De gezondheidszorgpsycholoog in Vlaanderen: nog veraf of al dichterbij?

Nady Van Broeck, Laurence Claes

Inleiding

In een van de vorige nummers van dit tijdschrift publiceerde Cools (2014) een boeiend artikel over de mate waarin de Nederlandse gezondheidszorgpsycholoog model kan staan voor Vlaanderen. In ons buurland is de gezondheidszorgpsycholoog een wettelijk erkend beroep in het kader van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). De volledige opleiding bestaat uit een driejarige bacheloropleiding aan een universiteit gevolgd door een eenjarige masteropleiding in de psychologie, de pedagogische wetenschappen of de gezondheidswetenschappen. Daarna volgt een postacademisch traject van minimaal twee jaar (fulltime) of vier jaar (parttime). De postacademische opleiding bestaat voor vier vijfde uit werkzaamheden (onder gekwalificeerde werkbegeleiding en supervisie) in een erkende praktijkopleidingsinstelling en voor een vijfde uit een aanvullende theoretische opleiding aan een door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkende opleidingsinstelling.

Inhoudelijk is dit postacademische traject gestructureerd rond een competentiematrix bestaande uit verschillende competentiegebieden.[1] De evaluatie van de kandidaat gezondheidszorgpsycholoog gebeurt op basis van de mate waarin die competenties verworven zijn. De aard van de opleiding van die professional maakt dat hij kan functioneren als een generalist in de gezondheidszorg.

Tegen de achtergrond van de situatie in Nederland vraagt Cools (2014) zich af wat we kunnen leren van onze noorderburen. In zijn kritische analyse van de Belgische situatie geeft hij aan op welke punten onze opleidingen volgens hem een tandje hoger kunnen schakelen om de afgestudeerden beter klaar te stomen voor het werk in de gezondheidszorg. Zo vraagt Cools zich af of het niet beter zou zijn om ook in Vlaanderen meer te denken in termen van *te verwerven competenties*, en of er in onze opleidingen voldoende *aandacht is voor evidencebased werken* in het algemeen en voor het maken van afwegingen aan de hand van *behandelrichtlijnen* in het bijzonder. Kritische vragen stelt Cools ook over de stage als middel tot het opdoen van praktijkervaring, en dan met name over de (te korte) *duur* en de *kwaliteitsbewaking*. Zo worden er volgens Cools onvoldoende kwaliteitseisen gesteld aan de stage-instelling en aan het functioneren van de stagebegeleider. Regelmatige *interactie* tussen de onderwijsinstelling en de stageplaatsen zou een belangrijke basis zijn voor het uitwerken van een degelijk

kwaliteitskader. Tot slot beveelt Cools aan om de opleidingen aan de verschillende Vlaamse en Belgische universiteiten op het vlak van inhoud en benaming van het diploma te uniformeren.

Waar staan we aan de KU Leuven?

De verzuchtingen van Cools hebben een gevoelige snaar geraakt. De laatste jaren hebben we namelijk geenszins stilgezeten wat de opleiding in de klinische en gezondheidszorgpsychologie aan de KU Leuven betreft. Wat Cools beschrijft, is de laatste jaren onder invloed van diverse factoren in belangrijke mate veranderd. Zo zijn we aan de slag gegaan met de aanbevelingen van de Visitatiecommissie Psychologie (2012)[2] over ons onderwijsprogramma. De maatschappelijke ontwikkelingen in de zorgvragen die aan psychologen worden voorgelegd, vormden de voorbije jaren een motor voor intensief denkwerk. En *last but not least* heeft het proces van wettelijke erkenning van de klinische psychologie als gezondheidszorgberoep de reflectie over de opleiding in de klinische en gezondheidspsychologie in een stroomversnelling gebracht. In dit proces diende de Nederlandse 'gz-psycholoog' – de gebruikelijke afkorting in Nederland – regelmatig als inspiratiebron.

Daarom willen we in dit artikel de handschoen opnemen en voor de opleiding klinische en gezondheidspsychologie van de KU Leuven aangeven waar we nu staan. Hierbij komen een aantal vragen uit het artikel van Cools aan bod: we nemen het opleiden in termen van te verwerven competenties als rode draad; dit biedt de kans om de andere kritische bedenkingen over de integratie van evidencebased werken en het gebruik van behandelrichtlijnen in onze opleiding toe te lichten; vragen over de omvang van de stage en de kwaliteitsbewaking komen eveneens aan bod.

Welke vlag dekt het best de lading?

De gangbare titulatuur in de Belgische (geestelijke) gezondheidszorg verschilt van de Nederlandse. In België gebruikten we tot voor kort de term 'klinisch psycholoog' om te verwijzen naar een master in de psychologie die een afstudeerrichting heeft gevolgd die voorbereidt op toepassing in de gezondheidszorg.[3] Deze term is zo ingeburgerd in de Belgische context dat de initiatiefnemers[4] van de Wet op de nieuwe gezondheidszorgberoepen, die in maart 2014 werd goedgekeurd, die professionele titel hebben gebruikt in de wettelijke regeling van dit nieuwe gezondheidszorgberoep. De beleidsmakers zijn niet ingegaan op de suggestie uit de academische en de professionele wereld om het concept 'klinisch psycholoog' in de wet te vervangen door de meer correcte benaming van 'gezondheidszorgpsycholoog'. Als we vertrouwdheid als norm nemen en de Belgische situatie in haar geheel bekijken, springt 'klinische psychologie' er inderdaad nog steeds uit als populairste en bekendste term. Dit is nog sterker het geval in het zuidelijke, Franstalige deel van het land. Maar inhoudelijk verwijst het woord 'klinisch'[5] naar toepassingen bij cliënten/patiënten die lijden aan een stoornis of een ziekte. De woordkeuze accentueert curatieve toepassingen van de psychologie als

wetenschap, terwijl de actuele wetenschappelijke literatuur aantoont dat we als professional even zinvol werk kunnen verrichten op het vlak van preventie van stoornissen en op het vlak van het verbeteren van de levenskwaliteit (World Health Organization Regional Office for Europe, 2013).

In de richting klinische en gezondheidszorgpsychologie aan de KU Leuven hanteren we in het onderwijs die ruimere visie die het brede veld van de toepassing van de psychologie in de gezondheidszorg omvat. De volgende definitie weerspiegelt deze visie:

> "Klinische/gezondheidszorgpsychologie is de autonome ontwikkeling en toepassing van theorieën, methoden en technieken van de psychologie als wetenschap en van aanverwante disciplines in de evaluatie, de preventie en de behandeling van gezondheidsstoornissen bij mensen van alle leeftijden, die het gevolg kunnen zijn van psychische en somatische factoren en die zich kunnen manifesteren op psychisch (gedrag en beleving) en/of somatisch vlak." (Van Broeck, 2014)

Deze definitie biedt de mogelijkheid om het werkterrein van de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog in België te omschrijven aan de hand van drie dimensies:

- het doel dat deze professional zich stelt in zijn werk;
- de eenheid waarop hij zich richt; en
- de context waarin hij actief is.

Het doel van het werk van de klinisch psycholoog kan gezondheidseducatie en voorlichting zijn, maar ook preventie, curatie, revalidatie of crisisinterventie. Die doelstellingen kunnen worden nagestreefd ten aanzien van onderscheiden psychologische functies (bijvoorbeeld: slaap, geheugen, aandacht) of ten aanzien van het individu als geheel of de groepen waarvan hij deel uitmaakt. Die klinisch/gezondheidszorgpsychologische activiteiten kunnen uitgeoefend worden in een context van geestelijke en/of lichamelijke gezondheidszorg bij mensen met psychologische en somatische gezondheidsklachten. De specifieke hulp die door de klinisch psycholoog geleverd wordt, is gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde psychologische kennis en bestaat uit psychologische methoden en technieken die ingezet worden om psychologische processen en mechanismen die onderliggend zijn aan de gezondheidsstoornis, te beïnvloeden.

Op basis van die inhoudelijke definitie en wetenschappelijke, logische en taalkundige argumenten zou onze voorkeur dan ook uitgaan naar de term 'gezondheidszorgpsycholoog'. Die term geeft beter weer dat het over een psycholoog gaat die actief is in het brede veld van de gezondheidszorg en biedt ruimte voor een brede waaier van toepassingen. In Nederland heeft men voor die term gekozen.[6] In de Belgische context vormt de benaming 'klinisch psycholoog' echter nog een belangrijk onderdeel van de identiteit van de psychologen die in de gezondheidszorg werken. In dit artikel zullen we dan ook de dubbele term gebruiken. Het verschil in titulatuur in de twee buurlanden benoemen en de discussie voeren is wellicht de beste manier om in België te evolueren naar een vlag die de lading beter dekt.

Opleiding van klinische en gezondheidszorgpsychologen aan de KU Leuven

Sinds enige jaren is er in onze opleidingen in de psychologie in het algemeen en in de opleiding in de klinische en gezondheidspsychologie in het bijzonder een sterke evolutie in de richting van competentiegestuurd werken. Het denken in competenties leidde aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (PPW) van de KU Leuven tot het opstellen van een competentieprofiel voor de masterstage in de klinische en gezondheidspsychologie.[7] Hiermee bieden wij aan de studenten en stageplaatsen een kader aan waarin de vaardigheden geëxpliciteerd worden die minimaal noodzakelijk geacht worden om als master in de psychologie, optie klinische en gezondheidszorgpsychologie, af te studeren en in de gezondheidszorg werkzaam te zijn.

Dat competentieprofiel is gebaseerd op wetenschappelijke publicaties (Jackson, Wu, Aylward, & Roberts, 2012; Rodolfa, Bent et al., 2005; Rodolfa, Kaslow, Stewart, Kaelin, & Baker, 2005; Thomas & Hersen, 2009) en op de competentieprofielen die door diverse representatieve beroepsverenigingen van psychologen zoals de American Psychological Association (APA, 2013), de European Federation for Psychologists' Associations (EFPA; Lunt, Peiro, Poortinga, & Roe, 2014) en de British Psychological Society zijn voorgesteld. In die profielen worden zowel de basiscompetenties ('foundational competencies') als de functionele vaardigheden van een psycholoog die zijn vak wil uitoefenen in de gezondheidszorg beschreven.

Bij de invoering van de observatiestage in de derde fase van de bachelorcyclus in 2011 werd een vereenvoudigd competentieprofiel ontworpen dat het niveau van competenties aangeeft dat we van een bachelor in de pre-optie klinische en gezondheidszorgpsychologie verwachten.

Het competentieprofiel heeft verschillende functies. Vooreerst biedt het profiel een kader van competenties waarop de student en de stagebegeleider zich kunnen baseren om concrete, operationele doelen te formuleren. Het kan gebruikt worden om vorderingen te beoordelen en om gerichte feedback te geven. Het competentieprofiel kan een hulpmiddel zijn om van gedachten te wisselen met collega's en andere opleidingsverantwoordelijken over het relatieve gewicht van de onderscheiden competenties en de manieren om die competenties te verwerven. Deze interactie tussen de academische opleidingen en de werkvloer is noodzakelijk om opleiding en beroep verder op elkaar af te stemmen ten voordele van de gebruikers en de beroepsbeoefenaars. Nu de wettelijke erkenning van de toepassing van de psychologie in de gezondheidszorg in België een feit is, zal dit de komende jaren een belangrijke opdracht voor ons allen zijn.

Het Leuvense competentieprofiel van de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog

In het Leuvense competentieprofiel[8] van de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog onderscheiden we vier competentiegebieden:

- de *basiscompetenties*;
- de specifieke *vakinhoudelijke* competenties op het vlak van psychologisch assessment (psychodiagnostiek) en interventies (educatie, begeleiding, behandeling, revalidatie, crisisinterventie);
- de competenties gericht op *professioneel handelen;*
- de competenties/kwaliteiten op het vlak van *persoonlijk functioneren*.

De vakinhoudelijke competenties vormen het meest specifieke onderdeel, de drie andere competentiegebieden zijn minder beroepsspecifiek maar daarom niet minder belangrijk. Samen vormen die competenties de basis voor het uitvoeren van de diverse taken van een klinisch/gezondheidszorgpsycholoog: *beoordeling, begeleiding, behandeling en beleid* (Cools, 2002).

Onder basiscompetenties verstaan we het kunnen aangaan van een gepaste werkrelatie, het functioneren als een *scientist-practitioner* en het ethisch en deontologisch handelen met aandacht voor multiculturele invalshoeken. Het kunnen aangaan en onderhouden van een gepaste werkrelatie is een eerste belangrijke basiscompetentie. Denken en handelen als een *scientist-practitioner* garandeert dat de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog zich in zijn werk laat leiden door de beschikbare wetenschappelijke kennis over de beste praktijk op het gebied van assessment en interventies. Die wetenschappelijke basishouding moet ook leiden tot een attitude om het eigen handelen en de impact ervan op een systematische wijze in vraag te stellen, te evalueren en indien nodig bij te sturen. Hierdoor wordt de patiënt de best mogelijke hulp geboden, wat een ethische plicht is voor elke professional. Ethisch en deontologisch verantwoord handelen, rekening houdend met de diversiteit van de hulpvragers, vormt de derde basiscompetentie.

Vakinhoudelijk competent zijn houdt in dat de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog bekwaam is om op een wetenschappelijk verantwoorde wijze die methoden en technieken te gebruiken die toelaten een goed beeld te vormen van de persoon, de problematiek en de hulpvragen. Die competenties op het vlak van assessment dienen te worden aangevuld met interventievaardigheden. Ook hier geldt dat de afgestudeerde klinisch/gezondheidszorgpsycholoog in staat moet zijn wetenschappelijk onderbouwde interventiemethoden, aangepast aan de persoon en het probleem, aan te bieden en uit te voeren.

Klinisch/gezondheidszorgpsychologen moeten de vaardigheid hebben om hun hulpaanbod te integreren in het bredere geheel van de gezondheidszorg. Kunnen functioneren als een professional in een organisatie en interdisciplinair kunnen werken, vormen dan ook een derde groep van competenties.

Gedurende de hele professionele loopbaan werk maken van de persoonlijke ontwikkeling vormt de laatste maar zeker niet minst belangrijke competentie. Reflecteren over het eigen functioneren, deelnemen aan intervisie en supervisie, werken aan de persoonlijke problematiek, zich bewust zijn van de eigen sterktes en zwaktes, oog hebben voor eigen noden en zelfzorg, zijn competenties die onmisbaar zijn.

Duur en kwaliteit van de masterstage en interactie met de stageplaatsen

De stage dient van een zo hoog mogelijk kwaliteitsniveau te zijn, en dat proberen we door middel van diverse mechanismen te bewaken. Door het invoeren van de observatiestage in de derde fase van de bachelorcyclus kunnen studenten – vergeleken met vroeger – in een eerder stadium kennismaken met het werkveld en daardoor een meer afgewogen keuze maken voor de afstudeerrichting. De masterstage van 32 weken wordt intensief begeleid door de stagecoördinatoren en -verantwoordelijken verbonden aan de faculteit. De bezoeken aan de

stageplaatsen en de contacten met de stagebegeleiders ten behoeve van de stage-evaluaties bieden de mogelijkheid tot persoonlijk contact en uitwisseling. De bijeenkomst voor stagebegeleiders, die tweejaarlijks wordt georganiseerd, biedt de mogelijkheid om via workshops recente ontwikkelingen op het gebied van psychologisch assessment en interventies over te dragen. Tijdens deze bijeenkomsten is er tevens ruimte voor het uitwisselen van ervaringen en suggesties tussen stagebegeleiders en de stageverantwoordelijken van de faculteit.

Belang van evidencebased werken in ons onderwijs

Zowel in het competentieprofiel als in diverse bestaande en recent gecreëerde opleidingsonderdelen hebben het belang van evidencebased werken en het gebruik van behandelrichtlijnen een prominentere plaats gekregen. Evidencebased werken betekent in onze visie dat behandelbeslissingen genomen worden op basis van drie criteria: in de eerste plaats op basis van beschikbare wetenschappelijke evidentie; daarnaast wordt rekening gehouden met de voorkeuren van de cliënt en de deskundigheid van de zorgverlener (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

De principes van op wetenschappelijke evidentie gebaseerde psychologische hulpverlening worden momenteel in een reeks vakken van de bachelor- en masteropleiding onderwezen. De toepassingen van die principes worden via het uitvoeren van N = 1-studies, waarbij gebruik gemaakt wordt van behandelrichtlijnen, onderwezen en geoefend. Het accent ligt hierbij op translationeel werken, waarbij onderzoeksgegevens worden vertaald naar de praktijk, en op aandacht voor processen en mechanismen die actief zijn bij diverse vormen van psychologisch disfunctioneren.

Evidencebased werken betekent ook inspelen op de maatschappelijke vraag naar specifieke vormen van psychologische gezondheidszorg waarvan wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat die een zinvolle bijdrage leveren aan de gezondheidszorg in het algemeen. Zo is er ruim voldoende wetenschappelijke evidentie voor het nut van eerstelijnspsychologische (ELP) hulpverlening.[9] In diverse vakken in het masterprogramma aan de KU Leuven, zowel tijdens hoorcolleges als praktijkseminaries, wordt nu ruimte gemaakt voor assessment en interventies aangepast aan een ELP-context. Verder wordt een vak voorbereid dat volledig aan ELP-hulpverlening gewijd zal zijn.

Er is nog werk aan de winkel

Nu de klinische psychologie wettelijk erkend is als een volwaardig gezondheidszorgberoep, is het van belang dat we de komende jaren vaart zetten achter de aanpak van de kritische punten die Cools (2014) in zijn artikel opsomde. Eerst en vooral willen we het denken in termen van competenties verder uitbouwen. Er wordt gewerkt aan het optimaliseren van de training in vaardigheden van psychologische gespreksvoering. De reflectie over het versterken van het aanleren van ELP-hulpverleningsvaardigheden vordert, evenals die over de implicaties van deze wet voor de opbouw van het opleidingsprogramma.

We zijn het in grote lijnen eens met Cools (2014) dat de praktijkervaring die wordt opgedaan tijdens de observatie- en masterstages, beperkt is. Daarbij komt dat het onderwijstechnisch steeds moeilijker wordt om een uitgebreide stage tijdens de masteropleiding voor een zeer grote groep studenten te organiseren. Als verantwoordelijken voor de stages van de opleiding in de klinische en gezondheidspsychologie willen we dan ook samen met anderen nadenken over het inrichten van een bijkomende praktijkopleiding onder supervisie – na het verwerven van het masterdiploma – om onze afgestudeerden voor te bereiden op het autonoom uitoefenen van het beroep van klinisch/gezondheidszorgpsycholoog. De vereiste van een bijkomende praktijkopleiding spoort met de visie van onder meer de EFPA en met de situatie in een aantal buurlanden waar de toepassing van de psychologie in de gezondheidszorg bij wet geregeld is (Lunt, Job, Lecuyer, & Peiro, 2011). In afwachting van gesprekken hierover met de beleidsverantwoordelijken en de beroepsverenigingen in België pogen we aan de KU Leuven al door middel van aanvullende permanente vormingsprogramma's op een creatieve manier dit doel te bereiken. Een master in de klinische en de gezondheidszorgpsychologie kan nu al een eenjarig *permanent vormingsprogramma met getuigschrift* in de psychologische interventie volgen, bestaande uit een door een lid van het zelfstandig academisch personeel gesuperviseerde stage van één jaar die wordt afgesloten met een eindwerkstuk. Die stage kan plaatsvinden in het expertisecentrum van de faculteit (PraxisP) of in een andere met de faculteit PPW samenwerkende gezondheidszorginstelling. Ze komt zowel de jonge professional als de stage-instelling ten goede en vormt een extra brug tussen de faculteit en het praktijkveld. De uitwisseling met de werkvloer kan namelijk nog veel beter: jaarlijkse bijeenkomsten met de stagebegeleiders en deelname van experts uit de praktijk aan de onderwijsvergaderingen zijn twee voorbeelden hiervan. De faculteit PPW onderzoekt verder de mogelijkheden om op een efficiënte manier tegemoet te komen aan de toenemende vraag naar permanente bij- en nascholing van alumni.

Al die ontwikkelingen spelen zich af tegen de achtergrond van een fundamentele evolutie in het denken over 'klinische/gezondheidszorgpsychologie'. De evolutie gaat van denken in termen van psychopathologie en psychotherapie naar een brede toepassing van de psychologie in de gezondheidszorg. Die evolutie gaat hand in hand met toenemende aandacht voor het psychologisch handelen, het onderzoek en de opleiding op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg.

In dit artikel zijn we voornamelijk ingegaan op de evolutie naar een evidencebased en competentiegerichte opleiding aan de KU Leuven. Intensieve contacten met de andere Vlaamse universiteiten die de afstudeerrichtingen in de klinische en gezondheidszorgpsychologie aanbieden, tonen aan dat die ontwikkelingen ook in hun opleidingen aan de gang zijn.

Conclusie

Aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven is de evolutie van een opleiding tot klinisch psycholoog naar een opleiding die Belgische gezondheidszorgpsychologen aflevert, ingezet en al een eind gevorderd. In dit proces dient de Nederlandse situatie niet alleen als inspiratiebron maar ook als testcase. We willen in België vooral de sterktes van het Nederlandse model overnemen en tegelijkertijd mogelijke knelpunten

vermijden. Eerst en vooral vragen we ons af of een complex competentieprofiel met zeven competentiegebieden, waarvan er slechts één de kerntaken van gz-psychologen – het professioneel handelen op het terrein van psychologische assessment en interventies – bestrijkt, de beste optie is. Ons competentieprofiel wil de specifieke competenties van de klinisch/gezondheidszorgpsycholoog een meer centrale plaats bieden. In de omschrijving van de competenties van de Nederlandse gz-psycholoog vormt de categoriale beschrijvende diagnostiek van de DSM-5 nog steeds de achtergrond waartegen de competenties van assessment en interventie worden geëxpliciteerd. De vraag is of het niet meer aangewezen en beter wetenschappelijk onderbouwd is om assessment en interventies te formuleren in termen van (transdiagnostische) processen en mechanismen die in min of meerdere mate bij diverse problematieken een rol spelen. Ook zouden we in nog sterkere mate dan in Nederland het geval is, de nieuwe Belgische gezondheidszorgpsycholoog willen opleiden tot generalist in het verstrekken van psychologische zorgen in zowel de geestelijke als lichamelijke gezondheidszorg.

Last but not least is er het kostenplaatje. In Nederland bestaat de masteropleiding in de psychologie uit een studie van één jaar na de bachelorcyclus. Wie aanvullende competenties inclusief een BIG-registratie als gz-psycholoog (of psychotherapeut of 'klinisch psycholoog') wil verwerven, dient een aanvullende opleiding te volgen, waarvan de kosten[10] – in veel gevallen – in belangrijke mate voor eigen rekening komen. In België kan de student momenteel nog een door de overheid gesubsidieerde masteropleiding van twee jaar volgen na het behalen van zijn bachelordiploma. Met die opleiding beoogt men masters in de klinische en gezondheidspsychologie op te leiden die competent zijn om op wetenschappelijke evidentie gebaseerde psychologische assessments en interventies uit te voeren, en dat in een multidisciplinaire context in de verschillende lijnen van de gezondheidszorg. De kosten voor de postmasteropleidingen worden door de cursist gedragen en bedragen tussen 1.800 en 2.200 euro per opleidingsjaar. Die kosten vormen echter zelden een belemmering voor het voortzetten van een opleidingstraject.

Aan de faculteit PPW van de KU Leuven is de opleiding in de klinische en gezondheidspsychologie al een heel eind gevorderd in de richting van het opleiden van competente Belgische gezondheidszorgpsychologen die degelijk en op wetenschappelijke evidentie gebaseerde psychologische assessments en interventies kunnen uitvoeren in de verschillende lijnen van de gezondheidszorg. Toch is er nog belangrijk werk te doen. Hierbij zal zowel het regelmatig uitwisselen van ervaringen met onze buurlanden als een nauwe samenwerking tussen de universiteit, het praktijkveld en de beleidsmakers noodzakelijk zijn.

Noten

1. Deze competentiegebieden zijn: psychologisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.
2. In het rapport van de Visitatiecommissie Psychologie (2012) scoorde de KU Leuven 'excellent' voor de wijze waarop het contact met de werkvloer bij de organisatie van de masterstage onderhouden werd. De Visitatiecommissie Psychologie (2012) concludeert: "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 dat vlak nog verder te versterken." (p. 42).

3. Afhankelijk van de universiteit kan de naam van de afstudeerrichting verschillen.
4. De parlementsleden Nathalie Muylle (CD&V) en Najima Landri (PS) dienden in 2013 een wetsvoorstel in tijdens de regeerperiode van Laurette Onkelinx als minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De wet werd in maart 2014 aangenomen.
5. Etymologisch verwijst het concept 'klinisch' naar activiteiten die zich afspelen rond 'het bed' van de patiënt. Het is waarschijnlijk gebaseerd op het Grieks *klīnikós* 'heelmeester' en *klīniké* (*téhnē*) 'kunde van het behandelen van bedlegerigen', afleidingen van *klínē* of 'bed'.
6. Deze terminologische keuze kan aanleiding geven tot verwarring binnen het Nederlandse taalgebied. In de Nederlandse Wet BIG wordt naast de gezondheidszorgpsycholoog (een van de basisberoepen) onder meer ook de klinisch psycholoog (een specialisatie van de gezondheidszorgpsychologie) bij wet geregeld. Het gaat hier om een mogelijke specialisatie – na een registratie als gezondheidszorgpsycholoog – die de professional voorbereidt op (psycho)diagnostiek en behandeling van complexe problemen, het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, en management (http://www.fgzpt.nl > regelgeving > besluit specialisme klinische psychologie).
7. Met dank aan het team verantwoordelijk voor de observatie- en de masterstages aan de faculteit PPW, bestaande uit Laurence Claes, Saskia Van der Oord, Patrick Luyten, Filip Raes, Nady Van Broeck, Patricia Bijttebier, Ilse Van Diest, Lieve Van Lier, Luc Hamelinck, Sus Weytens en Katrien Verstraeten. Het volledige competentieprofiel is op aanvraag bij de auteurs te verkrijgen.
8. De overdracht van kennis en het verwerven van de competenties worden gerealiseerd in de loop van de opleiding (drie jaar bachelor + twee jaar master) door middel van hoorcolleges, practica en stages. De persoonlijke ontwikkeling komt aan bod in de reflectie over de practica, in de bachelor- en masterstages en in de individuele begeleiding van de student tijdens zijn opleiding.
9. https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid_eerstelijnsgezondheidszorg/.
10. Dit kan voor een aanvullende opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog oplopen tot een bedrag van ongeveer 18.500 euro (prijspeil 2015). Zie bijvoorbeeld http://www.rinogroep.nl > big-opleidingen > gz-psycholoog > kosten.

Literatuur

American Psychological Association. (2013). *Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology.* Washington, DC: Auteur.

American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285.

Cools, B. (2002). Hoe verdrijven we de klinische psychologie. Tien stellingen over de ontwikkeling van een praktijkwetenschap. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *32*, 162-163.

Cools, B. (2014). De GZ-psycholoog als model voor de Vlaamse klinisch psycholoog. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *44*, 108-119.

Jackson, Y., Wu, Y.P., Aylward, B.S., & Roberts, M.C. (2012). Application of the Competency Cube Model to Clinical Child Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*, 432-441.

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.* Bilbao, España: Universidad de Deusto. Geraadpleegd via http://www.efpa.eu/professional-development/tuning-europsy-_-tuning-educational-structures-in-europe.

Lunt, I., Peiro, J.M., Poortinga, Y.H., & Roe, R. (2014). *Europsy: Standards and quality in education for professional psychologists.* Göttingen, Deutschland: Hogrefe.

Rodolfa, E.R., Bent, R.J., Eisman, E., Nelson, P.H.D., Rehm, L., & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 347-354.

Rodolfa, E.R., Kaslow, N.J., Stewart, A.E., Kaelin, W.G., & Baker, J. (2005). Internship training: Do models really matter? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 25-31.

Thomas, J.C., & Hersen, M. (Eds.) (2009). *Handbook of clinical psychology competencies.* New York, NY: Springer.

Van Broeck, N. (2014). *Cursusnota's Vak 'Werkvelden in de psychologie'.* Ongepubliceerd manuscript, KU Leuven, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven.

Visitatiecommissie Psychologie. (2012). *De onderwijsvisitatie Psychologie. Een evaluatie van de kwaliteit van de academische opleidingen Psychologie aan de Vlaamse universiteiten.* Brussel: Vlaamse universiteiten en hogescholen raad (Vluhr). Geraadpleegd via http://www.vluhr.be > kwaliteitszorg > rapporten.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). *The European Mental Action Plan.* Geraadpleegd via http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan.

Personalia

Prof. dr. Nady Van Broeck en prof. dr. Laurence Claes zijn als hoogleraar verbonden aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen en PraxisP van de KU Leuven. Ze zijn verantwoordelijk voor respectievelijk de bachelor- en de masterstage in de klinische en gezondheidspsychologie.
E-mail: Nady.VanBroeck@ppw.kuleuven.be, Laurence.Claes@ppw.kuleuven.be.