

Een competentieprofiel voor de klinisch psycholoog in België

Samenvatting en gevolgen voor de beroepsgroep O.b.v. Adviesrapport nr. 9194 van de Hoge Gezondheidsraad

Roland Sinnaeve

Situering

Het idee dat gezondheid het resultaat is van een complex samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren, wordt ondertussen breed gedragen. Ook is de meerwaarde van het promoten van gezond gedrag en de psychologische beoordeling en behandeling van gezondheidsproblemen de voorbije decennia steeds duidelijker geworden. Toch verloopt de inbedding van de klinisch psycholoog in de Belgische gezondheidszorg bijzonder moeizaam (Cools, 2006; 2010). De laatste jaren is er echter sprake van een stroomversnelling: de Vlaamse overheid heeft klinisch psychologen aangemoedigd om hun meerwaarde in de eerste lijn te demonstreren (Sinnaeve, 2013), er werd een tuchtraad gekoppeld aan het register van psychologen (Lowet, 2013) en er verscheen een kaderwet waarin de klinisch psycholoog wettelijk erkend wordt als zorgberoep (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [FOD Volksgezondheid], 2014, p. 40080). In die kaderwet, die vanaf september 2016 van kracht zal zijn, lezen we een korte omschrijving van wat er wordt verstaan onder de uitoefening van de klinische psychologie (FOD Volksgezondheid, 2014):

“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.” (p. 40081)

Bovendien wordt wettelijk vastgelegd welke opleiding men moet hebben gevolgd om als klinisch psycholoog erkend te worden (FOD Volksgezondheid, 2014):

“De erkenning in de klinische psychologie kan enkel worden verleend aan de houder van een diploma van het universitaire onderwijs in het domein van de klinische psychologie behaald ter afsluiting van een opleiding, die in het kader van het voltijds onderwijs, minstens vijf jaar studie

of 300 punten in het Europees systeem voor de overdracht en de accumulatie van studiebelastingpunten (ECTS) telt, een stage in het domein van de klinische psychologie inbegrepen.” (p. 40081)

De wet geeft echter geen antwoord op de vraag over welke competenties een klinisch psycholoog dient te beschikken. Die lacune is nu opgevuld. Begin september 2015 publiceerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR), een wetenschappelijk adviesorgaan van de FOD Volksgezondheid, het rapport *Definition of and competency profile for clinical psychology in Belgium* (Superior Health Council [SHC], 2015). Het rapport bevat een gedetailleerd competentieprofiel voor collega's die als generalist willen starten in een onafhankelijke praktijk¹. De HGR streeft hiermee meerdere doelen na: een helder competentieprofiel kan ertoe bijdragen dat klinisch psychologen maximaal renderen binnen een multidisciplinair systeem; het geeft de faculteiten een kader om hun opleidingen te evalueren; studenten en praktiserende psychologen kunnen er gebruik van maken om zichzelf te evalueren; het biedt duidelijkheid aan cliënten en andere zorgprofessionals en, tot slot, het profiel kan gebruikt worden door de overheid om de kwaliteit van de geleverde zorg te controleren en om terugbetaling te reguleren (SHC, 2015, pp. 33-35).

In deze forumbijdrage worden de voornaamste elementen uit het rapport toegelicht en worden de gevolgen voor de beroepsgroep onder de loep genomen.

Samenvatting rapport

Methode

Het bestuur van de HGR² stelde een werkgroep samen, bestaande uit experts afkomstig uit de academische wereld, die haar voorstellen aftoetste bij verschillende stakeholders uit het werkveld, waaronder de Vlaamse Vereniging van Psychologen (VVKP), de Belgische Federatie van Psychologen en de Psychologencommissie. De werkgroep werd voorgezeten door prof. dr. N. Van Broeck (KU Leuven) en prof. dr. C. Schotte (Vrije Universiteit Brussel). Het risico op belangenverstremming binnen de werkgroep werd beoordeeld door een deontologische commissie. Om tot een wetenschappelijk onderbouwd advies te komen vond eerst een systematische studie van Engelstalige, peerreviewed artikelen en handboeken plaats. De review spitste zich toe op de definitie en de competenties van een psycholoog die actief is in de gezondheidszorg. Ook publicaties van representatieve organisaties (uit Nederland, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk, Europa, de Verenigde Staten, Australië en Canada)³ werden geconsulteerd. Op basis van de geselecteerde publicaties werden kernaspecten geïdentificeerd. Om tot een eigen definitie te komen, zocht men bijvoorbeeld naar de gemeenschappelijke elementen in de verschillende definities van klinische/gezondheidszorgpsychologie. De ontwerp tekst van het Belgische competentieprofiel werd per e-mail voor commentaar aan de leden van de werkgroep voorgelegd. Een aangepaste versie werd vervolgens bediscussieerd. Die procedure werd herhaald om het profiel te verfijnen en tot een breedgedragen eindversie te komen. Het rapport werd onderschreven door de leden van de werkgroep en bekrachtigd door het bestuur (SHC, 2015, pp. 7-8).

Conclusies en adviezen

Definitie van de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog in België

De beroepstitel ‘klinisch/gezondheidszorgpsycholoog’ wordt in het rapport gehanteerd als meest geschikte term om de professionele activiteiten weer te geven van psychologen die actief zijn in de gezondheidszorg. De titel ‘klinisch psycholoog’ werd behouden omwille van de vertrouwdeheid van de term. De toevoeging ‘gezondheidszorgpsycholoog’ doet recht aan het feit dat psychologen, werkzaam in de gezondheidszorg, meer doen dan het behandelen van patiënten die lijden aan een klacht. Psychologen spelen bijvoorbeeld ook een belangrijke rol bij preventie en het stimuleren van gezond gedrag. Bovendien wordt dankzij die toevoeging meer aansluiting gevonden bij de terminologie van andere Europese landen (SHC, 2015, pp. 8-9).

De uitwerking van de definitie en het competentieprofiel van deze klinisch/gezondheidszorgpsycholoog situeert zich op het niveau van ‘toegang tot onafhankelijke praktijk in de gezondheidszorg’. Hier worden de richtlijnen van de European Federation of Psychologists’ Associations (EFPA) gevolgd. De EFPA stelt dat de professionele ontwikkeling van psychologen die een onafhankelijke praktijk willen beginnen, bestaat uit drie fasen: de eerste fase is de academische bacheloropleiding; de tweede fase leidt tot een masterdiploma; de derde fase bestaat uit een periode van gesuperviseerde praktijk die voldoet aan een reeks criteria die ontwikkeld zijn door de beroepsverenigingen, beleidsmakers en universiteiten.

Voor de HGR is de klinische/gezondheidszorgpsychologie “het autonoom ontwikkelen en toepassen van theorieën, methoden en technieken uit de wetenschappelijke psychologie in de gezondheidsbevordering, de screening, psychologische diagnostiek en evaluatie van gezondheidsproblemen, alsook in de preventie van dergelijke problemen en interventies bij de getroffen personen” (SHC, 2015, p. 26). In het advies wordt elk onderdeel van de definitie in detail toegelicht.

Zo benadrukt de werkgroep dat van klinisch/gezondheidszorgpsychologen wordt verwacht dat ze hun interventies baseren op inzichten uit de ontwikkelingspsychologie, sociale psychologie, differentiële psychologie, neuropsychologie, cognitieve psychologie, psychobiologie, enzovoort. Er wordt verwezen naar de premisse van het zogenaamde ‘scientist-practitioner’-model:

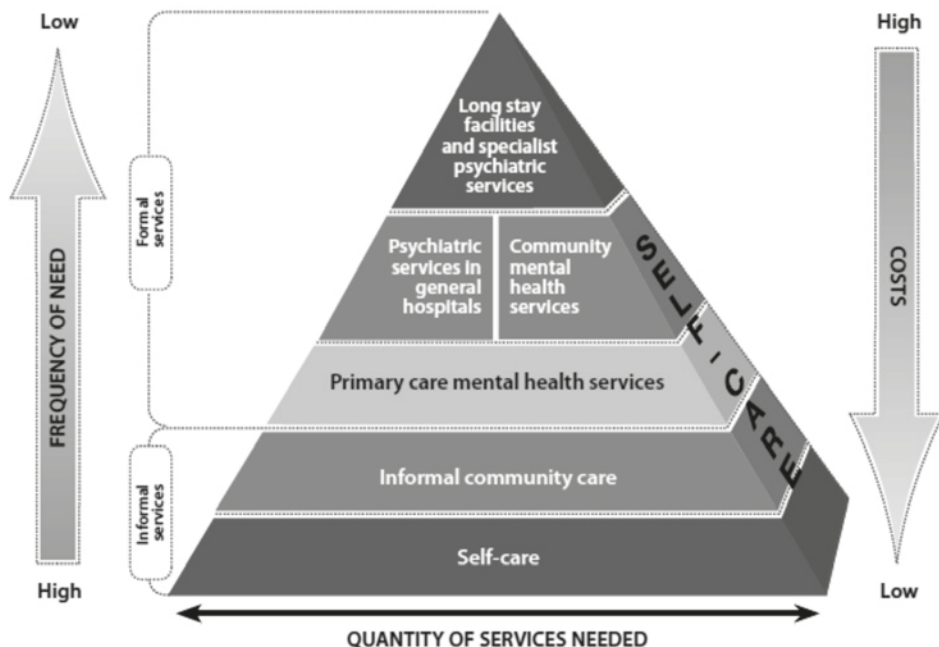
“Evidence-based practice in psychology is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences.” (American Psychological Association, 2006, p. 273)

Verder wordt duidelijk gesteld dat klinisch/gezondheidszorgpsychologen meer doen dan enkel het behandelen van gezondheidsproblemen. De meerwaarde op het vlak van preventie, detectie, diagnostiek en evaluatie wordt benadrukt. In het rapport wordt erkend dat gezondheidsproblemen veroorzaakt worden door somatische, psychologische en relationele factoren en dat ze zich in dezelfde domeinen kunnen manifesteren. Klinisch/gezondheidszorgpsychologen kunnen een bijdrage leveren wanneer mensen lijden aan psychologische problemen die veroorzaakt worden door somatische factoren; ze wenden hun expertise aan

om mensen te overtuigen om voor een gezonde levensstijl te kiezen en dat vol te houden. Tevens uiten psychologische problemen zich vaak in fysieke klachten; klinisch/gezondheidszorgpsychologen kunnen de psychologische oorzaken vaststellen en behandelen (SHC, 2015, pp. 27-30).

Werkvelden van de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog in België

De klinisch/gezondheidszorgpsycholoog in België levert uiteraard een bijdrage aan de directe patiëntenzorg, maar is evenzeer betrokken bij de ontwikkeling en verspreiding van kennis op het domein van de psychologie en bij training, supervisie, management in de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid. De professionele activiteiten in de directe zorg kunnen gezondheidspromotie, preventie, behandeling, rehabilitatie of crisisinterventie tot doel hebben. Doorgaans zijn die interventies gericht op het individu, maar ze kunnen evenzeer gericht zijn op specifieke hersenfuncties, partners, families, groepen en zelfs op kleinere of grotere delen van een leefgemeenschap (SHC, 2015, p. 32).



FIGUUR 1. WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health.

Bron: World Health Organization (2009).

Qua setting zijn klinisch/gezondheidszorgpsychologen actief in vrijwel alle geledingen van de gezondheidszorg en volgen ze dus de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zien we dat beleidsmakers aansturen op een meer vraaggestuurde, herstelgerichte en kosteneffectieve organisatie van de zorg, wat strookt met de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (zie figuur 1). Dat betekent dat we de activiteiten van klinisch/gezondheidszorgpsychologen in de loop van de tijd zien verschui-

ven van de derde lijn (psychiatrische ziekenhuizen) naar de tweede (centra geestelijke gezondheidszorg, privépraktijken, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen) en de eerste lijn (privépraktijken, huisartsenposten, centra algemeen welzijnswerk, openbare centra voor maatschappelijk welzijn, enzovoort). Bovendien worden psychologen gestimuleerd om samen te werken binnen regionale zorgcircuits en -netwerken (Sinnaeve, 2013; SHC, 2015, pp. 32-33). Verder zien we dat klinisch/gezondheidszorgpsychologen steeds meer deel gaan uitmaken van teams in de rehabilitatie, pediatrie, verloskunde, cardiologie, hematologie, oncologie, spoedeisende zorg, intensieve zorgen, pijnkliniek, enzovoort (SHC, 2015, p. 32).

Een competentieprofiel voor de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog

Het competentieprofiel dat door de werkgroep wordt voorgesteld, is gebaseerd op het Amerikaanse ‘Revised Competencies Benchmarks’-model. Het kreeg de voorkeur omdat het bekend, onderbouwd en gebruiksvriendelijk is. Het feit dat er al instrumenten bestaan om de competenties te beoordelen in de drie fasen van de professionele ontwikkeling, werd ook beschouwd als een pluspunt. Voor het Belgische model werd een aantal aanpassingen aangebracht, onder andere geïnspireerd op het Nederlandse profiel voor de gezondheidszorgpsycholoog en het Britse model voor de klinische psychologie (SHC, 2015, p. 44). De HGR koos er bewust voor om ‘supervisie geven’ niet op te nemen in het competentieprofiel: die vaardigheid is niet noodzakelijk voor iemand die pas instroomt als praktijkbeoefenaar. Ze werd wel opgenomen in het domein ‘organisatie’ als superviserende attitude ten aanzien van studenten of collega’s wanneer dat zinvol en gepast is. De uiteindelijke competenties werden beschreven in 46 gedragsindicatoren, gegroepeerd in 14 domeinen, 6 clusters en 2 dimensies (zie tabel 1 voor een overzicht).

[Tabel 1] Clusters, domeinen en aantal indicatoren per domein in het Belgische Competentieprofiel voor de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog.

Fundamentele competenties	
I. Professionalisme	
1.	Gedrag en houding weerspiegelen de waarden en attitudes van de klinisch psycholoog (5)
2.	Individuele en culturele diversiteit (1)
3.	Deontologische code en ethiek (3)
4.	Praktijk uitgevoerd met een persoonlijk en professioneel zelfbewustzijn en reflectie, met inzicht in de competenties en met een gepaste zelfzorg (4)
II. Relaties	
5.	Onderhoudt effectieve en zinvolle relaties met individuen, groepen en/of maatschappelijke groepen (3)
III. Wetenschap	
6.	Inzicht in onderzoek, onderzoeksmethodologie, technieken van dataverzameling en -analyse, biologische, psychologische en sociale fundamenteën van gedrag en psychisch functioneren gedurende de levensloop (3)
7.	Genereert onderzoek en bevindingen die bijdragen aan de professionele kennis en/of evalueert de effectiviteit van diverse professionele activiteiten (2)

Functionele competenties

IV. Professionele toepassingen

8. Evidence-based practice: integratie van onderzoek en klinische deskundigheid in de context van patiënt/cliëntfactoren (1)
9. Psychologische evaluatie van problemen, mogelijkheden en vragen, geassocieerd met individuen, groepen en/of organisaties (o.a. kennis van psychometrie, toepassen van psychologische evaluatie, classificatie van psychische stoornissen, casusformulering en advies) (6)
10. Interventies toepassen om lijden te verlichten en welvaren van individuen, groepen en organisaties te bevorderen (5)

V. Opleiding

11. Verstrekken van instructie, disseminatie van kennis en evalueren van kennis en vaardigheden in de klinische psychologie (2)

VI. Systemen

12. Interdisciplinaire systemen: kennis van hoofdthema's en -concepten bij verwante disciplines. Identificeert en interageert met professionelen uit verschillende disciplines (4)
 13. Organisatie: beheert de directe dienstverlening en/of voert het beleid over organisaties en programma's (5)
 14. Maatschappelijk engagement: maatschappelijk verantwoord uitoefenen van het beroep van psycholoog (2)
-

Bron: SHC, 2015, pp. 45-62.

Overige aanbevelingen en conclusies in het advies

Het hoofddoel van een competentiegerichte benadering is garanderen dat de samenleving kan rekenen op de diensten van bekwaame klinisch psychologen die de juiste kennis, vaardigheden, attitudes en gedragingen bezitten voor een effectieve praktijk. Dat doel wordt niet bereikt met het uitbrengen van een rapport. De auteurs merken terecht op dat het advies beschouwd moet worden als een schakel in een proces. De HGR hoopt dat universiteiten en beroepsverenigingen de handen in elkaar slaan om maatstaven en bruikbare instrumenten te ontwikkelen voor de beoordeling van sleutelmomenten in de professionele ontwikkeling van klinisch psychologen. In België bestaan er bijvoorbeeld geen criteria voor de fase van gesuperviseerde praktijk. De HGR adviseert dan ook om hier snel werk van te maken. Bij de verdere uitwerking van de criteria kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen in andere Europese landen en van het Belgische competentieprofiel (Lunt, Peiro, Poortinga, & Roe, 2015; SHC, 2015, pp. 6-10).

Discussie

In een recent adviesrapport gaat de HGR in op de definitie en het competentieprofiel van klinisch psychologen die autonoom en als generalist willen werken in een zelfstandige praktijk in België. Het betreft een advies, dus de inhoud ervan is niet bindend. Toch mogen we ervan uitgaan dat de impact van dat rapport groot zal zijn. Ten eerste door de degelijkheid ervan: het kwam tot stand na een zorgvuldige literatuurstudie en na grondig overleg tussen vertegenwoordigers uit het werkveld en de academische wereld. Ten tweede omdat dit competentieprofiel een noodzakelijke schakel is in de evolutie van ons beroep en van de gezondheidszorg in haar geheel.

Bij het lezen van dit rapport valt op dat de HGR generalisten adviseert om hun beroepstitel te wijzigen in 'klinisch/gezondheidszorgpsycholoog'. De toevoeging 'gezondheidszorgpsycholoog' sluit aan bij de terminologie in het buitenland en vestigt de aandacht op het toenemende belang van preventie en het stimuleren van gezond gedrag. Het is echter te verwachten dat niet alle collega's die als generalist werken, dat advies ter harte zullen nemen. In de eerste lijn zullen we dan de klinisch psycholoog, de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog, de eerstelijnspsycholoog en de klinisch psycholoog-psychotherapeut vinden, en dat terwijl veel mensen amper het verschil kennen tussen een psycholoog en een psychiater. Die verscheidenheid in benaming is nodeloos verwarrend. Het zou goed zijn om tot een consensus te komen over welke titel we wanneer gebruiken. Het is echter ook van belang om stil te staan bij de redenen van die variatie.

Sommige collega's, in het bijzonder een groep die zich heeft gespecialiseerd in de psychotherapie, zijn geneigd vast te houden aan hun identiteit als 'clinicus'. Het idee leeft dat elke klinisch psycholoog een vierjarige psychotherapieopleiding moet hebben gevolgd, liefst aangevuld met een postacademische opleiding in de psychodiagnostiek, om zichzelf clinicus te mogen noemen. Rekening houdend met de manier waarop de gezondheidszorg zich aan het ontwikkelen is, wordt het tijd om dat ideaal ter discussie te stellen. Natuurlijk is een hoge mate van specialisatie noodzakelijk wanneer klinisch psychologen mensen met ernstige psychische problemen behandelen. Maar in de eerste lijn melden zich ook mensen aan die geen uitgebreide voorgeschiedenis hebben van psychische problemen en toch vastlopen in een bepaald levensdomein; ze hebben al heel wat zelf geprobeerd, maar ze komen niet tot een oplossing en lijden hieronder. Ze vragen korte interventies voor concrete problemen. De vraag is of collega's die gespecialiseerd zijn in psychotherapie het meest geschikt zijn om die hulpvragen te behandelen. Het lijkt wenselijk om dat werk over te laten aan een competente generalist die, wanneer psychotherapie geïndiceerd is, verwijst naar een collega-klinisch psycholoog-psychotherapeut. Dankzij dit rapport is het voor cliënten, collega's en andere partners in de hulpverlening eindelijk duidelijk wat een klinisch/gezondheidszorgpsycholoog doet en over welke competenties die professional beschikt. De overheid is bovendien vastberaden om de positie van die generalisten in de eerstelijns-hulpverlening te versterken (Sinnaeve, 2013). De beroepsvereniging steunt die ontwikkelingen, maar is wel van mening dat goed eerstelijns-werk, naar analogie van de huisartsgeneeskunde, een specialisme op zich is. De beroepsvereniging stimuleert dan ook de initiatieven voor een interuniversitaire, postacademische opleiding eerstelijnspsychologie. Daarnaast motiveert ze opleidingspartners om specifieke modules met betrekking tot eerstelijnspsychologie te ontwikkelen en vraagt ze aan de faculteiten om meer aandacht te besteden aan dat onderdeel bij de evaluatie van hun opleidingsprogramma's (VVKP, 2014).

Er wordt in het rapport niet uitgelegd hoe dit adviesrapport zich verhoudt tot advies nummer 7855 van de HGR (2005) over psychotherapie, waarin onder andere gesteld wordt dat de autonome uitoefening van psychotherapie een specialisatie is die enkel gepraktiseerd mag worden door de universitaire basisberoepen in de gezondheidszorg met een bijkomende vierjarige, academische opleiding in een van de vier hoofdoriëntaties. Daardoor roept het rapport ook heel wat vragen op. Hoe verhouden de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog en de klinisch psycholoog-psychotherapeut zich tot elkaar in de praktijk? Valt het onderscheid tussen behandeling en psychotherapie samen met het onderscheid tussen eerste en tweede lijn? En wat zijn de gevolgen hiervan voor de terugbetaling van klinisch psychologen? De vragen lijken eenvoudig, maar

de antwoorden zijn complex. Daarom heeft de beroepsvereniging beslist om zorgvuldig te werk te gaan. Ze verzamelt momenteel informatie via vier kanalen: het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, een ledenenquête, een werkgroep eerstelijnspsychologie en een werkgroep zelfstandig werkende klinisch psychologen-psychotherapeuten. Op basis van die informatie wordt een eerste synthese gemaakt, die zo snel mogelijk aan de leden wordt voorgelegd.

Naast de toenemende aandacht voor ‘de generalist’ en het voorstel dat die de titel voert van klinisch/gezondheidszorgpsycholoog, zal vooral het advies om een derde fase toe te voegen aan de professionele opleiding voor deining zorgen. Minimaal één jaar onder supervisie werken na het behalen van een masterdiploma is volgens de HGR noodzakelijk om het niveau te bereiken dat nodig is om het beroep als generalist autonoom uit te kunnen oefenen. Hiermee wordt de lat hoger gelegd dan voorzien in de wet tot regeling van de GGZ-beroepen, die stelt dat een masterdiploma voldoende is (FOD Volksgezondheid, 2014, p. 40081). In het rapport wordt gesteld dat de definitie en het profiel van de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog kunnen worden gebruikt om de terugbetaling te reguleren. Dat zou betekenen dat pas afgestudeerde klinisch psychologen eerst moeten aantonen dat ze voldoende supervisie hebben gehad. Dat standpunt is niet nieuw. De kritiek dat er meer en betere professionele vorming nodig is, wordt al langer geuit (Cools, 2002; 2010; 2011). De VVKP vraagt nieuwe leden een bewijs voor te leggen van een jaar gesuperviseerde praktijk als ze opgenomen willen worden als ‘gecertificeerd klinisch psycholoog’ in het online ledenbestand (VVKP, z.j.). De VVKP volgt daarmee de EuroPsy-standaarden (Lunt et al., 2015).

Hoewel dat standpunt een steeds breder draagvlak vindt, komen we hier als beroepsgroep in een volgend spanningsveld terecht. De consolidatie van onze positie in de eerste lijn en de terugbetaling van klinisch psychologen zullen extra banen opleveren (Cools, 2011; Sinnaeve, 2013). Dat zal hoop geven aan jonge collega’s. Maar wanneer een periode van gesuperviseerde praktijk een criterium wordt voor terugbetaling, dan wordt hun de toegang tot die banen bemoeilijkt. Daar komt bij dat klinisch psychologen die al jaren praktijkervaring hebben, wel meteen aanspraak kunnen maken op terugbetaling. Dat is pijnlijk voor jonge collega’s. Het advies van de HGR naast ons neerleggen is echter geen optie. Pas afgestudeerde collega’s die geen werk vinden, kunnen momenteel meteen als zelfstandige starten, zonder supervisie, zonder intervisie en aan te lage tarieven. De risico’s waaraan zij hun cliënten en zichzelf blootstellen, zijn niet aanvaardbaar.

Ten dele ligt de oplossing in de strijd voor meer financiële middelen voor preventie en behandeling van psychische problemen. Daarnaast is het de plicht van de beroepsvereniging en de faculteiten om studenten beter te informeren en te begeleiden wanneer ze met een opleiding starten. Ook het beperken van het aantal opleidingsplaatsen klinische psychologie mag geen heilig huisje zijn.

Een laatste element dat voor het voetlicht gebracht moet worden, is de nadruk die in het rapport wordt gelegd op het wetenschappelijk onderbouwd handelen. Van klinisch/gezondheidszorgpsychologen wordt verwacht dat ze inzichten uit de (klinische) psychologie begrijpen en toepassen, zelf in staat zijn tot gedegen dataverzameling en -analyse, op een systematische wijze hun behandeling of behandelprogramma’s evalueren, enzovoort (SHC, 2015, pp. 53-55). Het zal heel wat voeten in de aarde hebben om binnen onze psy-

chologengemeenschap helder te krijgen wat die competenties precies betekenen, de juiste randvoorwaarden voor permanente scholing te creëren en praktiserende collega's te motiveren een wetenschappelijke attitude te blijven aannemen (Baker, McFall, & Shoham, 2008; Cools, 2011; 2013; Rober, 2011; Sinnaeve, 2013). Het aanleren van een wetenschappelijke attitude in de dagelijkse praktijk begint met een goede samenwerking tussen de universiteiten en de werkplek tijdens de stage (Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad, 2012) en behoeft – in de nabije toekomst – de nodige aandacht bij het uitwerken van de criteria voor de derde fase: de gesuperviseerde praktijk. Maar zelfs dan kunnen we niet garanderen dat klinisch psychologen gedurende hun hele carrière accurate diagnoses kunnen stellen of effectieve behandelingen kunnen uitvoeren. Het geloofsbrievenmodel werd al meermaals aangeklaagd (Baker et al., 2008; Cools, 2011). De beroepsvereniging merkt dat haar leden investeren in (dure) bijscholingen om bij te blijven in hun domein van expertise. Het wordt tijd dat die inspanningen zichtbaar worden voor cliënten en verwijzers. De VVKP wil zo snel mogelijk werk maken van een accreditatiesysteem. De beroepsvereniging wil echter geen rechter en partij zijn. Ze hoopt dan ook dat de overheid zo snel mogelijk een onafhankelijk orgaan instelt dat een register bijhoudt van klinisch psychologen in supervisie, klinisch psychologen en supervisors, inclusief hun accreditaties.

Als het opstellen van dat competentieprofiel, na de wettelijke erkenning en een eigen tuchtraad, een noodzakelijke schakel was in de evolutie van ons beroep, wat is dan de volgende stap? De HGR roept universiteiten en beroepsverenigingen op om zo snel mogelijk de handen in elkaar te slaan en de criteria voor de gesuperviseerde praktijk vast te leggen: minimumaantal uren directe patiëntencontacten, aantal uren supervisie, eventuele verplichte cursussen, kwalificaties van de supervisor, criteria ten aanzien van de setting, administratieve en financiële regelingen, en criteria voor de onafhankelijke evaluatie van de gesuperviseerde praktijk (SHC, 2015, pp. 9-10). De beroepsvereniging zit met haar beleidsplan (VVKP, 2014) op dezelfde lijn.

In deze discussie werden heel wat spanningsvelden benoemd: generalistische behandeling versus specialistische psychotherapie, de letter van de wet versus verwachtingen in de samenleving, eerste lijn versus GGZ, geloofsbrieven versus accreditaties, intuïtie versus wetenschap en werkzekerheid voor jonge collega's versus kwaliteitsgaranties. Bovendien is het duidelijk dat de evolutie van ons beroep en de gezondheidszorg in een stroomversnelling zit. Misschien is het grootste dilemma de mate waarin we moeten meebewegen dan wel de tijd nemen om stil te staan. Gelukkig maakt een zorgvuldige lezing van dit rapport duidelijk wat we al langer wisten: als klinisch psychologen hebben we de juiste competenties in huis om die uitdagingen tot een goed einde te brengen.

Noten

1. Met onafhankelijke praktijk wordt in het rapport bedoeld dat de klinisch psycholoog in kwestie de bevoegdheid heeft om het beroep autonoom uit te oefenen als zelfstandig praktijkhouder.
2. Meer informatie over de activiteiten van de Hoge Gezondheidsraad en de samenstelling van het bestuur dat de werkgroep van experts aanstelde, is terug te vinden via <http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/about-us/composition/index.htm?fodnlang=en#.Vj4IA7cvflV>

3. Respectievelijk Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten, Swiss Association of Clinical Psychologists, British Psychological Society, European Federation of Psychologists' Associations, American Psychological Association, Australian Psychological Association en Canadian Psychological Association.

Literatuur

- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Baker, T., McFall, R., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology. Toward a scientifically principal approach to mental and behavioural health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9, 67-103.
- Cools, B. (2002). Hoe ver-drijven we de klinische psychologie? Tien stellingen over de ontwikkeling van een praktijk-wetenschap. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 32, 162-163.
- Cools, B. (2006). De psychotherapeut bestaat niet! Over de impasse en een mogelijke uitweg voor de wettelijke erkenning van een specialisme. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 36, 165-179.
- 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.
- Cools, B. (2011). (G)een toekomst voor de klinisch psycholoog. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41, 9-22.
- Cools, B. (2013). De prijs voor maatschappelijke erkenning. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43, 241-252.
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (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. *Belgisch Staatsblad*, 184, 40080-40090.
- Hoge Gezondheidsraad. (2005). *Advies van de Hoge Gezondheidsraad. Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden*. Brussel: Auteur.
- Lowet, K. (2013). De titel van psycholoog en de deontologische code. *Psychologos*, 28(2), 3.
- Lunt, I., Peiro, J.M., Poortinga, Y.H., & Roe, R.A. (2015). *Europsey: Standard and quality in education for psychologists*. Bern, Switzerland: Hogrefe.
- Rober, P. (2011). Evidence-based practice en gemeenschappelijke factoren in de psychotherapie: evidentie en discussie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41, 159-171.
- Sinnaeve, R. (2013). Vermaatschappelijking: óns engagement. Over artikel 107 en de eerstelijnspsychologen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43, 187-195.
- Superior Health Council. (2015). *Advisory report of the Superior Health Council no.9194. Definition of and competency profile for clinical psychology in Belgium*. Brussel: Hoge Gezondheidsraad. Geraadpleegd via <http://tinyurl.com/HGR-9194-klinisch>
- Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad. (2012). *De onderwijsvisitatie psychologie. Een evaluatie van de kwaliteit van de academische opleidingen psychologie aan de Vlaamse universiteiten*. Brussel: Auteur. Geraadpleegd op 29 september 2015, via <http://www.vluhr.be> > kwaliteitszorg > rapporten
- Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. (2014). *Beleidsstект 2014-2016*. Geraadpleegd op 29 september 2015, via <http://www.vvkp.be/wat-doet-vvkp>
- Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. (z.j.). *Register van klinisch psychologen*. Geraadpleegd op 29 september 2015, via <http://www.vvkp.be/register-van-klinisch-psychologen>
- World Health Organization. (2009). *Improving health systems and services for mental health*. Genève, Zwitserland: Auteur.

Personalia

Roland Sinnaeve werkt als klinisch psycholoog/onderzoeker in Z.ORG KU Leuven en is voorzitter van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP). Hij vertegenwoordigde de beroepsvereniging VVKP als stakeholder tijdens de vergaderingen over het Belgische competentieprofiel van de Hoge Gezondheidsraad.

E-mail: roland.sinnaeve@upckuleuven.be



Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen

Deel III: Ontwikkelingsdomeinen in het vizier

Patricia Bijttebier, Ilse Noens, Laurence Claes, Guy Bosmans

Goede hulpverlening aan kinderen, jongeren en gezinnen start met een goed diagnostisch onderzoek volgens de principes van de empirische cyclus. Voor het werken met kinderen, jongeren en gezinnen zijn er verschillende kwaliteitsvolle diagnostische modellen beschreven, zoals het handelingsgerichte diagnostische model van Pameijer en van Beukering of het model van de diagnostische cyclus zoals beschreven door de Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer en van Aarle.

Dit handboek vertrekt vanuit die modellen om de clinicus concrete, state-of-the-art handvatten te bieden om het diagnostisch handelen inhoudelijk te sturen. In een reeks van vier boeken willen de auteurs hulpverleners informeren over het diagnostisch proces en recente inzichten in de (ontwikkeling van) gedrags- en emotionele problemen die de diagnosticus nodig heeft om een kwaliteitsvol di-

agnostisch onderzoek uit te voeren. Dit handboek is dan ook relevant voor studenten én hulpverleners die een antwoord trachten te vinden op de hulpvragen van kinderen, jongeren en gezinnen.

In dit derde boekdeel zoomen de auteurs in op de kindfactoren die belangrijk zijn om de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen te begrijpen. Ze kijken naar de ontwikkeling van intelligentie, cognitieve functies, taal, motoriek, gehechtheid, identiteit en zelfbeeld, en naar de ontwikkeling van maladaptieve cognitieve schema's. Voor elk domein maken ze de clinicus attent op ontwikkelingsgerelateerde inzichten die belangrijk zijn voor een ontwikkelingssensitieve diagnostiek. Bovendien geven ze een overzicht van richtlijnen en instrumenten die toelaten een evidence-based diagnostisch onderzoek uit te voeren.

GUY BOSMANS is docent aan de Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek van de KU Leuven. Hij is gedrags-therapeut en werkte verschillende jaren als diagnosticus in een kinderpsychiatrische eenheid. Momenteel doceert hij het vak diagnostiek in de orthopedagogische hulpverlening. Hij is gespecialiseerd in het domein van kinderen en jongeren met gehechtheidsproblemen en betrokken bij onderzoek in de jeugdzorg.

PATRICIA BIJTTEBIER is hoogleraar aan de Onderzoekseenheid Schoolpsychologie en Ontwikkelingspsychologie van Kind en Adolescent van de KU Leuven. Ze doceert psychodiagnostiek en ontwikkelingspsychopathologie en verricht onderzoek naar processen en mechanismen die een rol spelen in de ontwikkeling van zowel internaliserende als externaliserende problemen in kindertijd en adolescentie.

ILSE NOENS is hoofddocent aan de Onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek en academisch verantwoordelijke voor PraxisP, het praktijkcentrum van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven. Zij doceert het vak diagnostiek in de orthopedagogische hulpverlening en is eindverantwoordelijke voor de stages in de orthopedagogiek. Zij is gespecialiseerd in autismespectrumstoornissen en gezinsgerichte ambulante hulpverlening.

LAURENCE CLAES, klinisch psychologe en gedragstherapeute, is hoogleraar aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven. Zij doceert het vak klinische psychodiagnostiek en is eindverantwoordelijke voor de stages in het klinisch werkveld en de permanente vormingen klinische psychodiagnostiek, optie kind, jongeren en volwassenen.

ISBN 978 94 6292 370 6 // 208 blz. // € 24,50 (excl. verzendingskosten)

Koop dit boek online op www.uitgeverijacco.be of in de boekhandel.

Voor België: Uitgeverij Acco
E-mail: bestelling@acco.be

acco
MAAKT KENNIS MET U

Voor Nederland: Acco Nederland
E-mail: info@uitgeverijacco.nl