



FORUM

# Wet op de uitoefening van psychotherapie: uitwerken of laten uitdoven?

*Kris Martens, Roland Sinnaeve*

## Inleiding

Wat is het verschil tussen behandeld worden door een klinisch psycholoog en psychotherapie? Voor de beantwoording van die vraag bestudeerden we de huidige Wet op de geestelijke gezondheidszorg (ggz)-beroepen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [FOD VVVL], 2016) en twee adviezen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR, 2005, 2015), op zoek naar een onderscheid in definities en competentieprofielen. We stelden vast dat psychotherapie beschouwd wordt als een verdere specialisatie van klinisch psychologisch handelen. Een psychotherapieopleiding zorgt ervoor dat de klinisch psycholoog competenter wordt in het onderbouwen en uitvoeren van een therapeutisch kader, en in het inschatten van de eigen effectiviteit in het therapeutische proces. In de discussie stellen we de meerwaarde van dat extra wettelijke kader in vraag. We doen een oproep om het advies van de HGR (2005) te actualiseren alvorens tot de uitvoering ervan over te gaan.

## Hoe psychotherapie in België in de wet kwam

Sinds 1 september 2016 is er in België een wet van kracht die de ggz-beroepen regelt (FOD VVVL, 2016). Ze beschrijft onder andere de beroepsuitoefening van de klinische psychologie en de praktijk van de psychotherapie. De wet was een mijlpaal in een politiek dossier waarvan de afhandeling meer dan twee decennia in beslag heeft genomen (Cools, 2011; Lowet, 2016). Eerder, op 4 april 2014, keurde het federale parlement een eerste versie van de Wet op de ggz-beroepen goed (FOD VVVL, 2014). De toenmalige minister van Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, wilde oorspronkelijk enkel een wettelijk kader voor de psychotherapeuten. Onder druk van de Belgische Federatie van Psychologen en haar politieke bondgenoten stemde Onkelinx ermee in dat de erkenning van de klinisch psycholoog als autonoom zorgberoep zou worden meegenomen in de wetteksten (Lowet, 2016). De psychotherapie werd geregeld buiten het wettelijke kader van de gezondheidszorg.<sup>1</sup> Om psychotherapie te mogen beoefenen moest men minstens een 'psycho-medico-sociale' bachelor behaald hebben, gevolgd door een vierjarige opleiding psychoanalytische therapie, cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie



of 'humanistische' therapie. Voor bachelors zou er een schakelprogramma komen met daarin een selectie van vakken uit de psychologieopleiding (FOD VVVL, 2014). De wet bood een kader. De bedoeling was dat een Federale Raad voor de psychotherapie voor verdere invulling zou zorgen. Die Raad zou, onder andere, bevoegd zijn voor het 'machtigen van instituten' die de psychotherapieopleiding zouden mogen organiseren. Universiteitsmedewerkers zouden in die raad een minderheid vormen én zouden voorgedragen worden door de beroepsverenigingen (FOD VVVL, 2014).

In het regeerakkoord van de daaropvolgende regering-Michel werd opgenomen dat de Wet op de ggz-beroepen moet worden uitgevoerd (Federale Regering, 2014). Vanwege enkele juridische problemen, vooral met betrekking tot de orthopedagogie, moest de wet aangepast worden (Lowet, 2016). Minister van Volksgezondheid Maggie De Block maakte van de gelegenheid gebruik om ook de regeling van de psychotherapie opnieuw aan te pakken. De autonome uitoefening van psychotherapie werd opgenomen *binnen* het wettelijke kader van de gezondheidszorg en wordt hierdoor beschouwd als een gespecialiseerde praktijk, voorbehouden aan artsen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, op voorwaarde dat ze een 'specifieke opleiding psychotherapie' hebben gevolgd van minstens zeventig *European Credit Transfer System* (ECTS)-studiepunten aan een universiteit of hogeschool én een professionele stage op het gebied van de psychotherapie hebben afgerond van minstens twee jaar voltijds of een equivalent daarvan. De psychotherapeutische oriëntaties werden niet nader geconcretiseerd. In de herziene versie van de wet kunnen ook bachelors psychotherapie blijven beoefenen, op voorwaarde dat dit onder supervisie en in interdisciplinair verband gebeurt. Voor groepen die nadeel zouden ondervinden van de wet, wordt in overgangsmaatregelen voorzien (FOD VVVL, 2016).

De Federale Raad voor de psychotherapie verdween, samen met de andere adviserende organen waarvan eerst sprake was,<sup>2</sup> uit de wet. In de plaats komt er één Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen, die onder andere advies moet uitbrengen over de uitoefening van psychotherapie. De Federale Raad bestaat uit zestien klinisch psychologen, vier klinisch orthopedagogen, acht artsen, een voorzitter en een ondervoorzitter. Binnen elke discipline wordt de helft van de vertegenwoordigers voorgedragen door de faculteiten en de andere helft door de representatieve beroepsverenigingen van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen. Uiteraard werd er ook voor gezorgd dat de Federale Raad evenveel Nederlands- als Franstaligen bevat (FOD VVVL, 2017).

Sinds de herziene Wet op de ggz-beroepen (FOD VVVL, 2016) van kracht is, lijkt de maatschappelijke inbedding van de klinisch psycholoog vlot te verlopen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bracht een advies uit over de vergoeding van psychologische hulp (Kohn et al., 2016). Op 26 juli 2017 kondigde de federale regering aan dat er wordt gewerkt aan een gedeeltelijke terugbetaling van een kortdurende behandeling van mensen met milde psychische klachten door een klinisch psycholoog. De terugbetaling



van die eerstelijnspsychologische zorg zal waarschijnlijk eind 2018 kunnen ingaan (Federale Regering, 2017). In vergelijking met die acties bleef het opmerkelijk stil rond de psychotherapie.

We vroegen ons af of de uitvoering van regelingen rond de psychotherapie vertraagd wordt door een conceptueel probleem. Is het eigenlijk wel duidelijk wat psychotherapie inhoudt? De volgende vragen proberen we in deze bijdrage te beantwoorden: 1) Hoe werd psychotherapie gedefinieerd? 2) Over welke specifieke competenties moet men hiervoor beschikken? 3) Wat is het verschil tussen behandeld worden door een klinisch psycholoog en psychotherapie, of anders geformuleerd: hoe verhouden de definitie en het competentieprofiel van de klinisch psycholoog zich tot de psychotherapie? Na bestudering van de huidige Wet op de ggz-beroepen (FOD VVVL, 2016) en twee adviezen van de HGR (2005, 2015) beschrijven we in wat volgt onze vaststellingen. In de discussie geven we onze persoonlijke visie op die bevindingen.

## De definities van klinische psychologie en psychotherapie

Volgens de HGR (2015) kunnen gezondheidszorgberoepen gedefinieerd worden aan de hand van activiteiten, kennis, methoden, doelstellingen, doelgroep en andere elementen (bijvoorbeeld: deontologische code, context, samenwerking met andere beroepsbeoefenaars). Aan de hand van die elementen werd de klinische psychologie gedefinieerd (HGR, 2015), en die elementen zijn ook in de definitie van de psychotherapie terug te vinden (HGR, 2005). We hebben ze in tabel 1 samengevat en waar nodig verduidelijkt.

In de Wet op de ggz-beroepen (FOD VVVL, 2016) wordt de uitoefening van klinische psychologie en psychotherapie als volgt gedefinieerd:

Onder de uitoefening van de klinische psychologie wordt verstaan het gebruikelijk verrichten van autonome handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, bij een mens en in een wetenschappelijk onderbouwd klinisch psychologisch referentiekader, de preventie, het onderzoek, het opsporen of het stellen van een psychodiagnose van echt dan wel ingebeeld psychisch of psychosomatisch lijden en die persoon te behandelen of te begeleiden. Art. 13 § 3

Psychotherapie is een behandelingsvorm in de gezondheidszorg waarin men op een consistente en systematische wijze een samenhangend geheel van psychologische middelen (interventies) hanteert, die geworteld zijn binnen een psychologisch wetenschappelijk referentiekader en waarbij interdisciplinaire samenwerking is vereist. Art. 68/2/1 § 1

**Tabel I.** Definitie van de klinische psychologie en de psychotherapie volgens de HGR (2005, 2015).

	Klinische psychologie (HGR, 2015)	Psychotherapie (HGR, 2005)
Activiteit	<i>"autonome beroepsuitoefening"</i>	<i>"behandelingsvorm in de gezondheidszorg (...) door iemand die daartoe is opgeleid"</i>
Kennis	<i>"wetenschappelijke psychologie"</i> N.B.: Met name ontwikkelingspsychologie, sociale psychologie, neuropsychologie, cognitieve psychologie, psychobiologie (pp. 29-31).	<i>"psychologisch wetenschappelijk referentiekader"</i> N.B.: Met name theorieën die aan de basis liggen van psychodynamisch georiënteerde psychotherapie, cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde psychotherapie, systeem- en familiertherapie, cliëntgerichte-experiëntiële psychotherapie (p. 33).
Methode	<i>"ontwikkelen en toepassen van theorieën, methoden en technieken in de gezondheidsbevordering, de screening, psychologische diagnostiek en evaluatie, (...) alsook in preventie (...) en interventies"</i> N.B.1: Enerzijds is psychotherapie ("psychotherapeutische interventies") een onderdeel van de interventies die klinisch psychologen doen (p. 32). Anderzijds betreft het een specialisatie (p. 33). N.B.2: Inter-/multidisciplinaire samenwerking wordt niet expliciet genoemd in de definitie. De vraagstelling maakt duidelijk dat deze samenwerking eerder als vanzelfsprekend wordt beschouwd (p. 10).	<i>"op consistente en systematische wijze een samenhangend geheel van interventies hanteren, interdisciplinaire samenwerking"</i>
Doel	<i>"gezondheidsproblemen"</i> N.B.1: Gezondheidsproblemen kunnen gekenmerkt worden door psychologische, fysieke en relationele manifestaties (p. 32). N.B.2.: Niet enkel gezondheidsproblemen behandelen of voorkomen, maar ook gezonde levensstijl en therapietrouw bevorderen (p. 32).	<i>"psychologische moeilijkheden, conflicten en stoornissen opheffen of verminderen. (...) klachten en problemen hebben betrekking op psychologische, somatische en sociale facetten van functioneren (...) deze problemen versterken elkaar"</i>
Doelgroep	<i>"getroffen personen"</i> N.B.: Activiteiten kunnen gericht zijn op een specifieke functie (aandacht, geheugen, motivatie, slaap), individu, partners, gezin, groepen of delen van gemeenschappen (p. 35).	<i>"de patiënt/cliënt kan zijn een individu, maar ook een sociaal systeem (paar, gezin, groep)"</i>
Context	--- N.B.: Alle geledingen van de gezondheidszorg Zie pp. 34-36 voor een overzicht van contexten.	<i>"(...) binnen een relatie psychotherapeut-patiënt/cliënt (...) het individu, sociale systeem heeft problemen of klachten waarvoor het hulp zoekt"</i>



Onze vaststellingen:

- De definities in de Wet op de ggz-beroepen sluiten nauw aan bij de HGR-adviezen.
- Elke klinisch psycholoog kan psychologische, somatische én sociale problemen behandelen. Psychotherapie is een domein van de klinische psychologie waarin men zich kan specialiseren.
- Volgens de FOD VVVL en volgens de HGR hebben klinische psychologie en psychotherapie een “psychologisch, wetenschappelijk referentiekader”. In de toelichting bij de definities wordt echter duidelijk dat er naar verschillende wetenschappelijke domeinen wordt verwezen (zie tabel 1: Kennis).
- In de definitie van psychotherapie wordt benadrukt dat het over een samenhangend geheel van interventies gaat. Verder wordt de therapeutische relatie sterker benadrukt.
- Gezondheidsbevordering, preventie en diagnostiek komen wel aan bod in de definitie van de klinische psychologie, maar niet in de definitie van de psychotherapie.

## Competenties klinisch/gezondheidszorg (gz)-psycholoog en praktijk psychotherapie

Het HGR-advies (2015) bevat een gedetailleerd competentieprofiel<sup>3</sup> van de klinisch/gz-psychologen die als generalist willen starten met een onafhankelijke praktijk<sup>4</sup>. Het competentieprofiel bestaat uit 46 gedragsindicatoren, gegroepeerd in 14 domeinen, 6 clusters en 2 dimensies. Dat competentieprofiel werd al uitgebreid besproken in dit tijdschrift (Sinnave, 2015). In deze bijdrage beperken we ons tot de dimensies (fundamenteel en functioneel), clusters (I-VI) en domeinen (1-14). Gedragsindicatoren worden enkel genoemd als dat nodig is voor een beter begrip van een domein. Voor de psychotherapie bestaat er nog geen gedetailleerd competentieprofiel. Maar in het advies over psychotherapieën van de HGR (2005) wordt er wel verwezen naar noodzakelijke competenties en attitudes. Als die aansluiten bij domeinen in het competentieprofiel van de klinisch psycholoog, dan hebben we ze ernaast geplaatst; als ze op zichzelf staan, werd er een apart domein aangemaakt (zie tabel 2).

**Tabel 2.** Het competentieprofiel van de klinisch/gz-psycholoog (HGR, 2015) en de competenties/attitudes vermeld in het advies over psychotherapieën (HGR, 2005).

	Competentieprofiel klinisch/gz-psycholoog (HGR, 2015)	Psychotherapieën: definities, praktijk en erkenningsvoorwaarden (HGR, 2005)		
Fundamentele competenties	I. Professionaliteit	1. Gedrag en houding weerspiegelen de waarden en attitudes van de klinisch psycholoog.	"Vier ethische principes vormen de basis [van] het professioneel handelen van de psychotherapeut: integriteit, respect, deskundigheid en verantwoordelijkheid" (p. 34).  N.B.: "Deskundigheid" veronderstelt dat "men zich dient te gedragen in overeenstemming met de beroepscode en de wettelijke bepalingen die gelden in zijn werkveld". Hieruit volgt dat er op het vlak van professionalisme geen verschil is.  "Persoonlijk leertherapeutisch proces" maakt deel uit van de opleiding (p. 33).  "[Deelname] aan (...) intervisies of supervisies, van het eigen psychotherapeutische handelen" is onderdeel van de nascholing (p. 34).  N.B.: Persoonlijk en professioneel zelfbewustzijn en reflectie (cluster I, domein 4) volgen volgens ons uit de bovenstaande bepalingen.	
		2. Individuele en culturele diversiteit.		
		3. Deontologische code en ethiek.		
		4. Praktijk uitgevoerd met een persoonlijk en professioneel zelfbewustzijn en reflectie, met inzicht in de competenties en met een gepaste zelfzorg.  N.B.: "Deelname aan supervisie, intervisie en aan permanente vorming" is hier een van de gedragsindicatoren.		
Fundamentele competenties	II. Relaties	5. Onderhoudt effectieve en zinvolle relaties met individuen, groepen en/of maatschappelijke groepen.		
		III. Wetenschap	6. Inzicht in onderzoek, onderzoeksmethodologie, technieken van dataverzameling en -analyse, biologische, psychologische en sociale fundamente van gedrag en psychisch functioneren gedurende de levensloop  N.B.: Leer- en cognitieve theorieën, psychodynamische theorieën, client-centered en experiëntiële theorieën, groepsdynamica en systeemtheorieën, komen in het competentieprofiel van de klinisch psycholoog aan bod als "wetenschappelijke onderbouwing van de professionele praktijk", naast (ontwikkelings)psychopathologie, neuropsychologie en basale kennis van psychofarmacologie.	"Doorgedreven kennis van empirische evidentie gebaseerde theorieën: psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerde psychotherapie, cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde psychotherapie, systeem- en familier therapie, cliëntgerichte-experiëntiële psychotherapie, (of andere)" (p. 33).  "Op de hoogte van de recente wetenschappelijke literatuur (via tijdschriften, seminars, wetenschappelijke congressen...)" (p. 34).
			7. Genereert onderzoek en bevindingen die bijdragen aan de professionele kennis en/of evalueert de effectiviteit van diverse professionele activiteiten.	



	Competentieprofiel klinisch/gz-psycholoog (HGR, 2015)	Psychotherapieën: definities, praktijk en erkenningsvoorwaarden (HGR, 2005)		
Functionele competenties	IV. Professionele toepassingen	8. Evidence-based practice: integratie van onderzoek en klinische deskundigheid in de context van patiënt-/cliëntfactoren.	"Wetenschappelijk gefundeerde voorstellen (...) aangevuld met praktijkervaringen (...) en aansluiten bij de waardebeleving (...) van zowel de psychotherapeut als van de patiënt" (p. 36).	
		9. Psychologische evaluatie van problemen, mogelijkheden en vragen, geassocieerd met individuen, groepen en/of organisaties (onder andere kennis van psychometrie, toepassen van psychologische evaluatie, classificatie van psychische stoornissen, casusformulering en advies). N.B.: De gedragsindicatoren wijzen uit dat casusformulering om interventies te plannen ook een veronderstelde competentie is.	"Nauwkeurige verkenning en formulering van het probleem in overleg met de patiënt. Op basis daarvan kan men komen tot een adequate indicatiestelling" (p. 7).  "Methodisch werken (...) probleemverkenning, probleemontleding en probleemoplossing (...) herhaaldelijk evalueren" (p. 34).	
		10. Interventies toepassen om lijden te verlichten en welvaren van individuen, groepen en organisaties te bevorderen.  N.B. In de gedragsindicatoren wordt consequent over "interventies" gesproken, al maakt men ook gewag van een "therapeutisch proces".	"Specifieke interventies, te onderscheiden van counseling of psychosociale begeleiding, crisisinterventie, psychoeducatie, ..." (p. 7).	
		II. Verstrekken van instructie, disseminatie van kennis en evalueren van kennis en vaardigheden in de klinische psychologie.		
		VI. Systemen	12. Interdisciplinaire systemen: kennis van hoofdthema's en -concepten bij verwante disciplines. Identificeert en interageert met professionals uit verschillende disciplines.	
			13. Organisatie: beheert de directe dienstverlening en/of voert het beleid over organisaties en programma's.	
			14. Maatschappelijk engagement: maatschappelijk verantwoord uitvoeren van het beroep van psycholoog.	



Onze vaststellingen:

- We vinden geen competenties of attitudes in het advies over psychotherapieën (HGR, 2005) die niet terug te vinden zijn in het competentieprofiel van de klinisch psycholoog (HGR, 2015). Met andere woorden: psychotherapie veronderstelt geen competenties die niet aan bod komen in de basisopleiding tot klinisch psycholoog.
- In tegenstelling tot de definitie maakt de HGR in het competentieprofiel duidelijk dat kennis van leer- en cognitieve theorieën, psychodynamische theorieën, client-centered en experiëntiële theorieën, groepsdynamica en systeemtheorieën, deel uitmaken van de basiscompetenties van iedere klinisch psycholoog.
- Sommige competenties, die tot de standaard *toolbox* van de klinisch psycholoog behoren, worden verdiept tijdens een psychotherapieopleiding. We denken dan vooral aan deze vier domeinen: 1) zelfbewustzijn en reflectie (door de nadruk op de eigen leertherapie), 2) verdieping en verbreding van de theoretische kennis die aan de basis van de interventies ligt, 3) casusconceptualisatie en indicatiestelling op N=1-niveau, en 4) uitvoeren van therapeutische interventies.
- Klinisch psychologen worden verondersteld zelf voor wetenschappelijke vooruitgang te zorgen. Psychotherapie veronderstelt enkel het op de hoogte zijn van onderzoek, de nadruk ligt op de praktijk.

## Discussie

In dit artikel hebben we de HGR-adviezen (2005, 2015) en de Wet op de ggz-beroepen (FOD VVVL, 2016) bestudeerd om na te gaan of het duidelijk is wat psychotherapie inhoudt en wat het verschil is met een behandeling door een klinisch psycholoog. Onze voornaamste vaststellingen in een notendop luiden:

- Psychotherapie kan worden gezien als een specialisatie van de klinische psychologie. Psychotherapie is een samenhangend geheel van psychologische interventies.
- Zowel klinische psychologie als psychotherapie heeft de 'wetenschappelijke psychologie' als referentiekader. In het geval van psychotherapie wordt hiermee bedoeld: de wetenschappelijke theorieën die stroken met de therapeutische oriëntatie waarvoor men heeft gekozen.
- Een psychotherapieopleiding is een praktijkgerichte opleiding die de aanwezige competenties van een klinisch psycholoog verdiept. De competentiedomeinen die met name verder ontwikkeld worden, zijn: 1) zelfbewustzijn en reflectie (door de nadruk op de eigen leertherapie), 2) theoretisch kader van het psychotherapeutisch handelen, 3) casusconceptualisatie en indicatiestelling op N=1-niveau, en 4) uitvoeren van therapeutische interventies.





Als we psychotherapie beschouwen als een verdieping van de klinische psychologie, dan roept dat wel enkele vragen op. De meest fundamentele vraag luidt: wat is de meerwaarde van een wet die de psychotherapie regelt voor klinisch psychologen?<sup>5</sup>

De Wet op de ggz-beroepen bepaalt al dat enkel artsen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen autonoom gezondheidsproblemen mogen behandelen en daarin bijgestaan worden door 'ondersteunende ggz-beroepen'<sup>6</sup>. De Wet op de patiëntrechten is van toepassing. Er is controle door de provinciale geneeskundige commissies. Er is een deontologische code, een tuchtraad en de verplichting om te verwijzen wanneer een zorgvraag buiten de expertise van de hulpverlener valt. Met andere woorden: als een cliënt een zorgvraag heeft die een 'samenhangend geheel van psychologische interventies' vergt, dan weet die cliënt dat hij bij (of via) artsen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen de juiste behandeling zal krijgen of doorverwezen wordt. Als we daar niet van uit kunnen gaan, dan zouden we voor iedere specialisatie een aparte wettelijke regeling moeten uitwerken. Het zou natuurlijk kunnen dat er een bewustmakingscampagne nodig is om de competenties van klinisch psychologen op het vlak van behandeling meer bekendheid te geven.

De FOD VVVL en de HGR lijken echter binnen de groep van klinisch psychologen een onderscheid aan te brengen tussen generalisten en 'specialist-behandelaars'. De specialist is dan diegene die een psychotherapieopleiding van zeventig ECST-studiepunten aan een universiteit of hogeschool heeft afgerond. Maar na het bestuderen van de bronnen zijn we sceptisch over die indeling. Een psychotherapieopleiding zorgt er immers voor dat de klinisch psycholoog competenter wordt in het uitvoeren en begrijpen van een psychotherapeutisch behandelkader en in het inschatten van de eigen effectiviteit gedurende het therapeutische proces (zelfevaluatie). De status van 'specialist' heeft dus vooral te maken met verdieping in een behandel*methode* in plaats van uitzonderlijke kennis over een specifiek gezondheids*probleem*. Dat leidt ertoe dat klinisch psychologen, ook na het afronden van hun psychotherapieopleiding, toch allerlei doelgroepen en gezondheidsproblemen behandelen. Dat zorgt voor onduidelijkheid naar cliënten, andere disciplines en zorgverzekeraars. Het lijkt ons aangewezen om te verhelderen hoe de behandeling door een klinisch psycholoog en psychotherapie zich tot elkaar verhouden, en vanaf welk moment een behandeling als 'specialistisch' kan worden beschouwd.

Een tweede fundamentele vraag luidt: waarom vasthouden aan het idee dat een psychotherapieopleiding altijd en voor iedereen zeventig ECTS-studiepunten moet bedragen? Volgens de FOD VVVL en volgens de HGR bouwt de psychotherapieopleiding voort op competenties die iedere klinisch psycholoog al zou moeten hebben na het behalen van zijn master gevolgd door één jaar gesuperviseerde praktijk. Waarom zou de psychotherapieopleiding dan even lang moeten zijn voor klinisch psychologen als, bijvoorbeeld, voor artsen? Bovendien zijn er evidence-based behandelingen voor specifieke doelgroepen die een kortere opleiding vereisen. Hierbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan Attachment-Based Family Therapy (voor depressieve en/of suïci-



dale jongeren), Mentalization-Based Treatment of Dialectische Gedragstherapie (voor borderline persoonlijkheidsstoornissen). Hoe verhouden die specialisaties zich tot de 'klassieke' psychotherapieopleidingen? Moet een klinisch psycholoog, als die zich wil profileren als specialist-behandelaar, binnenkort na een zesjarige opleiding eerst nog een vierjarige psychotherapieopleiding volgen voordat er gekozen kan worden om met een specifieke doelgroep te werken? Het vervelende aan arbitraire grenzen als 'zeventig ECTS' is dat ze perverse neveneffecten kunnen hebben als er financiële voordelen aan gekoppeld worden. Een vrij logisch gevolg is dat opleidingen die deze grens niet halen, hun curriculum zullen oprekken om de zeventig ECTS-grens te halen. Die opleidingen worden daardoor langer en duurder, zonder dat dit noodzakelijk de kwaliteit verhoogt.

Deze argumenten doen ons besluiten dat als we een kosteneffectieve *matched care* in de ggz willen organiseren, we nog eens goed moeten nadenken alvorens op basis van de huidige definiëring en het competentieprofiel de psychotherapie als een specialisatie op te voeren. En als we er toch van uit zouden gaan dat een aparte kaderwet betreffende de psychotherapie van meerwaarde kan zijn, dan moet die wel nog verder ingevuld worden. In de herziene Wet op de ggz-beroepen (FOD VVVL, 2016) worden geen therapeutische oriëntaties meer vermeld. Gelukkig maar! Het denken in vier stromingen is volgens ons niet iets dat we wettelijk moeten vastleggen. Deze kaderwet biedt de kans om hierbij de meest recente visie van de HGR (2015) als uitgangspunt te nemen. Dat wil zeggen: met een sterke nadruk op de wetenschappelijke basis van de klinisch psycholoog en vanuit concrete, evalueerbare competenties. In dat licht is het advies over psychotherapieën (HGR, 2005) volgens ons gedateerd. We pleiten ervoor om het niet langer als referentiekader te gebruiken. We roepen de beroepsverenigingen en faculteiten op een nieuwe versie op te stellen die strookt met de huidige Wet op de ggz-beroepen (FOD VVVL, 2016) en die voortbouwt op het competentieprofiel van de klinisch psycholoog (HGR, 2015). Het feit dat psychotherapie niet afgebakend kan worden van de klinische psychologie, zou, wat ons betreft, een essentiële rol in dat advies moeten spelen.

## Conclusie

Psychotherapie kan worden gezien als een specialisatie binnen de klinische psychologie. Volgens ons heeft een apart wettelijk kader voor psychotherapie dan ook geen meerwaarde voor klinisch psychologen. De cliënt heeft, ook zonder die toevoeging in de wet, voldoende kwaliteitsgaranties. Het is wel noodzakelijk om te verhelderen vanaf wanneer een behandeling door een klinisch psycholoog als specialistisch kan worden beschouwd. Een criterium als 'een specifieke psychotherapieopleiding van zeventig ECTS gevolgd hebben' is wat ons betreft ontoereikend en kan ongewenste neveneffecten hebben die een kosteneffectieve organisatie van *matched care* bemoeilijken. Als ervoor wordt gekozen om de kaderwet over psychotherapie toch uit te werken en in de praktijk toe te passen, dan pleiten we ervoor om het advies over psychotherapieën van de HGR (2005) niet langer als referentiekader te gebruiken. Er



is dan een nieuw advies nodig dat voortbouwt op de visie die de HGR in 2015 heeft ontwikkeld.

## Dankbetuiging

De auteurs willen graag Nady Van Broeck bedanken voor haar inspirerende bijdrage aan deze denkoefening.

## Noten

1. Zie hiervoor het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dat werd later vervangen door de Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 (FOD VVVL, 2016). Deze wet somt op onder welke voorwaarden iemand in België een gezondheidszorgberoep mag uitoefenen en welke titels er voor die beroepen vastgesteld zijn.
2. Het betreft de Raad voor de klinische psychologie en de klinische orthopedagogiek en de Raad voor de geestelijke gezondheid.
3. Een competentieprofiel is een lijst, een compilatie, een referentiekader voor de competentiedomeinen en overeenstemmende benchmarks of gedragsindicatoren die nodig zijn om een functie uit te oefenen (HGR, 2015, p. 39).
4. Met onafhankelijke praktijk wordt in het rapport bedoeld dat de klinisch psycholoog in kwestie de bevoegdheid heeft om het beroep onafhankelijk uit te oefenen als zelfstandig praktijkhouder. De manier waarop het onderdeel met betrekking tot de praktijk van de psychotherapie in de Wet op de ggz-beroepen verder wordt uitgewerkt, zou ook gevolgen kunnen hebben voor klinisch psychologen die in loondienst werken. We hebben echter geen beleidsteksten onder ogen gehad waarin veranderingen voor deze groep worden voorgesteld. We hebben dan ook besloten om daar in deze bijdrage niet op in te gaan.
5. Neuropsychologie, psychodiagnostiek, eerstelijnspsychologie, psycho-oncologie, sportpsychologie, psychotraumattherapie, om er maar enkele te noemen.
6. De ondersteunende ggz-beroepen werden nog niet nader geconcretiseerd in de herziene Wet op de ggz-beroepen. Het is aan de Federale Raad om te adviseren welke beroepen daaronder vallen en aan welke criteria ze moeten voldoen. Het is een opening die de wet biedt om, onder andere, collega's met een bacheloropleiding een plek in het geheel te geven (FOD VVVL, 2016).

## Literatuur

- Cools, B. (2011). (G)een toekomst voor de klinisch psycholoog. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41, 9-22.
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2014). *4 april 2014. Wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen*. Geraadpleegd via <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2014/04/04/2014022198/justel>
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). *10 juli 2016. Wet tot wijziging van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 anderszids*. Geraadpleegd via <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2016/07/10/2016024159/justel>



- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2017). 30 mei 2017. *Koninklijk besluit houdende benoeming van de leden van de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen*. Geraadpleegd via [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=nl&caller=summary&pub\\_date=2017-06-14&numac=2017012373](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=2017-06-14&numac=2017012373)
- Federale Regering. (2014, 9 oktober). *Regeerakkoord*. Brussel: Auteur. Geraadpleegd via [http://www.premier.be/sites/default/files/articles/accord\\_de\\_gouvernement\\_-\\_regeerakkoord.pdf](http://www.premier.be/sites/default/files/articles/accord_de_gouvernement_-_regeerakkoord.pdf)
- Federale Regering. (2017, 26 juli). *Thematische Ministerraad. Ambitieuze hervormingen voor jobs, koopkracht en sociale cohesie* [PowerPoint slides]. Brussel: Auteur. Geraadpleegd op 13 maart via [http://www.premier.be/sites/default/files/articles/PPWT\\_%20NL\\_0.pdf](http://www.premier.be/sites/default/files/articles/PPWT_%20NL_0.pdf)
- Hoge Gezondheidsraad. (2005). *Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden* (Advies 7855). Brussel: Auteur. Geraadpleegd via <https://www.health.belgium.be/nl/advies-7855-psychotherapieen>
- Hoge Gezondheidsraad. (2015). *Definitie van en competentieprofiel voor de klinische psychologie in België* (Advies 9194). Brussel: Auteur. Geraadpleegd via [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_klinische\\_psycholoog\\_230217a5.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_klinische_psycholoog_230217a5.pdf)
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese* (Health Services Research; KCE Reports 265As; D/2016/10.273/31). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Geraadpleegd via [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_265As\\_Psychotherapy\\_synthese\\_1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf)
- Lowet, K. (2016). De Wet op de GGZ-beroepen gewijzigd! Discussie over psychotherapie eindigt na twintig jaar debat. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 46, 189-197.
- Sinnaeve, R. (2015). Een competentieprofiel voor de klinische psycholoog in België. Samenvatting en gevolgen voor de beroepsgroep. O.b.v. adviesrapport nr. 9194 van de Hoge Gezondheidsraad. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 45, 247-257.

## Personalialia

Kris Martens is klinisch psycholoog, gedragstherapeut en doctoraatsstudent bij de onderzoekseenheid Gedrag, Gezondheid & Psychopathologie van de KU Leuven. Tevens is hij bestuurslid van de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGt).

E-mail: [kris.martens@kuleuven.be](mailto:kris.martens@kuleuven.be)

Roland Sinnaeve werkt als klinisch psycholoog, onderzoeker en DGT-trainer voor Z.ORG KU Leuven. Hij is doctoraatsstudent bij de onderzoeksgroep Psychiatrie. Daarnaast is hij opleider bij Dialexis, het DGT-opleidingsinstituut, en lid van de internationale DGT-onderzoeksgroep (gehost door de universiteit van Washington, VS). Hij was voorzitter van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen toen de huidige Wet op de ggz-beroepen werd aangenomen.

## Verantwoording

Roland Sinnaeve is docent en medezaakvoerder van Dialexis. Geen andere strijdige belangen meegeedeeld.