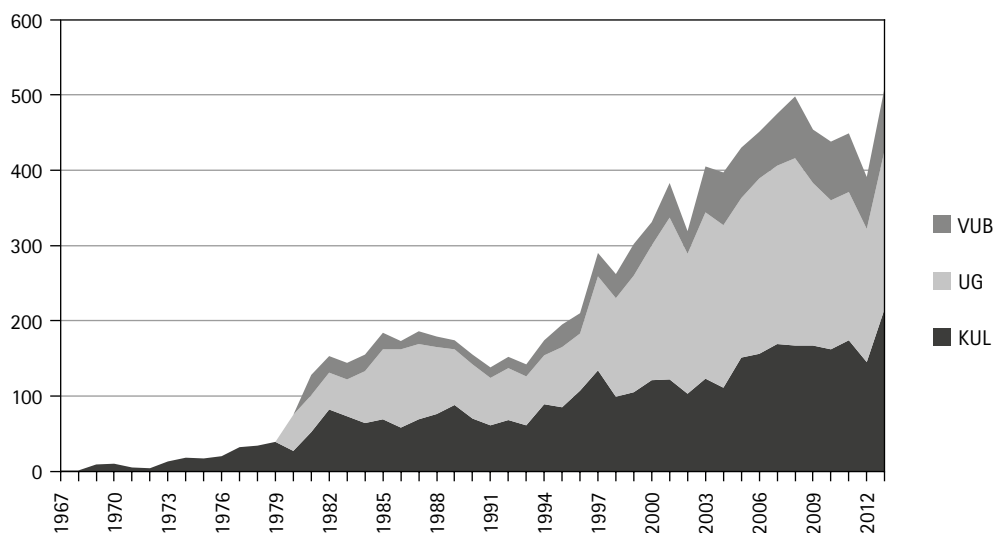
1. psychologisch handelen: omvat diagnostiek, indicatiestelling, interventie en is het kerngebied van het vak, waarmee de overige competentiegebieden nauw samenhangen;
2. communicatie: omvat alle communicatie en samenwerking met de cliënt en diens systeem;
3. samenwerking: verwijst naar het samenwerken met alle zorgverleners die met de gz-psycholoog betrokken zijn bij diens cliënt;
4. kennis en wetenschap: richt zich op het proces van het verwerven en uitdragen van kennis;
5. maatschappelijk handelen: betreft de maatschappelijke context van het handelen van de gz-psycholoog en vormen van belangenbehartiging ten behoeve van de cliënten;
6. organisatie: betreft zowel het organiseren van een activiteit (zoals diagnostiek of een interventie) als het werken in een organisatie;
7. professionaliteit: heeft betrekking op onder meer persoonlijke, ethische en juridische kwaliteitseisen die gesteld worden aan de beroepsuitoefening van de gz-psycholoog.

In het competentieprofiel wordt voor elk van de zeven gebieden aangegeven wat van een gz-psycholoog mag worden verwacht in termen van competenties en waarneembare indicatoren. Dat leidt tot 26 verschillende competenties met telkens minstens twee en maximaal acht indicatoren. De competentiegebieden worden vervolgens uitgewerkt in negen thema's die het generalistische domein van de gz-psycholoog bestrijken: (1) diagnostiek en rapportage (het uitvoeren en rapporteren van psychodiagnostisch onderzoek); het uitvoeren van diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en evaluatie van (2) angst en stemmingsstoornissen, (3) psychotische stoornissen, (4) verslaving en stoornissen in de impulscontrole, (5) stoornissen met somatische symptomen, (6) cognitieve stoornissen, (7) persoonlijkheidsproblematiek, en (8) ontwikkelingsstoornissen, (9) beleid en organisatie (niet-cliëntgebonden werkzaamheden op het gebied van kwaliteit en organisatie van de zorg). Dat levert een uitgebreide matrix op van competentiegebieden en thema's, waarbij voor elk thema de relevante competenties worden gespecificeerd. Daardoor weet de student gedetailleerd en transparant wat van hem verwacht wordt en waarop hij wordt beoordeeld. Er zijn verplichte en facultatieve onderdelen. Daaruit valt af te leiden dat het generalistische karakter met een grote correlatie moet worden genomen. De praktische toepassing vindt immers altijd plaats binnen een selectieve en beperkte praktijksituatie die nooit alle varianten die in de praktijk van de gezondheidszorg voorkomen, kan bieden.

Competent handelen impliceert het vermogen om de kwaliteit van het eigen werk te (laten) evalueren en beoordelen. De toetsing van de competenties gebeurt in zogenaamde Kenmerkende BeroepsSituaties (KBS). Dat zijn situaties die prototypisch zijn voor het beroep en de kern van het thema raken. De student moet ten minste acht KBS'en meegemaakt hebben in de praktijkopleiding waarin maximaal drie competentiegebieden worden beoordeeld aan de hand van vooraf opgestelde criteria. De toetsen (vaststellen van het bereikte competentieniveau) en beoordelingen (interpretatie van de toetsresultaten tegenover een norm) worden uitgewerkt in een afzonderlijk toetsboek met verschillende instrumenten voor het theoretische en het praktische gedeelte van de opleiding. Elke student is verantwoordelijk om aan een portfolio te werken die een centrale plaats heeft in zijn individuele opleidings-traject.

En de Vlaamse klinisch psycholoog?

Begin 2013 waren er in België 7.718 psychologen geregistreerd bij de Psychologencommissie (2013). De meeste psychologen zijn vrouwen (78%) en dat percentage stijgt jaarlijks met ongeveer 1%. Het Vlaamse Gewest telt de meeste psychologen (n = 3.374; 44%), gevolgd door het Waalse Gewest met 3.054 (40%), het Brusselse Gewest met 1.192 (15%) en het buitenland met 98 psychologen (1%). Per taalgroep zijn er meer Franstalige geregistreerde psychologen (n = 4.436; 57%) dan Nederlandstalige (n = 3.282; 43%). Ongeveer vier op de vijf psychologen zijn werkzaam in de klinische sector en ongeveer twee op de drie zijn zelfstandige in hoofdberoep of bijberoep. Ondanks de wettelijke verplichting hebben nog niet alle psychologen zich geregistreerd en dus zijn deze absolute cijfers een onderschatting.



FIGUUR 1. Aantal afgestudeerde masters/licentiaten, optie klinische en gezondheidspsychologie aan de Vlaamse universiteiten

Omdat de wet voor de erkenning van klinisch psychologen, die begin 2014 goedgekeurd werd, nog moet worden uitgevoerd, weten we niet precies hoeveel van hen werkzaam is in welke sector. We kennen wel het jaarlijkse aantal afgestudeerde masters met optie klinische en gezondheidspsychologie van de drie Vlaamse universiteiten (zie figuur 1): door de jaren heen zorgden de KU Leuven (KUL) en de Universiteit Gent (UG) elk voor ongeveer 40% en de Vrije Universiteit Brussel (VUB) voor 20% van de afgestudeerden. Tussen 1967 en 2013 studeerden er in Vlaanderen 9.705 licentiaten of masters in de psychologie af in de klinische richting. Ondanks het dipje van de voorbije jaren mag men een jaarlijkse uitstroom van ongeveer 500 klinisch psychologen verwachten.

Kunnen we iets leren van Nederland?

Het Nederlandse gz-opleidingsplan wil bijdragen tot een betere afstemming van de bestaande opleidingscurricula. Ook in België is dat wenselijk. Alleen al de verschillen tussen de masterdiplomatitels zijn opmerkelijk: klinische psychologie (UG en VUB), klinische en gezondheidspsychologie (KU Leuven), bien-être et santé (Université catholique de Louvain), psychologie clinique (Université de Liège (ULg) en Université de Mons), psychologie clinique et psychopathologie (Université libre de Bruxelles). Bovendien zijn er merkwaardige inhoudelijke verschillen tussen de Nederlandstalige en Franstalige curricula. De eigen organisatie en inhoudelijke accenten in elke afstudeerrichting hebben vaak lokale en historische redenen. In sommige faculteiten is deze bijvoorbeeld gebaseerd op leeftijdsdoelgroepen, terwijl andere psychotherapeutische richtingen of specifieke werkvelden onderscheiden (zoals gehandicaptenzorg, forensische sector, neuropsychologie, ...). In Vlaanderen vindt men de schoolpsychologie alleen aan de KU Leuven als afstudeeroptie naast de klinische, terwijl deze in Wallonië alleen aan de ULg bestaat, maar dan wel geïntegreerd in de klinische subrichting ‘ontwikkeling en handicap’. Er is nood aan afstemming en de faculteiten kunnen dat zelf aanpakken, bijvoorbeeld met het EuroPsy-model (www.europsy-efpa.eu) als referentiekader.

Zowel in het theoretische als in het praktijkgedeelte van de opleiding tot gz-psycholoog wordt een opdeling gemaakt in vier categorieën met een vrij arbitraire globale volumeaanduiding: diagnostiek (40%), indicatiestelling (10%), behandelingsmethoden (40%) en overige taken zoals multidisciplinaire samenwerking of coördinerende taken (10%). De globale opbouw van de theoretische programma's is vergelijkbaar tussen de zes Nederlandse opleidingsinstellingen, maar laat ruimte voor eigen accenten. In tegenstelling tot de Vlaamse masteropleidingen waarin de therapeutische referentiekaders dominant aanwezig zijn, vormen de verschillende groepen van psychopathologische stoornissen de basis van de opleiding tot gz-psycholoog en gaat er bijzondere aandacht uit naar de multidisciplinaire richtlijnen (zie www.ggzrichtlijnen.nl). Momenteel komen deze richtlijnen in de Vlaamse masteropleidingen nauwelijks of slechts zeer selectief aan bod. Ook de visitatiecommissie (Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad [VLUHR], 2012) merkte op “dat zowel in de bachelor- als de masteropleiding sterker ingezet moet worden op het ‘evidencebased principe’ zodat studenten bij psychologische interventies vanuit een parate kennis van internationale richtlijnen consequent handelen vanuit de reflex: welke interventie werkt bij welk probleem,

geredeneerd vanuit empirische effectiviteitsstudies”. Delimon (2013) nuanceert terecht dat van universitair opgeleide psychologen verwacht mag worden “dat zij niet reflexmatig maar weloverwogen handelen: dus met kennis van richtlijnen én in het besef dat richtlijnen geen kookboeken zijn met recepten, maar hulpmiddelen om tot verantwoorde beslissingen te komen”. Maar bij de Vlaamse afgestudeerden is deze passieve kennis van de richtlijnen minimaal en de competentie om ermee te werken nagenoeg onbestaande. Ondanks de expliciete aanbeveling van de Vlaamse overheid om deze richtlijnen – die als aanbevelingen bedoeld zijn – te gebruiken, botst men op weerstanden in de praktijk die gedeeltelijk te wijten zijn aan onvoldoende kennis en verwarring met dwingende protocollen (Stevens & Ceulemans, 2009; Zorginspectie, 2012).

Een opvallende voorwaarde om de gz-opleiding aan te vatten is dat de kandidaat behalve het masterdiploma en de klinische stage, minstens drie diagnostische praktijkcasussen onder supervisie met een voldoende beoordeling moet hebben afgerond (Verbraak et al., 2011). Dat laatste is een vereiste waaraan niet meer wordt voldaan door de Vlaamse afgestudeerde masters in de (klinische) psychologie. Al enkele jaren worden alarmsignalen geuit met betrekking tot de achteruitgang in de diagnostische competentie van afgestudeerde masters en de daaruit voortvloeiende zwakker wordende psychodiagnostische praktijk (Cools, 2008; Stevens & Ceulemans, 2009; Zorginspectie, 2012; Paulussen & Vereycken, 2013). Dat bovendien de interuniversitaire postacademische vorming psychodiagnostiek voor volwassenen niet meer werd georganiseerd in 2013 vanwege te weinig kandidaten, voorspelt weinig goeds.

Wat het praktijkgedeelte betreft, is het interessant dat de gz-psycholoog in opleiding als werknemer wordt aangesteld bij een erkende praktijkopleidingsinstelling. De erkenningscriteria voor opleidingsinstellingen en de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de hoofdopleider, de praktijkopleider, de werkbegeleider en de supervisor zijn nauwkeurig omschreven in een landelijke richtlijn, die tevens wordt gecontroleerd met visitaties (Kamer Gezondheidszorgpsycholoog, 2008). Zo moet de hoofdopleider ten minste vijf jaar geregistreerd zijn als gz-psycholoog en vijf jaar werkzaamheden op dit terrein verricht hebben, de praktijkopleider moet eveneens vijf jaar geregistreerd zijn en drie jaar voltijdse praktijkervaring kunnen aantonen, voor supervisoren en werkbegeleiders volstaan drie jaar registratie en twee jaar voltijdse werkervaring.

In Vlaanderen zijn de masterstages onbetaald en bepalen de faculteiten zelf de criteria voor stageplaatsen en stagementoren. De selectie van de stageplaatsen verloopt vaak vrij pragmatisch vanwege het beperkte aantal beschikbare plaatsen, en de voorwaarden die aan de mentoren worden gesteld, zijn zwak en worden niet gecontroleerd door een externe instantie. De vijf jaar klinische ervaring en een voltijdse aanstelling, die enkele faculteiten aanvankelijk als voorwaarden stelden aan het stagementorschap, werden ondertussen afgezwakt tot drie jaar klinische ervaring. Dat is onvoldoende. Minimale vereisten voor stagementoren zouden moeten zijn: (1) geregistreerd zijn als psycholoog, (2) afgestudeerd zijn in de richting klinische psychologie, (3) vijf jaar klinische ervaring en (4) ten minste een vier-vijfdeaanstelling. Men gaat er bovendien te vanzelfsprekend van uit dat stagementoren de recente ontwikkelingen in hun vakgebied volgen. Er is te weinig interactie tussen de universiteit en de stagementoren om dat te garanderen. Faculteiten kunnen een meer stimulerende rol opnemen

in het vormen van goede stagementoren. Deze investering in stagementoren is een vorm van dienstverlening aan de zorgvoorzieningen die zich meteen terugbetaalt via een hogere kwaliteit van de stages.

Het oordeel van de visitatiecommissie (VLURH, 2012) over de stages luidt: “In alle masteropleidingen wordt een degelijke stage aangeboden. Vooral in de masteropleiding aan de KU Leuven wordt sterk ingezet op een goede begeleiding en opvolging van de stagestudenten, alsook op de persoonlijke opvolging en begeleiding van de externe stagebegeleiders. De andere masteropleidingen dienen zich op dit vlak nog verder te versterken.” Concreet beveelt de commissie aan dat er tussen de stagementor van de praktijk en de stagebegeleider van de opleiding nauwer en frequenter contact zou zijn. Met betrekking tot de stagebeoordeling dienen de stagementoren beter op de hoogte te worden gebracht van de wijze waarop zij de stagiairs moeten evalueren. In de voorbije vijf jaar werd nochtans in alle masteropleidingen de visie op de klinische stage geïnspireerd en geconcretiseerd vanuit het ‘reflective practitioner model’ en het competentiegericht leren (zie bijvoorbeeld Van Lier, Weytens, & Cluckers, 2010).

Wie is competent?

Sinds de jaren negentig van de twintigste eeuw is het competentiedenken niet meer weg te denken uit de humanresourcemanagementsferen van de bedrijfswereld en in navolging daarvan ook in de onderwijswereld, meer bepaald in de beroepsgerichte opleidingen. Competentieprofielen werden eerst uitgewerkt in professionele bacheloropleidingen en pas later in academische bachelor- en masteropleidingen.² Het is een mooi voorbeeld van een toenemende professionalisering, in tegenstelling tot de omgekeerde beweging van academisering, die als dominantanter wordt gepercipieerd. Ook de Vlaamse psychologieopleidingen beschrijven in hun zelfevaluatie rapporten de doelstellingen van bachelor- en masteropleidingen met eindcompetenties. In visitaties (VLURH, 2012) worden ze beoordeeld op de mate waarin de nagestreefde competenties logisch en sequentieel worden opgebouwd in het opleidingsprogramma.

Sinds enkele jaren vormt een minder of meer uitgewerkt competentieprofiel zowel voor de studenten als voor de mentoren een leidraad voor het verloop en de evaluatie van de Vlaamse masterstages. Opvallend is dat de drie universitaire opleidingen elk een verschillend theoretisch competentiemodel volgen. Het hierboven besproken Nederlandse opleidingsplan voor de gz-psycholoog omvat in ieder geval het meest uitgewerkte competentieprofiel. Maar merkwaardig is dat het nergens verwijst naar het door de European Federation of Psychologists Associations (EFPA) aanbevolen competentiemodel (www.europsy-efpa.eu), dat nochtans gericht is op de Europese afstemming van opleidingsprogramma's (Lunt, Job, Lecuyer, & Peiro, 2011). De vraag is wat de meerwaarde is van het zeer gedetailleerde competentiemodel en of het een na te volgen voorbeeld is.

Het leren van een professie op basis van competenties is eigenlijk de analytisch uitgefilterde vorm van het leren van een ambacht binnen een meester-leerlingrelatie. Het voordeel hiervan

is zeker dat het didactisch nuttige handvatten biedt, maar tegelijk leert de ervaring dat essentiële elementen van de opleiding ontsnappen aan dat vrij rationele model. Engagement, bezieling, vertrouwen, respect, empathie, existentiële gevoeligheden, intuïties... laten zich moeilijk vatten in objectieve indicatoren.

Het is opvallend dat er in de psychologische literatuur geen consensus bestaat over de definitie noch over een omvattend competentiemodel voor kern- en deelcompetenties en voor de niveaus van professionele ontwikkeling, noch over de wijze waarop ze moeten worden beoordeeld. Los daarvan is competentie in de praktijk geen dichotoom gegeven: men is niet competent of incompetent. Men kan ook niet op alle domeinen tegelijk competent zijn, veel hangt bijvoorbeeld af van de werksetting of de doelgroep waarmee men werkt. Er is bovendien eerder sprake van een continuüm, waarbij competentie als ideaal wordt nagestreefd. In opleidingen definieert men minimale competentienormen of standaarden. Competenties zijn geen statisch gegeven, ze evolueren in de tijd en zijn gedeeltelijk contextafhankelijk. Ook psychologen zijn bijvoorbeeld niet immuun voor familiale of werkgerelateerde stress, die zijn invloed heeft op de kwaliteit van hun werk. Van elke beroepsbeoefenaar wordt verwacht dat hij gedurende zijn gehele loopbaan werkt aan het in stand houden en verbeteren van zijn competenties.

Een bedreiging voor het competentiegericht opleiden is de illusie van de maakbaarheid van de ideale psycholoog. Competentieprofielen bieden kansen en mogelijkheden tot een fijnere aansturing in het leerproces, maar ze mogen niet worden verabsoluteerd. Enige relativering en ruimte voor kritische reflectie en andere leervormen blijven wenselijk.

Gz-psycholoog als model?

Binnen de Europese context blijkt de vrij unieke Nederlandse structuur van een vierjarige master in de psychologie, die aangevuld kan worden met een tweejarige opleiding tot gz-psycholoog, geen na te streven voorbeeld.³ Nederland bevindt zich met zijn gz-psycholoog in een zeer geïsoleerde positie. In 25 van de 32 Europese landen die aangesloten zijn bij de EFPA (www.efpa.eu), bestaat al een masteropleiding van ten minste vijf jaar. Toch is de sterke praktijkgerichtheid van de gz-psycholoog een belangrijke troef die in België niet kan worden uitgespeeld.

De EFPA adviseert verder te bouwen op de vijfjarige master met ten minste één jaar gesuperviseerde en betaalde stage: twaalf EFPA-landen beantwoorden al aan deze norm. Deze praktijktraining of professionele stage is voor de EFPA essentieel om als psycholoog autonoom te werken. Wat die professionele stage na de masteropleiding betreft, staan we in België nog nergens. De huidige masteropleiding (vooral het praktijkgerichte deel ervan) volstaat niet om na het afstuderen op een voldoende professioneel niveau autonoom te functioneren. Naar aanleiding van de parlementaire discussies over de erkenning van de klinisch psycholoog en meer bepaald de kritiek van psychiaters op de feitelijke afbouw van de masterstages, met als gevolg weinig gesuperviseerde praktijkervaring, heb ik (Cools, 2010) al gepleit voor een bijkomend trainingsjaar. Ook bij andere zelfstandige beroepsgroepen (architecten, advocaten, psychiaters, ...) is een dergelijke betaalde stage gebruikelijk. Voor de EFPA omvat de

professionele stage van één jaar ongeveer 1.500 werkuren. Ze kan geheel of gedeeltelijk door de universiteit worden georganiseerd, maar wordt duidelijk onderscheiden van de gewone masterstage, zowel inhoudelijk als qua statuut. De professionele stage of gesuperviseerde praktijk veronderstelt immers een vorm van betaalde tewerkstelling. Het belangrijkste argument om de huidige masteropleiding tot psycholoog aan te vullen met een trainingsjaar is het verbeteren van de kwaliteit van de afgestudeerde klinisch psycholoog als generalistisch inzetbaar gezondheidszorgberoep.

Na twintig jaar ijveren is de wet op de erkenning van klinisch psychologen die begin dit jaar goedgekeurd werd, een uitdrukking van de maatschappelijke waardering voor onze beroepsgroep. Deze wet bepaalt de minimale opleidingsvereisten als een masteropleiding in de klinische psychologie “die minstens vijf jaar studie of 300 ECTS-studiepunten telt, een stage in het domein van de klinische psychologie inbegrepen”. Het is echter aan de nog op te richten Federale Raad voor de klinische psychologie om deze voorwaarden desgevallend te verstrengen. In eerste instantie zullen uiteraard de huidige afgestudeerde klinisch psychologen worden erkend. Hopelijk heeft de Federale Raad ook de moed de bevoegde minister te adviseren om de toekomstige erkenningsnorm te verstrengen met een bijkomend jaar gesuperviseerde praktijk, zodat we kunnen voldoen aan de EFPA-norm.

Afgezien van de kritiek op de opleiding tot gz-psycholoog vanwege de eigenzinnige structurele opbouw en het te verregaand uitgewerkte competentiemodel, bevat ze verschillende inhoudelijke troeven, zoals de sterke praktijkgerichtheid, de goed omschreven rollen en verantwoordelijkheden van de opleiders. Maar veel belangrijker wellicht is dat gz-psychologen ondertussen vrij breed ingezet en gewaardeerd worden in de gezondheidszorg. De gz-psycholoog is gegeerd vanwege de kwaliteit van zijn aanbod en zijn interventies worden ook vergoed door de ziektekostenverzekering. Ten minste op dat punt kunnen we iets leren van onze Nederlandse burens.

Noten

1. In 2011 werd bovendien een voorstel geformuleerd om verkorte opleidingstrajecten toe te staan waarbij rekening wordt gehouden met ‘Eerder Verworven Competenties’ (www.kgzp.nl/EVC-traject) ten behoeve van ‘BIG-lozen’. Hun aantal wordt geschat op 3.000, ongeveer een derde van het totale aantal psychologen en pedagogen dat werkzaam is in de gezondheidszorg. Het gaat gedeeltelijk om jonge, net afgestudeerde psychologen en pedagogen die wachten op een opleidingsplaats en voor een ander deel betreft het ervaren professionals die al geruime tijd in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Maar dat voorstel lokt, ondanks de steun van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, veel discussie uit zodat uitvoering op zich laat wachten.
2. Het competentiemodel werd door de overheid opgelegd door artikel 58 van het Decreet betreffende de herstructurering van het hoger onderwijs in Vlaanderen (B.S. 14/08/2003).
3. Cees van der Staak (2008), pionier van de gz-opleiding, pleitte er in zijn afscheidsrede voor om de masteropleiding en de gz-opleiding in elkaar te schuiven zodat de totale opleiding op zes jaar komt. Dat voorstel werd zowel door de beroepsgroep als door de werkgevers verworpen omdat men vreesde voor een te grote invloed van de universiteit en dat het praktijkleren in een meesterleerlingrelatie op de achtergrond zou geraken.

Literatuur

- BIG-register. (2013). Aantallen zorgverleners in het BIG-register [Cijfers op 1/10/2013]. Geraadpleegd op 28 oktober 2013 via www.bigregister.nl/overbigregister/cijfers/.
- Canadian Medical Education Directives for Specialists. (2005). *CanMEDS Framework*. Geraadpleegd via www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds.
- Capaciteitsorgaan. (2013). *Capaciteitsplan 2013: deelrapport 7. Beroepen Geestelijke Gezondheid*. Geraadpleegd via www.capaciteitsorgaan.nl/.
- Cools, B. (2008). Pessimistische én optimistische perspectieven voor de klinische psychodiagnostiek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 38, 25-31.
- Cools, B. (2010). De klinisch psycholoog bestaat (nog steeds) niet: over weerbarstige maatschappelijke erkenning, problematische relatie met psychiaters en opleidingsvereisten. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40, 135-147.
- Delimon, J. (2013). Opleidingen psychologie in Vlaanderen: reflecties en reflexen van een visitatiecommissie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43, 12-17.
- Kamer Gezondheidszorgpsycholoog. (2008). *Taken en verantwoordelijkheden in de praktijkopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoog specialist*. Utrecht.
- Lunt, I., Job, R., Lecuyer, R., & Peiro, J.M. (2011). *Tuning-EuroPsy: Reference points for the design and delivery of degree programmes in psychology. Tuning educational structures in Europe*. Geraadpleegd via www.efpa.eu/professional-development/tuning-europsy_-_tuning-educational-structures-in-europe.
- Paulussen, I., & Vereycken, J. (2013). Waar een wil is, is nog geen weg. Pogingen tot implementatie van psychodiagnostiek in twee centra voor geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43, 38-52.
- Psychologencommissie. (2013). *Jaarverslag 2012*. Geraadpleegd via [www.compsy.be/public/files/file/Jaarverslag%202012%20oversie%201\(1\).pdf](http://www.compsy.be/public/files/file/Jaarverslag%202012%20oversie%201(1).pdf).
- Stevens, P., & Ceulemans, E. (2009). Indien de therapeutische vrijheid u lief is, neem dan het concept behandelplan ernstig. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39, 147-151.
- Van der Staak, C. (2008). Alleen met brandend geduld. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 12, 991-1003.
- Van Drunen, P. (2013). Een nieuw beroep, een eigen vereniging: de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen. *Psycho Praktijk*, 5(3), 30-33.
- Van Lier, L., Weytens, S., & Cluckers, G. (2010). Stage in de opleiding klinische psychologie, optie kinderen en adolescenten. De Tour de France rijden, een wereldreis maken of piano leren spelen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40, 26-36.
- Verbraak, M., Visser, S., Muris, P., & Hoogduin, K. (Red.) (2011). *Handboek voor GZ-psychologen*. Amsterdam: Boom.
- Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad. (2012). *De onderwijsvisitatie Psychologie. Een evaluatie van de kwaliteit van de academische opleidingen Psychologie aan de Vlaamse universiteiten*. Geraadpleegd via www.vluhr.be/media/docs/rapportpsychologie.pdf.
- Werkgroep Modernisering GZ-opleiding. (2012). *Opleidingsplan GZ-psycholoog*. Geraadpleegd via www.kgzp.nl/resources/Opleidingsplan-GZ-competentie.pdf.
- Zorginspectie. (2012). *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Tweede auditcyclus 2008-2012*. Geraadpleegd via www.wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/publicaties/Pages/CGG.aspx.

Summary

The education of the healthcare psychologist in the Netherlands holds a unique position in the world, especially when compared with the Flemish clinical psychologist. A look at the European context suggests that the Dutch training structure, comprising a four-year master of psychology and a possible further education of two years, is rather unusual and by no means an example one should follow. Its focus on a radical implementation of the competency model is questionable. However its strong practice-orientation is an asset that cannot yet be employed in Belgium. But the new law for the recognition of clinical psychologists offers a chance to make adjustments.

Personalia

Bob Cools is klinisch psycholoog, psychoanalytisch therapeut en lid van de Psychologencommissie. Hij is docent geestelijke gezondheidszorg aan de Hogeschool Universiteit Brussel (HUB) en directeur van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg De Pont te Mechelen.

E-mail: bob.cools@telenet.be