

# Opleidingsplan Psychotherapeut

**Werkgroep Modernisering opleiding psychotherapeut**

Herziene versie 29 november 2018

## **Werkgroep Modernisering Opleiding Psychotherapeut**

Dhr. dr. S. Colijn

Mw. H. Hoekstra

Mw. drs. J. M. Hoogeboom

Dhr. dr. A. de Keijser

Dhr. drs. R. Wolters

### **Eindredactie:**

Mw. drs. V. A. Hoogendoorn

Dhr. dr. A. de Keijser

## **Stuurgroep Modernisering Psy-Opleidingen**

Mw. drs. I. van den Berg

Mw. drs. E. Broek

Mw. drs. M. van Dam

Dhr. drs. H. Geertsema (voorzitter)

Mw. drs. L. Luycks

Mw. drs. C. den Rooyen

Dhr. dr. T. van der Schoot (vervanger Mw. drs. J. van Reijen)

Mw. prof. dr. H. Swaab

Dhr. prof. dr. S. Visser

Dhr. drs. R. Wolters

# Inhoudsopgave

<b>INLEIDING</b>	<b>3</b>
<b>HOOFDSTUK 1</b>	<b>ONTWIKKELINGEN IN HET VAKGEBIED..... 4</b>
1.1	Profiel van de psychotherapeut ..... 4
1.2	Raakvlakken en verschillen met aanpalende beroepen..... 4
1.3	Maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen ..... 7
1.4	Toekomstperspectief ..... 8
<b>HOOFDSTUK 2</b>	<b>INRICHTING VAN DE OPLEIDING TOT PSYCHOTHERAPEUT..... 10</b>
2.1	Wettelijke besluiten en regelgeving..... 10
2.2	Structuur en inhoud van de opleiding..... 10
2.3	Begeleiders en beoordelaars..... 11
<b>HOOFDSTUK 3</b>	<b>COMPETENTIEGERICHT OPLEIDEN VAN DE PSYCHOTHERAPEUT ..... 13</b>
3.1	Opleidingsvisie ..... 13
3.2	Het CanMEDS model ..... 13
3.3	Onderdelen van het competentiegericht opleiden..... 15
3.4	Het competentieprofiel..... 15
3.5	Themakaarten ..... 23
<b>HOOFDSTUK 4</b>	<b>TOETSING EN BEOORDELEN ..... 25</b>
4.1	Visie op toetsen..... 25
4.2	Functie van toetsen en beoordelen in de opleiding ..... 25
4.3	Kwaliteitseisen aan een toetsstelsel ..... 26
4.4	Toetsboek..... 27
4.5	Toets- en beoordelingsinstrumenten..... 27
4.6	Het portfolio..... 29
<b>HOOFDSTUK 5</b>	<b>KWALITEITSZORG..... 31</b>
5.1	Kwaliteitszorgstelsel van het opleidingsinstituut ..... 31
5.2	Kwaliteit van de opleiding..... 31
5.3	Kwaliteit van de opleiders..... 32
5.4	Bij- en nascholing van de opleiders..... 33
<b>REFERENTIES</b>	<b>34</b>
<b>BIJLAGE 1.</b>	<b>OPDRACHT, KADERS EN WERKWIJZE..... 35</b>
1.1.	De opdracht aan de werkgroep..... 35
1.2	Gevolgde werkwijze ..... 35
<b>BIJLAGE 2.</b>	<b>DEFINITIES EN AFKORTINGEN..... 37</b>

## Inleiding

Voor u ligt het algemene opleidingsplan voor de opleiding tot psychotherapeut (PT).

Vanuit de Kamer GZ-psycholoog, de Kamer Psychotherapeut en het College Specialismen GZ-psycholoog en de opleidingsinstellingen bestaat de behoefte om de vervolgoopleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en Klinisch psycholoog te moderniseren. Hiermee wordt aangesloten bij de ontwikkelingen die in het medische onderwijsveld plaatsvinden: competentiegericht opleiden waarin de inhoud volgens een bepaalde methodiek is vastgelegd, gestructureerd feedback wordt gegeven, getoetst en beoordeeld wordt en in portfolio's wordt gedocumenteerd. Daarmee wordt meer transparantie en duidelijkheid geschapen voor de Psycholoog in opleiding tot Psychotherapeut (PIOP). De opleidingsontwikkeling is door de opleidingsinstituten gezamenlijk opgepakt in een projectstructuur.

Het doel van het project is om als opleidingsinstellingen gezamenlijk voor de opleidingen een opleidingsplan te ontwikkelen die qua opzet en structuur op dezelfde wijze zijn vormgegeven en wat betreft niveau op elkaar aansluiten. De opleidingsplannen voldoen aan de moderne onderwijskundige inzichten. De opleidingsplannen bieden de opleidingsinstellingen voldoende ruimte om vervolgens tijdens de implementatie hun "couleur locale" in te voegen.

De opbouw van dit opleidingsplan is als volgt. Allereerst wordt in Hoofdstuk 1 beschreven wat het beroep en het werkveld van de psychotherapeut inhoudt, waarna in Hoofdstuk 2 de kaders, de structuur en de inhoud van de opleiding daartoe aan de orde komt. Het belangrijkste deel van dit opleidingsplan betreft Hoofdstuk 3 dat de beschrijving en uitwerking bevat van competentiegericht opleiden (CGO) van PIOP. Er wordt vertrokken vanuit de algemene principes van CGO, en vooral vanuit het internationaal gevolgde CanMEDS model. Het aan de hand daarvan geformuleerde competentieprofiel van de psychotherapeut speelt een centrale rol in dit opleidingsplan. Dat model wordt vervolgens uitgewerkt in de vorm van vakinhoudelijke thema's en beoordeelbare praktijksituaties. Daarna wordt in Hoofdstuk 4 ingegaan op het toetsen en beoordelen van de PIOP, en in Hoofdstuk 5 op de noodzakelijke kwaliteitszorg binnen de opleiding. In een separaat Toetsboek worden de verschillende toetsvormen en beoordelingscriteria beschreven, evenals de themakaarten die richting geven aan de inhoud en toetsing.

Vanwege de leesbaarheid wordt in het voorliggende document voornamelijk de derde persoon mannelijk gebruikt. Tevens worden in verband met de leesbaarheid van het document, de afkortingen PT en PIOP met kapitalen geschreven. De afkortingen PT en PIOP worden zowel voor enkelvoud als voor meervoud gebruikt. Waar PIOP staat kan tevens gelezen worden AIOP en GIOP (arts in opleiding tot psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot psychotherapeut).

### Status van dit opleidingsplan

De Kamer Psychotherapeut heeft dit opleidingsplan vastgesteld op 5 september 2013. Dit plan zal bindend zijn voor alle landelijke opleidingsinstellingen. Zij krijgen de gelegenheid om het landelijke opleidingsplan te gebruiken op basis van hun bestaande curriculum, eigen inzichten, en regionale behoeften vanuit het praktijkveld.

## Hoofdstuk 1      Ontwikkelingen in het vakgebied

### 1.1      Profiel van de psychotherapeut

De psychotherapeut (PT) richt zich op de curatieve behandeling van patiënten met complexe psychische problematiek, hetgeen meestal leidt tot langer durende behandeling waarin het benutten van de therapeutische relatie een centrale rol speelt. De PT is expert in het toepassen van psychotherapeutische methoden bij individuele patiënten, groepen en systemen, en in het hanteren van de therapeutische relatie ten behoeve van de door de patiënt gewenste verandering. In de psychotherapie ligt het accent op indicatiestelling en behandeling van complexe problematiek. Kenmerkend voor de hier aangeduide complexe problematiek is de persoonlijkheidspathologie, al dan niet gecombineerd met comorbide andere psychische of sociale problematiek. Er worden bij psychotherapie hoge eisen gesteld aan het vaak langer durend en intensief interpersoonlijk contact. De therapeutische relatie, het therapeutisch proces en de therapeutische context komen dientengevolge meer op de voorgrond te staan dan in korter durende en meer klachtgerichte behandelingen. De PT helpt mensen met complexe psychische problematiek met daartoe geëigende psychologische behandelmethoden, en kan daarnaast ook kortdurend en protocollair werken. De PT kent de verschillende psychotherapeutische referentiekaders en behandelvormen en is in staat op deze behandel mogelijkheden te reflecteren en te indiceren voor de juiste vorm van psychotherapie.

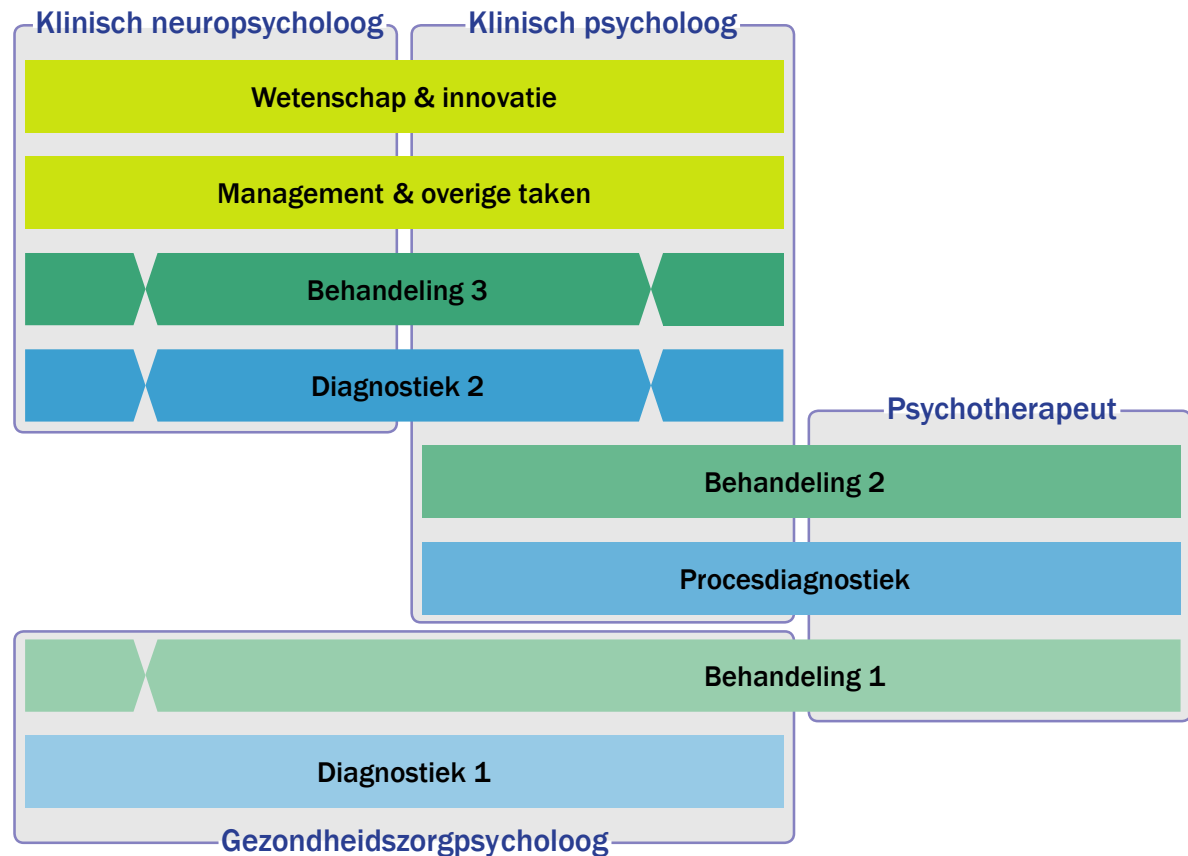
### 1.2      Raakvlakken en verschillen met aanpalende beroepen

De beroepsuitoefening van de GZ-psycholoog, de psychotherapeut, de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog raken elkaar. Daarnaast werken zij samen met verschillende andere professionals, zoals psychiaters en andere medici, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers.

De raakvlakken en het onderscheid tussen de vier psychologische beroepen zijn weergegeven in figuur 1. Het model in de figuur biedt een globaal overzicht van de taakhoud van deze vier beroepen ten behoeve van het onderwijs in deze beroepen. Binnen elk van de vier beroepen neemt bijvoorbeeld psychologische behandeling een belangrijke plaats in, maar 'Behandeling 1', 'Behandeling 2' en 'Behandeling 3' verschillen van inhoud, waarbij 'Behandeling 2' voortbouwt op en verder gaat dan 'Behandeling 1' en 'Behandeling 3' een andere deskundigheid vereist dan 'Behandeling 2'. Bij 'Behandeling 1 en 3' en 'Diagnostiek 2' wijzen de inkepingen op een specifiek deel van de taakhoud die voor de discussie hier niet van belang is en hier niet nader wordt uitgewerkt.

---

<sup>1</sup> De aanduidingen 'Behandeling 1', 'Behandeling 2' en 'Behandeling 3' zijn nevenschikkend.



Figuur 1. De raakvlakken tussen de vier psychologische BIG-beroepen

In artikel 3 van de wet BIG worden de GZ-psycholoog en psychotherapeut aangemerkt als 'basisberoep'. In de opleiding tot deze basisberoepen wordt men opgeleid tot generalist in debasis-generalistische of specialistische gezondheidszorg. Het generalistische karakter leidt ook tot overlapping. In beide beroepen is immers kennis van psychopathologie, indicaties en contra-indicaties, opstellen van behandelplannen en communicatie en evaluatie met de patiënt van groot belang. Maar er zijn ook grote verschillen.

De GZ-psycholoog verricht psychodiagnostiek, doet de indicatiestelling en beschikt daarom over competenties met betrekking tot de diagnostiek (*Diagnostiek 1*). Hij gebruikt hiertoe psychometrisch onderbouwde tests, vragenlijsten of interviews en is in staat deze instrumenten zowel te scoren als te interpreteren en de bevindingen uit te leggen aan patiënten en hulpverleners en vast te leggen in dossiers. De nadruk ligt op (psycho)diagnostiek en indicatiestelling bij mensen met zowel syndroompathologie als persoonlijkheidsproblematiek. In de behandeling richt de GZ-psycholoog zich voornamelijk op patiënten met lichte tot matig complexe As I-problematiek (DSM). De GZ-psycholoog streeft een adequate behandeling van een duidelijk omschreven probleem (*Behandeling 1*) na. De GZ-psycholoog kan, binnen zijn bevoegdheden en competentieprofiel, optreden als hoofdbehandelaar.

De psychotherapeut is als veelzijdig behandelaar in staat om zowel psychologische behandelingen volgens richtlijn te verrichten (*Behandeling 1*) als psychologische behandelingen uit te voeren waarbij een standaard aanpak ontoereikend is vanuit de complexiteit van de problematiek (*Behandeling 2*). De psychotherapeut werkt evidence-based en maakt gebruik van de behandelrichtlijnen. Het accent van de werkzaamheden ligt op de behandeling van patiënten met complexe problematiek en op de procesdiagnostiek en indicatiestelling. Bij dit type behandelingen worden meer eisen gesteld aan het interpersoonlijke contact. Om te kunnen behandelen is de

therapie langer en intenser, waardoor de therapeutische relatie en het therapeutisch proces meer op de voorgrond komen te staan. Ook de psychotherapeut kan, binnen zijn bevoegdheden en competentieprofiel, optreden als hoofdbehandelaar.

Het werkterrein van de KP als specialist (volgens artikel 14 van de wet BIG) en dat van de GZ-psycholoog als basisberoep zijn niet eenvoudig van elkaar te scheiden. Beiden opereren op dezelfde werkplekken, in zowel de basis-generalistische als specialistische zorg.

Alle beroepen zijn bovendien opgezet volgens het evidence-based werkendat wil zeggen dat er bij het verlenen van zorg gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijke kennis betreffende onder meer diagnostiek en behandeling.

De klinisch psycholoog wordt ingezet om het behandelbeleid te bepalen wanneer standaardbeleid en behandelrichtlijn ontbreken of niet tot het gewenste resultaat leiden. Dat kan zijn op het niveau van de individuele patiënt of bij het implementeren van nieuw behandelbeleid van een team of afdeling. De KP beheerst een grotere variatie aan psychologische behandelmethoden (*Behandeling 2* en *Behandeling 3*) en psychodiagnostische methoden (*Procesdiagnostiek* en *Diagnostiek 2*). De KP betreft in zijn werkzaamheden ook de beleidsontwikkelingen binnen de eigen organisatie en relevante maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. De KP vervult een leidinggevende, sturende en beleidsbepalende rol en is veel vaker werkzaam op plaatsen in de organisatie om daar wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling en vernieuwing verder gestalte te geven. Daarmee overziet hij als specialist het veld van de gezondheidszorg op een hoger niveau dan de GZ-psycholoog.

De klinisch neuropsycholoog is eveneens een beroep op specialistisch niveau. De klinisch neuropsycholoog is gespecialiseerd in cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsels en -disfuncties, en draagt ook op dit terrein bij aan wetenschappelijk onderzoek, zorginnovatie en zorgmanagement. De klinisch neuropsycholoog kan indiceren voor psychotherapie, en voert deze in beperkte mate uit.

Naast deze BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren zijn in de praktijk master psychologen, pedagogen en geestelijke gezondheidskundigen werkzaam. Deze hebben niet zoals de GZ-psycholoog na de initiële WO-opleiding een BIG erkende postmaster beroepsopleiding genoten. Sommigen van hen hebben andere opleidingen gevolgd, zoals de opleiding tot cognitieve gedragstherapeut. In het algemeen missen de niet-BIG geregistreerde psychologen de brede basis, die nodig is om zelfstandig in de gezondheidszorg te werken.

Tabel 1. Toelichting op het model in Figuur 1

	Beroep	Toelichting
<i>Diagnostiek 1</i>	GZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestructureerd diagnostisch testonderzoek en gestructureerd diagnostisch interview</li> <li>- Indicatiestelling</li> <li>- Bij complexe problematiek doorverwijzen voor nader diagnostisch onderzoek door een specialist</li> <li>- Diagnostiek op deelaspecten in een complex diagnostisch proces op aansturing van de specialist.</li> </ul>
<i>Diagnostiek 2</i>	KP/KNP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complex diagnostisch proces, diagnostiek bij complexe problematiek en/of diagnostiek bij weinig voorkomende problematiek</li> <li>- Vaststellen van kwaliteit en volledigheid van eerder diagnostisch onderzoek</li> <li>- Indicatiestelling</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vervolg diagnostiek op basis van eerder diagnostisch onderzoek of verifiëren of verhelderen van eerder verricht diagnostisch onderzoek</li> </ul>
<i>Procesdiagnostiek</i>	PT/KP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procesdiagnostiek gericht op het inschatten van draagkracht en context met behulp van casusconceptualisering en proefinterventies</li> <li>- Indicatiestelling</li> </ul>
<i>Behandeling 1</i>	GZ/PT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richtlijngestuurde of gestandaardiseerde behandeling, waar nodig op maat gesneden bij lichte tot ernstige problematiek</li> <li>- Kan omgaan met persoonlijkheidsproblematiek binnen de (richtlijn)behandeling, maar behandelt niet primair de persoonlijkheidsproblematiek</li> <li>- Gestructureerde behandeling op deelaspecten bij complexe of persoonlijkheidsproblematiek, waarbij de KP het geheel van de behandeling leidt</li> </ul>
<i>Behandeling 2</i>	PT/KP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapie bij complexe problematiek, zowel ambulante als (semi)klinisch</li> </ul>
<i>Behandeling 3</i>	KP/KNP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandeling van complexe problematiek waarbij sprake is van een veelvoud van problemen, veelal een combinatie van lichamelijke en psychische problematiek</li> <li>- Specialistische behandeling van psychische problematiek bij weinig voorkomende somatische problematiek</li> <li>- Lange behandeltrajecten bij complexe problematiek met complicerende componenten, zoals verslaving, juridische maatregelen, enzovoort</li> </ul>

### 1.3 Maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen

De psychotherapie kent een lange traditie en maakt de laatste decennia stormachtige ontwikkelingen door. Hieronder een aantal belangrijke ontwikkelingen:

- De verschillende psychotherapeutische tradities (referentiekaders, stromingen, oriëntaties, scholen) lijken te convergeren. De belangrijkste nieuwe behandelvormen voor persoonlijkheidsproblematiek, bijvoorbeeld, zijn samengesteld uit elementen die uit verschillende tradities stammen. Binnen de afzonderlijke tradities is toenemende interesse om verworvenheden uit andere tradities over te nemen.
- De psychotherapie is geworden tot een behandeling voor velen (*Zorg op waarde geschat, GGZ Nederland, 2010*) met een jaarlijkse toename van gemiddeld 12%. Deze groei is tevens te vinden in geïnstitutionaliseerde en vrijevestigde psychotherapie.
- In psychotherapie is toenemend de weerklank te horen van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek in de neurobiologie met betrekking tot cognitieve functies die bij psychische stoornissen en bij psychotherapie een rol spelen. Gaapte twintig jaar geleden tussen de neurobiologie en de psychologie een schier onoverbrugbare kloof, tegenwoordig wordt veel onderzoek gedaan waarbij de samenhang tussen psychologische en neurobiologische variabelen een belangrijk doel van onderzoek is. Hierbij dient tevens het onderzoek naar het verhogen van effecten van farmacologische behandelingen met psychotherapie en vice versa.
- 'Empirisch ondersteund' is een belangrijk argument geworden voor het verbreiden van behandelvormen. Het meereffect van psychotherapie boven placebo- en



wachtlIJstbehandeling is al sinds de jaren '70 onomstreden. Voor een veertigtal aandoeningen zijn psychotherapeutische behandelingen ontwikkeld. In een aantal multidisciplinaire richtlijnen zijn verschillende vormen van psychotherapie de voorkeursbehandeling. In alle richtlijnen ([www.gzzrichtlijnen.nl](http://www.gzzrichtlijnen.nl)) op het gebied van de GGZ worden vormen van psychotherapie aanbevolen.

- e) Het belang van universele psychotherapiefactoren (gemeenschappelijke componenten) voor de werkzaamheid van psychotherapie is onomstreden. Dit geldt zeker voor het centrale behandelinstrument van de psychotherapeut: de therapeutische relatie.
- f) In de jaren '80 werden grote methodologische verbeteringen aangebracht in het psychotherapie-effectonderzoek. De eerste grote metastudies naar de effecten van psychotherapie verschenen, de eerste kosteneffectiviteitsstudies werden verricht en in de geestelijke gezondheidszorg kwam de nadruk te liggen op 'evidence-based' diagnostiek en behandeling (Lambert, Garfield, & Bergin, 2004; Roth & Fonagy, 2005). Momenteel is voor beroepsbeoefenaren, overheid en zorgverzekeraars de kosteneffectiviteit van psychotherapie een belangrijk thema.

#### 1.4 Toekomstperspectief

Binnen de geestelijke gezondheidszorg kunnen de volgende vier met elkaar samenhangende ontwikkelingen verwacht worden: (a) verdere eisen aan kwaliteit van de zorg, (b) toenemende empirische toetsing van die kwaliteit, (c) toenemende aandacht voor complexe problematiek en multiculturele achtergrond en d) toenemende aandacht voor digitale vormen van hulp, zoals e-health. Deze ontwikkelingen raken opleiding en beroepsinvulling van de gezondheidszorgpsycholoog, de psychotherapeut, de klinisch neuropsycholoog en de klinisch psycholoog. In het onderhavige opleidingsplan staan we stil bij de ontwikkelingen voor de psychotherapeut.

*a. Kwaliteit van de zorg:* Verwacht mag worden dat overheid en maatschappij vragen om verdere verbetering van de zorg. Daartoe dient de beroepsgroep toe te zien op de kwaliteit van de opleidingen en de kwaliteit van nascholing, bijscholing en actuele werkervaring van de beroepsuitoefenaars en op het formuleren van professionele standaard en beroepscode. Van belang is ook dat de beroepsgroep het eigen vakgebied kritisch blijft beschouwen en via vertegenwoordigers actief bijdraagt aan maatschappelijke discussies over gezondheid en ziekte. Gezondheidszorginstellingen dienen transparante procedures voor psychodiagnostiek, indicatie en behandeling te bieden. Voor zover ontwikkeld dienen evidence-based en consensus-based standaarden en richtlijnen te worden gevolgd. Daarvan kan alleen beredeneerd worden afgeweken. Zorgverleners krijgen te maken met patiënten die steeds mondiger en beter geïnformeerd zijn en de zorgverlener aansprakelijk houden voor de geleverde zorg.

*b. Empirische toetsing:* Verwacht mag worden dat (1) 'routine outcome monitoring' in de toekomst standaard gaat worden: behandel-evaluatie wordt altijd verricht, (2) dat praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek bij psychodiagnostiek, indicatie en behandeling van psychische problemen gaat toenemen in de gezondheidszorginstellingen, en (3) dat moderne technieken worden ontwikkeld voor differentiaaldiagnostiek, het prediceren van effect en het meten van behandel-effecten.

*c. Complexe problematiek en multiculturele achtergrond:* Circa 38 procent van aanmeldingen in de geestelijke gezondheidszorg betreft heraanmeldingen (22% tweede keer, 16% derde keer of meer) en circa 33% betreft persoonlijkheidsproblemen en gedragsproblemen (*GGZ-Nederland, 2010a*). De kosten voor deze groep zijn onevenredig hoog, zowel wat kosten van de zorg betreft als wat betreft indirecte kosten (arbeidsongeschiktheid) en kosten in termen van leed. Complexe problematiek vraagt om adequate psychodiagnostiek en om

interdisciplinair overleg op gelijkwaardig niveau met andere zorgverleners en medisch specialisten. Naast complexe problematiek dient de zorg ook om te gaan met een verouderende bevolking en groeiend aantal mensen met een andere etnische en culturele achtergrond dan de Nederlandse (circa 37% van aanmeldingen; *GGZ-Nederland, 2010b*). Dat betekent dat aanpassingen in de indicatiestelling en behandeling moeten worden aangebracht.

*d. Digitale ondersteuning:* Psychotherapie kenmerkt zich door de therapeutische relatie tussen patiënt en psychotherapeut. Enerzijds wordt e-health gezien als alternatief voor de vis-à-vis behandeling van enkelvoudige psychische problemen, anderzijds zijn computers en andere social media een hulpbron bij de behandeling van complexe psychische problemen. De prognoses (*Trimbos, 2007; 2010*) voor het gebruik van e-mental health bij de ondersteuning van psychotherapeutisch contact in de vorm van meten, ondersteunende psycho-educatie, stabilisatie en andere zijn gunstig.

In het wetenschappelijk onderzoek lijkt een verschuiving van de focus gaande van het vergelijken van effect van rivaliserende behandelvormen naar het detecteren van onderliggende veranderingsmechanismen. De psychotherapie staat voor de uitdaging vernieuwingen op gang te brengen, verbeteringen die aantoonbaar beter zijn dan de al enige decennia geldende 50 tot 60% respons. In de toekomst zijn nieuwe behandelingen nodig of combinaties van behandelingen die de effectiviteit verhogen.

## Hoofdstuk 2 Inrichting van de opleiding tot psychotherapeut

### 2.1 Wettelijke besluiten en regelgeving

Het kader van de opleiding is door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgelegd in het 'Besluit van 17 maart, 1998, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de psychotherapeut (kortweg: *Besluit Psychotherapeut*)'. Dit kader is globaal en geeft de grote lijnen aan wat betreft vooropleidingseisen, de organisatie van de opleiding en de aantallen uren van de verschillende aspecten van de opleiding. In dit hoofdstuk komen structuur en organisatie van de opleiding, de inhoud van het cursorisch programma zoals die binnen de verschillende opleidingsinstellingen is vormgegeven, en de praktijkopleiding aan de orde.

De opleiding tot psychotherapeut wordt georganiseerd vanuit zes regionale opleidingsinstellingen die door de Minister aangewezen zijn. Om toegelaten te worden tot de opleiding tot psychotherapeut is een doctoraal of masters diploma geneeskunde, psychologie, pedagogische wetenschappen of geestelijke gezondheidskunde een vereiste. De titel 'psychotherapeut' is opgenomen in het BIG-register, als ex. Artikel 3 van de wet BIG. De opleiding tot psychotherapeut voldoet aan de hierin gestelde eisen en aan overeengekomen landelijke afspraken met betrekking tot inhoud en inrichting. Er bestaat een regeling waarin de vrijstelling vastgelegd is waarop GZ-psychologen, artsen, klinisch psychologen en psychologen, pedagogen, geestelijk gezondheidkundigen en artsen die het lidmaatschap van een specialistische psychotherapievereniging (SPV) behaald hebben, aanspraak kunnen maken (Vrijstellingsregeling in het kader van de opleiding tot Psychotherapeut (Art. 3, Wet BIG) voor gedragswetenschappers met een doctoraal of masters diploma psychologie, pedagogische wetenschappen of geestelijke gezondheidskunde, gz-psychologen (Art. 3, Wet BIG) en klinisch psychologen (ex Art. 14, Wet BIG)).

### 2.2 Structuur en inhoud van de opleiding

De PT opleiding heeft een omvang van ten minste 3680 uren, waarvan ten minste 1280 uren onderwijs en ten minste 2400 uren gesuperviseerde werkervaring als psychotherapeut. Het onderwijs omvat in elk geval 400 uur cursorisch onderwijs, 180 uur keuzeuren, 150 uur supervisie met de daarbij horende 500 uur psychotherapie en 50 uur leertherapie. De opleiding neemt nominaal vier jaren parttime (minimaal 20 uur per week) in beslag. In dit opleidingsplan wordt de volledige opleiding tot PT beschreven, tenzij expliciet anders vermeld.

Onder meer de invoering van competentiegericht opleiden zou op termijn kunnen leiden tot voorstellen voor aanpassingen van het Besluit Psychotherapeut vooral waar het de strikte urenverdeling in de praktijkwerkzaamheden betreft.

De PT opleiding kent twee differentiaties, waarvan één gericht is op kinderen en jeugdigen (PT K&J) en één op volwassenen en ouderen (PT V&O). De opleiding PT wordt georganiseerd vanuit zes regionale opleidingsinstellingen, die aangewezen zijn door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de opleiding binnen hun regio verzorgen. Elk van deze opleidingsinstellingen is gelieerd aan één of meer universiteiten. De PT-opleiding wordt op diverse plaatsen aangeboden in een verkorte variant voor GZ-psychologen.

#### 2.2.1 De praktijkopleiding

In de praktijkopleiding staan werken en leren in de praktijksituatie en reflectie daarop centraal. De dagelijkse feedback komt vanuit verschillende situaties van verschillende betrokken professionals zoals de praktijkopleider, de werkbegeleider en supervisoren. De uit te voeren werkzaamheden en verantwoordelijkheden nemen gedurende de opleiding toe in complexiteit.

## 2.2.2 Praktijkopleidingsinstellingen

De praktijkopleidingsplaats moet voldoen aan landelijk vastgesteld eisen zoals vastgelegd door de Kamer Psychotherapeut (2007). De eisen hebben o.a. betrekking op de breedte en differentiatie van het zorgaanbod dat aansluit bij de door de deelnemer gekozen differentiatie. Dit komt tot uitdrukking in:

- diversiteit en specificiteit van de problematiek waarop het zorgaanbod is gericht;
- diversiteit van patiënten wat betreft leeftijd;
- een breed scala van interventievormen, in meerder varianten naar setting, methode en duur;
- betrokkenheid van meerdere disciplines bij de zorg

## 2.2.3 Het cursorisch deel van de opleiding

De PIOP volgt gedurende de (drie- of vierjarige) opleiding gemiddeld eens in de twee weken een dag cursorisch onderwijs. De zes opleidingsinstellingen kunnen 'couleur locale' aanbrengen in hun opleiding, maar de globale opbouw van het cursorisch onderwijs is vergelijkbaar, zodat alle PIOP aan het eind van de opleiding aan dezelfde eindtermen voldoen.

Het cursorisch onderwijs is ondersteunend aan de competentieontwikkeling van de PIOP in de praktijk.

## 2.3 Begeleiders en beoordelaars

Binnen de PT-opleiding heeft de PIOP te maken met verschillende begeleiders en beoordelaars: hoofdopleider, praktijkopleider, werkbegeleider, supervisor en de docent.

### 2.3.1 Hoofdopleider

De hoofdopleider is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de opleiding. De eisen die gesteld worden aan hoofdopleiders zijn beschreven in het Besluit psychotherapeut.

### 2.3.2 Praktijkopleider

De praktijkopleider is werkzaam bij de praktijkopleidingsinstelling en is daarmee degene die de verantwoordelijkheid heeft voor het praktijkgedeelte van de opleiding van een of meerdere PIOP. Hij draagt zorg voor de organisatie en de voortgang van het opleidingsgedeelte binnen een praktijkopleidingsinstelling, is daarmee het eerste aanspreekpunt voor de opleidingsinstelling en is direct verantwoordig schuldig aan de hoofdopleider. De praktijkopleider ressorteert bij voorkeur onder de raad van bestuur of de directie van de praktijkopleidingsinstelling om zodoende directe invloed te kunnen hebben op het opleidingsproces. Binnen grotere praktijkopleidingsinstellingen is een afgeleide functie van de praktijkopleider die van P-opleider. Deze functie is in het leven geroepen om een aantal beleidsmatige en overstijgende taken te verzorgen. Bij de selectieprocedure voor PIOP speelt de praktijkopleider een belangrijke rol. Aan het begin van de opleiding stelt de praktijkopleider samen met de PIOP een individueel opleidingsplan op en verleent goedkeuring aan de werkbegeleiders en supervisors. De praktijkopleider ziet de PIOP gemiddeld één keer per maand, en beoordeelt de PIOP op vastgestelde momenten binnen de opleiding. De praktijkopleider treedt op bij problemen en neemt maatregelen wanneer de voortgang stagneert. De rollen van praktijkopleider en werkbegeleider kunnen worden gecombineerd, aangezien zij beiden beoordelend van aard zijn.

### 2.3.3 Werkbegeleider

De werkbegeleider is een collega-psychotherapeut die dicht bij de PIOP staat en die binnen dezelfde setting en team werkt. De werkbegeleider heeft de rol van coach en fungeert ook als rolmodel. De werkbegeleider ziet het dagelijks functioneren van de PIOP en beoordeelt ook de voortgang binnen de opleiding. Hij bewaakt dat de zorg van de PIOP ook verantwoorde zorg is voor de patiënten. De werkbegeleider is verantwoordelijk en tuchtrechtelijk aansprakelijk voor

het handelen van de PIOP als aankomend PT volgens de wet BIG (VWS, 1993). Een PIOP dient structureel één uur per week werkbegeleiding te krijgen gedurende zijn gehele opleiding. De werkbegeleiding is gericht op het handelen van de PIOP in de dagelijkse praktijk en de werkbegeleider bewaakt dat de verrichtingen aansluiten bij de bekwaamheden van de PIOP en passen binnen het opleidingsplan. In de werkbegeleiding staat de patiëntenzorg centraal.

#### **2.3.4. Supervisor**

Supervisie behelst vooral de professioneel-persoonlijke ontwikkeling van de PIOP, en het methodisch analyseren en evalueren van de door de PIOP verrichte werkzaamheden. Daarbij gaat het om het vergroten van de technische, methodische en persoonlijke vaardigheden met betrekking tot alle aspecten van het beroep. Tevens kunnen beroepsethische kwesties aan de orde komen. De supervisor zelf zal bij voorkeur op enige afstand van de dagelijkse werkomgeving van de PIOP staan of is zelfs buiten de instelling werkzaam. De supervisor geeft op verzoek van de praktijkopleider een oordeel over de voortgang van het leertraject en over de ontwikkeling en het functioneren van de PIOP. Hij betreft in dit oordeel de technische en theoretische kennis, praktische vaardigheden en attitude jegens de patiënt, alsmede persoonlijke en beroepsethische aspecten.

#### **2.3.5 Docent**

De docent is verantwoordelijk voor de uitvoering van een deel van het cursorisch onderwijs en de toetsing en beoordeling daarvan.

## Hoofdstuk 3 Competentiegericht opleiden van de psychotherapeut

### 3.1 Opleidingsvisie

De principes van het competentiegericht leren van volwassenen vormen het uitgangspunt van de PT-opleiding. De psycholoog in opleiding tot PT leert bij uitstek door en in de interactie met zijn omgeving. De rol van de opleider is die van begeleider van de PIOP bij het leerproces (met opleider wordt in dit opleidingsplan bedoeld: alle personen die een rol hebben in het leerproces van de PIOP, zowel in het cursorisch onderwijs als het praktijkonderwijs). Veel initiatief en verantwoordelijkheid voor het leerproces ligt bij de PIOP zelf. De zelfsturing vindt onder meer plaats in overleg met de opleider aan de hand van documentatie in het portfolio. Het faciliteren van het leerproces vereist ook specifieke attitudes en vaardigheden van de opleider, die vooral een coachende rol heeft. De PIOP leert van de in de praktijk aanwezige beroepsgenoten en neemt geleidelijk het handelingsrepertoire (kennis, vaardigheden, houding, normen en waarden) van de beroepsgroep over. Concrete feedback tijdens het leren in de praktijk is belangrijk om te kunnen leren van ervaringen. De uit te voeren werkzaamheden en verantwoordelijkheden verschuiven gedurende de opleiding van minder naar meer complex, en de begeleiding wordt in de loop van de opleiding minder intensief. In het praktijkonderdeel staan werken en leren in de praktijksituatie en reflectie centraal. Het stimuleren van de PIOP tot reflectie op de eigen ervaringen motiveert tot leren en ontwikkelen. Parallel aan het handelend ervaren, leert de PIOP door cursorisch onderwijs en zelfstudie, waarbij een beroep kan worden gedaan op uitleg en instructie van een opleider.

In de opleiding staan de volgende didactische kernelementen centraal:

- De PIOP heeft een grote en actieve verantwoordelijkheid voor het eigen leerproces. Hij stelt leerdoelen op, bereidt zich voor op onderwijsactiviteiten, brengt casuïstiek in en benut reflectie, supervisie en intervisie.
- Het leren vindt voor een groot deel plaats in de praktijk en wordt daarbij ondersteund door concrete feedback van beroepsgenoten.
- De praktijkopleiding en het cursorisch onderwijs zijn op elkaar afgestemd.

#### 3.1.1 De relatie tussen theorie en praktijk

Miller (1990) onderscheidt vier opklimmende niveaus van kennis en vaardigheden die gedurende een beroepsopleiding worden doorlopen, namelijk:

1. *weten*: kennis; cursorisch onderdeel;
2. *weten hoe*: kennis en kunnen uitleggen; cursorisch onderdeel;
3. *tonen hoe*: basisvaardigheden in een simulatiecontext; cursorisch onderdeel;
4. *doen*: in een authentieke praktijksituatie; praktijkonderdeel.

Deze niveaus komen allen op verschillende momenten en plaatsen, en in onderlinge samenhang in de opleiding aan bod. Competentiegericht opleiden bestaat derhalve niet alleen uit het werken in de praktijk, maar baseert zich ook op een stevige vakinhoudelijke kenniscomponent. Deze laatste is weer afgestemd op de kennisbehoefte die het werken in de praktijk met zich mee brengt.

### 3.2 Het CanMEDS model

Als uitgangspunt voor het competentiegericht opleiden is gekozen voor het model van de Canadian Medical Education Directives for Specialists: CanMEDS (zie o.a. [www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds)). Dit model is in de jaren negentig ontwikkeld door de *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, en is gebaseerd op consensus over de inhoud van beroep van arts, op een educatief model en op empirisch onderzoek. De uitwerking

daarvan in het CanMEDS 2005 Framework ligt ten grondslag aan het huidige opleidingsplan, dat daarmee tevens aansluit bij de medische vervolgoopleidingen in Nederland.

Een aantal kernbegrippen uit dit opleidingsplan zijn:

**Competentie:** Een competentie betreft de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke authentieke beroepscontext adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden, professionele gedragskenmerken.

**Competentiegebied:** In een competentiegebied is een aantal competenties geclusterd. De competentiegebieden in het profiel vertonen een onderling samenhang en zijn essentieel om als PT goed te kunnen functioneren.

**Indicator:** Competenties worden geoperationaliseerd in de vorm van indicatoren. Een indicator is waarneembaar en meetbaar gedrag of het resultaat van dat gedrag van de (aankomende) beroepsbeoefenaar.

**Patiënt:** Daar waar in dit hoofdstuk wordt gesproken over 'patiënt' kan ook 'patiëntensysteem' en 'patiëntgroep' worden gelezen. Alle leeftijdsgroepen (kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen) worden geïnccludeerd.

**Complexe problematiek:** Complexe problematiek laat zich moeilijk eenduidig definiëren, wel kunnen enkele varianten weergegeven worden om het begrip inhoud te geven. Bij patiënten met complexe problematiek gaat het om patiënten bij wie de te behandelen problematiek: (1) na meerdere behandelingen nauwelijks verminderd is; (2) zodanig sterk verweven is met een of meer additionele psychische of psychiatrische problemen of medische condities dat deze tegelijkertijd en integraal behandeling behoeven; (3) sterk medebepaald of in stand gehouden wordt door psychosociale problematiek (bijvoorbeeld armoede, eenzaamheid, werkloosheid, gebrek aan opleidingsmogelijkheid.), of (4) door een sterk-beperkende systemische context.

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het CanMEDS model is uitgewerkt voor de opleiding tot PT. De competentiegebieden worden uitgewerkt in een aantal thema's, waarin op hun beurt de competenties nader worden geoperationaliseerd. Daardoor weet de PIOP op een gedetailleerder en transparanter niveau wat van hem wordt verwacht, en waarop hij wordt beoordeeld.

### 3.2.1. Competentiegebieden en hun samenhang

Het CanMEDS-model omvat zeven competentiegebieden, waarbij het daarin genoemde centrale gebied 'Medisch handelen' in dit opleidingsplan vervangen is door 'Psychotherapeutisch handelen'. De zeven gebieden worden verderop in dit hoofdstuk uitvoerig beschreven en zijn kortweg aan te duiden als:

1. '*Psychotherapeutisch handelen*': is het kerngebied van het vak, waarmee de overige competentiegebieden nauw samenhangen. Het gaat hierbij om procesdiagnostiek, indicatiestelling en psychologische behandeling, waaronder psychotherapie.
2. '*Communicatie*': omvat alle communicatie en samenwerking met de patiënt en diens systeem.
3. '*Samenwerking*': verwijst naar het samenwerken met alle zorgverleners die met de PT betrokken zijn bij diens patiënt.
4. '*Kennis en wetenschap*': richt zich op het proces van het verwerven en uitdragen van kennis.
5. '*Maatschappelijk handelen*': betreft de maatschappelijke context van het handelen van de PT en vormen van belangenbehartiging ten behoeve van de patiënten.
6. '*Organisatie*': betreft zowel het organiseren van de werkzaamheden als het werken binnen een organisatie en het bijdragen aan zorgmanagement en innovatie.

7. *‘Professionaliteit’*: heeft betrekking op onder meer persoonlijke, ethische en juridische kwaliteitseisen, die gesteld worden aan de beroepsuitoefening van de PT.

Het CanMEDS-model veronderstelt een samenhang tussen de verschillende competentiegebieden. Het competentiegebied ‘Psychotherapeutisch handelen’ staat centraal en vormt de kern van het model. Het hangt rechtstreeks samen met het competentiegebied ‘Communicatie’, dat het direct waarneembare gedrag van de PT tijdens de uitvoering van zijn kerntaak betreft, namelijk patiëntenzorg. Het competentiegebied ‘Samenwerking’ betreft competenties die betrekking hebben op de samenwerking met andere professionals in de zorg, zowel interdisciplinair als multidisciplinair. Ook de competentiegebieden ‘Samenwerking’ en ‘Organisatie’ kennen een sterke onderlinge samenhang en kunnen gedefinieerd worden als essentiële, voorwaarden scheppende competenties voor een optimale patiëntenzorg. De competenties die geplaatst zijn in het competentiegebied ‘Maatschappelijk handelen’ zijn op micro-, meso- en macroniveau geformuleerd. Van een andere orde zijn de gebieden ‘Kennis en wetenschap’ en ‘Professionaliteit’, omdat het hierbij gaat om de beroepshouding ten aanzien van het handelen van de PT. Het competentiegebied ‘Kennis en wetenschap’ omvat de algemene competenties op het gebied van kennisontwikkeling en wetenschappelijke kennis. De concrete vakspecifieke kennis is opgenomen in het ‘Psychotherapeutisch handelen’. ‘Professionaliteit’ vormt de persoonlijke, ethische en juridische basis van het handelen.

### 3.3 Onderdelen van het competentiegericht opleiden

In het voorliggende opleidingsplan en in het separate toetsboek komen de volgende onderdelen aan de orde die van algemeen naar specifiek verlopen. In de volgende paragrafen wordt van elk van deze onderdelen een nadere omschrijving en uitwerking gepresenteerd.

- Het competentieprofiel: (in dit Opleidingsplan en in het Toetsboek)
- De themakaarten: (in het Toetsboek)
- Kenmerkende BeroepsSituaties: (in het Toetsboek)
- Toetsvormen en beoordelingscriteria: (in het Toetsboek)

### 3.4 Het competentieprofiel

In deze paragraaf wordt het competentieprofiel beschreven dat voor elk van de zeven competentiegebieden aangeeft wat verwacht mag worden van een PT. Per competentiegebied wordt eerst een algemene definitie gegeven, waarna bijbehorende algemene en specifieke indicatoren worden aangegeven. Inhoudelijk is dit competentieprofiel tot stand gekomen door uit te gaan van het oorspronkelijke CanMEDS model, door raadpleging van de competentieprofielen van een aantal medische vervolgoopleidingen, en door vakinhoudelijke overwegingen binnen de werkgroep.



## Competentiegebied 1 Psychotherapeutisch handelen

De PT heeft adequate, brede kennis, contactuele en psychotherapeutische vaardigheden en een professionele houding. Hij is in staat gegevens te verzamelen en te interpreteren door middel van procesdiagnostiek gericht op het inschatten van draagkracht en context. De PT neemt op basis hiervan empirisch ondersteunde beslissingen op het gebied van diagnostiek, indicatiestelling en psychotherapie binnen de grenzen van de eigen discipline en expertise. Hij verleent up-to-date, verantwoorde, ethische en effectieve preventieve en curatieve psychotherapeutische zorg.

NB: Kenmerkend voor de PT is de expertise in het hanteren van de therapeutische relatie en het psychotherapeutisch proces, en het toepassen van psychotherapeutische interventies in dat kader. *Deze competentie (het opbouwen en onderhouden van de therapeutische relatie) is derhalve niet, zoals in de CanMeds systematiek gebruikelijk is, bij het Competentiegebied Communicatie opgenomen, maar onder Psychotherapeutisch handelen.*

### Competenties en indicatoren

1.1	De PT bouwt een therapeutische relatie op en verdiept deze. Dit houdt in dat de PT:	
	1.1.1	regie houdt over de kaders van het gesprek
	1.1.2	impliciete en expliciete betekenissen hoort in het therapeutisch contact en deze op inhouds- en betrekkningsniveau verstaat
	1.1.3	op een vakkundige en methodische wijze een therapeutische relatie met de patiënt vestigt, structureert en hanteert als middel tot verandering; waar nodig breidt hij dit uit tot verschillende systemen (eerste, tweede en derde milieu en met de behandelingsgroep van de patiënt)
	1.1.4	motivatie voor verandering bevordert bij de patiënt en diens systeem en ambivalentie herkent en hanteert
	1.1.5	breuken in de therapeutische relatie herkent en hanteert
	1.1.6	vaak complexe overdracht- en tegenoverdrachtverschijnselen herkent en hanteert
1.2	De PT plant het psychotherapeutisch proces (inclusief diagnostiek, classificatie en indicatiestelling) en maakt waar mogelijk gebruik van empirisch ondersteunde behandelvormen en interventies. Dit houdt in dat de PT:	
	1.2.1	systematisch gegevens verzamelt over de zorgvraag, wensen en verwachtingen van de patiënt, evenals relevante informatie over voorafgaande zorg
	1.2.2	beoordeelt of psychodiagnostisch onderzoek voorafgaande aan de psychotherapie aangevuld dient te worden ten behoeve van een psychotherapie-indicatie en indien nodig vraagstelling ten behoeve van dit onderzoek formuleert
	1.2.3	op basis van anamnese en structurele en descriptieve diagnostiek de indicatie psychotherapie stelt
	1.2.4	uitgaande van de specifieke situatie van de patiënt een casusconceptualisatie en een behandelplan opstelt waar mogelijk gebruik makend van empirisch ondersteunde behandelvormen en interventies
	1.2.5	waar nodig verschillende theoretische en systemische perspectieven integreert in een samenhangend behandelplan
	1.2.6	psycho-educatie geeft over psychische problematiek en psychische stoornissen
	1.2.7	de ontwikkeling van de behandeling en de behandelrelatie beoordeelt met behulp van procesdiagnostiek
	1.2.8	de invloed van systemische en culturele factoren op problematiek en behandeling herkent en hanteert.
	1.2.9	de invloed van de ontwikkelingsfase op problematiek en behandeling herkent en hanteert

1.3	De PT voert interventies uit. Dit houdt in dat de PT:	
	1.3.1	het psychotherapeutische proces afstemt op de doelstellingen, de fase van en het soort behandeling en deze focus vasthoudt
	1.3.2	zijn kennis over de pathologische en niet-pathologische kenmerken van de patiënt vertaalt in op maat gesneden behandeling
	1.3.3	empirisch ondersteunde interventies en behandelvormen selecteert en waar nodig innovatieve interventies en behandelmethoden integreert
	1.3.4	de psychotherapeutische methoden – op zichzelf of in combinatie met andere vormen van behandeling – systematisch toepast in het kader van een zorgvuldig opgebouwde en onderhouden therapeutische relatie met de patiënt
	1.3.5	door gebruik van specifieke methodieken maladaptieve belevingen, emoties, cognities, gedragingen en interpersoonlijke relaties evoceert en verandert
	1.3.6	interventies op cultuursensitieve wijze toepast
	1.3.7	factoren die de behandeling verstoren en versterken herkent en hanteert
	1.3.8	de patiënt tijdig voorbereidt op beëindiging van de behandeling en dit op professionele wijze uitvoert
1.4	De PT evalueert de interventie. Dit houdt in dat de PT:	
	1.4.1	Het behandelbeloop en behandelresultaat monitort en de behandeling daarop aanpast
	1.4.2	intervisie en supervisie gebruikt om eigen competenties te evalueren en verbeteren
1.5	De PT levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg. Dit houdt in dat de PT:	
	1.5.1	erop toe ziet dat het proces van behandelplanning doelmatig verloopt en binnen een acceptabele termijn is afgerond
	1.5.2	er zorg voor draagt dat de behandeling passend is en voorspoedig verloopt in samenwerking met de patiënt en zijn omgeving
	1.5.3	adequaat handelt in noodsituaties
	1.5.4	in staat is draaglast en draagkracht van de patiënt in te schatten en deze te integreren in de behandeling
	1.5.5	behandelt binnen relevante wettelijke regelingen (zoals BOPZ, WGBO, BIG en dergelijke)
	1.5.6	op zorgvuldige wijze een behandelrelatie opbouwt, deze relatie onderhoudt en deze relatie op therapeutische wijze hanteert
	1.5.7	de (wensen van de) patiënt actief bij de besluitvorming omtrent psychotherapie betreft

## Competentiegebied 2 Communicatie

De PT hanteert adequate communicatievaardigheden. De PT maakt zich zowel schriftelijk als mondeling goed duidelijk aan patiënten en diens naasten en draagt zorg voor een verantwoorde gezamenlijke besluitvorming. In de psychotherapie zelf worden hoge eisen gesteld aan de psychotherapeutische gespreksvoering.

### Competenties en indicatoren

2.1	De PT hanteert adequate mondelinge en schriftelijke communicatieve vaardigheden. Dit houdt in dat de PT:	
	2.1.1	zich zowel schriftelijk als mondeling goed duidelijk maakt aan patiënten
	2.1.2	goed luistert en inhoudelijke betekenissen en betekenissen op betrekkningsniveau verstaat en begrijpt
	2.1.3	woordkeus en spreekstijl aanpast aan demografische kenmerken, etnische en culturele achtergrond van patiënten
2.2	De PT bespreekt de behandelinformatie op adequate wijze met de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordigers, ouders en/of verzorgers. Dit houdt in dat de PT:	

	2.2.1	de patiënt behandelmethodes adviseert die aansluiten bij diens hulpvraag en passen bij diens behandelplan
	2.2.2	een behandelplan op correcte wijze bespreekt met de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordigers, ouders en/of verzorgers en op constructieve wijze overlegt over de doelen van de behandeling
	2.2.3	de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordigers, ouders en/of verzorgers over en voor behandel mogelijkheden adviseert en motiveert en het keuzeproces rekeninghoudend met uitvoerbaarheid begeleidt
	2.2.4	systematisch verifieert of de informatie goed is begrepen
2.3	De PT doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over een patiëntcasus. Dit houdt in dat de PT:	
	2.3.1	in schriftelijke rapportage zorgvuldig, professioneel, volgens geldende wet- en regelgeving en ter zake is
	2.3.2	zorg draagt voor schriftelijke rapportage aan de verwijzer
	2.3.3	relevante patiëntgegevens documenteert met het oog op verantwoording dan wel overdracht naar een ander behandelkader
	2.3.4	mondeling en schriftelijk over de problematiek rapporteert zodat collega's in de zorgketen met deze gegevens kunnen werken
	2.3.5	aan andere disciplines binnen de organisatie rapporteert

### Competentiegebied 3 Samenwerking

De PT kent de algemene structuur van de gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en de eigen organisatie. De PT participeert in een netwerk van functionele samenwerkingsrelaties en maakt optimaal gebruik van beschikbare expertises. De PT kan op constructieve wijze samenwerken met collega's en leidinggevenden.

#### Competenties en indicatoren

3.1	De PT werkt op constructieve wijze samen met collega's en andere zorgverleners. Dit houdt in dat de PT:	
	3.1.1	de communicatievaardigheden (schriftelijk en mondeling) op roladequate wijze hanteert
	3.1.2	regelmatig multidisciplinair overleg voert in het kader van een behandeling, diagnostiek, wetenschappelijk onderzoek en dit overleg, indien nodig, organiseert en voorziet
	3.1.3	regelmatig intervisie heeft met collega's
	3.1.4	de argumenten van de verschillende functionarissen die een rol hebben in het opstellen van het behandelplan weegt en slagvaardig en beredeneerde beslissingen neemt
3.2	De PT verwijst adequaat. Dit houdt in dat de PT:	
	3.2.1	het verwijzingsproces technisch volledig en zorgvuldig uitvoert
	3.2.2	doelgericht verwijst op basis van actueel inzicht in de expertise van andere zorgverleners
3.3	De PT levert effectief intercollegiaal consult. Dit houdt in dat de PT:	
	3.3.1	consulten verricht op verzoek van andere disciplines
	3.3.2	effectief gebruik maakt van intercollegiale consultatie
	3.3.3	effectieve intercollegiale consultatie verleent
3.4	De PT draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg. Dit houdt in dat de PT:	
	3.4.1	op voet van gelijkheid overleg voert met andere professionals in de zorg en advies geeft over psychotherapeutische aspecten
	3.4.2	samenwerkt met voor zijn beroepsuitoefening relevante maatschappelijke partijen

## Competentiegebied 4 Kennis en Wetenschap

De PT kenmerkt zich door een continu streven naar optimalisatie van kennis en kunde in het psychotherapeutisch vakgebied. De PT kan de vele wetenschappelijke aspecten zoals verweven met de praktijk onderkennen en kritisch beschouwen. De PT bevordert de deskundigheid van medebetrokkenen bij de gezondheidszorg en van zichzelf.

### Competenties en indicatoren

4.1	De PT beoordeelt de kwaliteit en de betekenis van wetenschappelijke publicaties op het eigen vakgebied. Dit houdt in dat de PT:	
	4.1.1	deze betekenis vertaalt in het eigen professionele handelen en in een kritische houding naar het professionele handelen van vakgenoten in de gezondheidszorg in het algemeen
	4.1.2	nieuwe wetenschappelijke inzichten weegt op toepasbaarheid in de eigen praktijksituatie
4.2	De PT zet zich in voor goede scholing van opleidingen en andere professionals in de gezondheidszorg. Dit houdt in dat de PT:	
	4.2.1	de deskundigheid bevordert van collega's, opleidingen, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg
	4.2.2	goede opleiding stimuleert en actief bijdraagt aan het onderwijs
	4.2.3	supervisie geeft over psychotherapeutische aspecten aan andere beroepsgroepen in de zorg
	4.2.4	in behandelteams een coachende rol heeft ten aanzien van andere beroepsgroepen in de zorg, met betrekking tot overdracht en tegenoverdracht, het therapieproces en de relatie met de patiënt en parallelprocessen in teams en organisaties
4.3	De PT bevordert de verbreding, verspreiding en ontwikkeling van wetenschappelijke kennis. Dit houdt in dat de PT:	
	4.3.1	relevante wetenschappelijke ontwikkelingen in het eigen vakgebied via literatuur, congressen, symposia, e.a. volgt
	4.3.2	de inhoud van zijn/haar vakgebied en de ontwikkelingen daarin overbrengt aan leken, bestuurders en beleidsmakers
4.4	De PT streeft naar het optimaliseren van de eigen kennis en kunde en ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan. Dit houdt in dat de PT:	
	4.4.1	de verantwoordelijkheid neemt om de persoonlijke leerbehoefte vast te stellen
	4.4.2	persoonlijke leerdoelen stelt, geschikte leermethoden kiest zoals intercollegiale toetsing en de eigen leerresultaten evalueert
	4.4.3	een persoonlijk bij- en nascholingsplan ontwikkelt en onderhoudt

## Competentiegebied 5 Maatschappelijk handelen

De PT weegt de belangen van de patiënt af in relatie tot de belangen van andere patiënten en maatschappelijke belangen. Kern is het maatschappelijk verantwoord uitoefenen van het beroep. De PT is in staat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt als hoogste prioriteit te houden binnen het krachtenveld van politiek, zorgverzekeraars, beleidsmakers en bestuurders. Indien noodzakelijk in het belang van de patiënt spant de PT zich in om relevant beleid te beïnvloeden.

### Competenties en indicatoren

5.1	De PT kent en herkent en speelt in op maatschappelijke determinanten van psychische stoornissen en herkent en erkent risicogroepen en draagt bij aan preventie van psychopathologie. Dit houdt in dat de PT:	
-----	--	--

	5.1.1	maatschappelijke determinanten van psychische stoornissen herkent en er op inspeelt
	5.1.2	risicogroepen herkent en bijdraagt aan preventie van psychopathologie
	5.1.3	vigerende visies binnen management en zorgbeleid van de instelling kan plaatsen binnen maatschappelijke ontwikkelingen
5.2	De PT bevordert de gezondheid van individuele patiënten en groepen patiënten en van de gemeenschap als geheel. Dit houdt in dat de PT:	
	5.2.1	bijdraagt aan het maatschappelijk debat over psychotherapie
	5.2.2	bijdraagt aan programma's voor gezondheidsbevorderend gedrag
	5.2.3	zorg draagt voor een goede toegankelijkheid van de zorg en daarbij oog heeft voor het financiële aspect
5.3	De PT handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en beroepscode. Dit houdt in dat de PT:	
	5.3.1	conform relevante wettelijke regelgeving zoals de wet BIG, WGBO, de Kwaliteitswet en de Wet bescherming persoonsgegevens werkt
	5.3.2	conform de beroepscode van het NVP en volgens het tuchtrecht en juridische aansprakelijkheid werkt
5.4	De PT treedt adequaat op bij incidenten in de zorg. Dit houdt in dat de PT:	
	5.4.1	misstanden signaleert en adequaat binnen zijn kennis- en handelingsdomein handelt
	5.4.2	passende correctieve- en/of preventieve maatregelen bij incidenten in de zorg neemt
	5.4.3	transparant is over zijn beroepsmatig handelen en indien gevraagd verantwoording aflegt
	5.4.4	de patiënt over de geldende klachtprocedures en instanties informeert

## Competentiegebied 6 Organisatie

De PT wendt zijn invloed aan om de zorg voor patiënten te optimaliseren, met inachtneming van zijn positie in een organisatie en de verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien.

### Competenties en indicatoren

6.1	De PT kent de organisatie en de vanuit het management geformuleerde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Dit houdt in dat de PT:	
	6.1.1	optreedt als hoofdbehandelaar en als medebehandelaar, bij die rol passende verantwoordelijkheid neemt en daarbinnen uitvoering van gedelegeerde taken bewaakt
	6.1.2	functionele aanwijzingen geeft aan disciplines als verpleegkundigen en therapeutisch medewerkers, zoals vaktherapeuten en sociotherapeuten, op teamniveau
	6.1.3	transparante (werk)afspraken hanteert, evalueert en actualiseert
6.2	De PT toont betrokkenheid bij het kwaliteitsbeleid op het niveau van de organisatie. Dit houdt in dat de PT:	
	6.2.1	actief betrokken is bij beleid en zo nodig initieert ten behoeve van kwaliteitsverbetering en innovatie, met name op het gebied van de psychotherapie
	6.2.2	bijdraagt aan het organiseren van een herkenbare plaats in de organisatie voor de psychotherapeut

	6.2.3	de inhoud van zijn/haar vakgebied en de ontwikkelingen daarin overbrengt aan leken, bestuurders en beleidsmakers
6.3	De PT besteedt beschikbare middelen binnen de gezondheidszorg verantwoord. Dit houdt in dat de PT:	
	6.3.1	op grond van inzicht in de verschillende beschikbare gezondheidsvoorzieningen en financieringsstromen een doelmatige afweging maakt bij toewijzing van psychotherapie
6.4	De PT maakt gebruik van moderne informatietechnologie voor optimale zorg en voor bij- en nascholing. Dit houdt in dat de PT:	
	6.4.1	systematisch een elektronisch dossier bijhoudt in de patiëntenzorg
	6.4.2	waar nodig moderne informatietechnologie toepast ter ondersteuning van het therapieproces
	6.4.3	gebruikmaakt van elektronische informatiebronnen ten behoeve van de ontwikkeling van eigen competenties

### Competentiegebied 7 Professionaliteit

De PT draagt als beroepsbeoefenaar de beroepscode uit en zet zich in voor verantwoorde zorg. Hij levert hoogstaande patiëntenzorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij integreert op adequate manier de hiervoor genoemde competenties. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart de juiste balans tussen persoonlijke en professionele rollen. De PT hanteert een ethische en kritische visie op het eigen beroep en weet daarnaast de eigen beroepsidentiteit naar de buitenwereld toe te profileren. Hij reflecteert op zijn eigen handelen.

#### Competenties en indicatoren

7.1	De PT draagt als gezaghebbend professional de beroepscode uit en zet zich in voor verantwoorde zorg. Dit houdt in dat de PT:	
	7.1.1	zich houdt aan alle ethische richtlijnen en juridische kaders zoals die gelden t.a.v. zijn/haar professionele handelen en daarbij een onberispelijk professionele houding hanteert
	7.1.2	reflecteert op complicaties en grensoverschrijdingen in behandelrelaties en collega's daarin adviseert
	7.1.3	zorgdraagt voor continuïteit van de behandeling binnen eigen praktijkvoering of instelling
	7.1.4	inhoudelijke behandelverantwoordelijkheid voor de zelf uitgevoerde zorg draagt
7.2	De PT toont zich zelfbewust en hanteert een ethische en kritische visie op het beroep van psychotherapeut. Dit houdt in dat de PT:	
	7.2.1	goede balans houdt tussen professionele betrokkenheid en persoonlijke distantie
	7.2.2	adequaat de eigen behoefte aan intervisie en/of supervisie inschat
	7.2.3	de grenzen van zijn/haar bekwaamheden kent en indien nodig bespreekt en op het juiste moment doorverwijst of terugverwijst
	7.2.4	de grenzen van wetenschappelijk onderzoek erkent
	7.2.5	systematisch en doelbewust werkt aan de verbetering van eigen beroepsmatige functioneren en kennis en vaardigheden op peil houdt door bijscholing en nascholing
7.3	De PT is in staat zijn beroepsidentiteit te profileren naar de buitenwereld en zich in de presentatie te onderscheiden van andere disciplines in de zorg. Dit houdt in dat de PT:	

	7.3.1	bijdraagt aan de organisatie van de beroepsgroep en een actieve bijdrage levert aan relevante beroepsorganisaties en verenigingen
--	-------	---

### 3.5 Themakaarten

Centraal in de opleiding staan de themakaarten die hun oorsprong vinden in een denkbeeldige matrix waarin enerzijds de competentiegebieden zijn weergegeven en anderzijds de inhoudelijke thema's. In een themakaart worden de competenties, kennis en vaardigheden binnen het betreffende thema gespecificeerd. De toetsing van de competenties vindt onder meer plaats in zogenaamde Kenmerkende BeroepsSituaties (KBS).

#### 3.5.1 Thema's

Als bouwstenen voor de competentieontwikkeling heeft de werkgroep zes duidelijk te onderscheiden thema's vastgesteld die het werkterrein van de PT grotendeels bestrijken. Bij de bepaling van de thema's zijn de meeste door de PT behandelde stoornissen leidend geweest, alsook de rol van de PT binnen teams. De thema's omvatten groepen competenties die vakinhoudelijk bij elkaar passen, en samen de competenties van de PT vorm geven. De thema's staan beschreven op themakaarten (zie themakaarten in toetsboek). Deze beschrijvingen operationaliseren de in een thema centraal staande competenties (deel A van de themakaart) en de kenmerkende beroepssituaties, de vereiste kennis en praktische vaardigheden (deel B van de themakaart). De competenties uit het competentieprofiel komen niet in alle thema's in gelijke mate aan de orde; er zijn themagebonden prioriteiten. De themakaarten geven richting aan het cursorisch onderwijs, het werken in de praktijk, de toetsing en de beoordeling (tabel 2).

Tabel 3.1 De zes thema's

Thema	Korte omschrijving
1 Angststoornissen, depressieve stemmingsstoornissen en obsessieve-, compulsieve en verwante stoornissen	Veel voorkomende problematieken binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn angststoornissen (waaronder paniek en fobie) en stemmingsstoornissen (zoals depressie en dysthymie)
2 Hechtingsstoornissen, gedragsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (in wording), verder kortweg HGP-stoornissen	Deze problematiek kenmerkt zich door een duurzaam en pathologisch patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die tot uiting komen in cognities, affect, interpersoonlijk gedrag en beheersing van de impulsen.
3 Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen	Het gaat om de behandeling van diverse typen psychotrauma, zowel enkelvoudig (type I), als meervoudig, vroeg begin (type II). Voor deze typen is psychotherapie de eerste aanbevolen behandeling
4 Specifieke groepen	Vijf specifieke stoornisgroepen zijn onderscheiden, te weten: eetstoornissen, seksuele stoornissen, psychotische stoornissen, somatoforme stoornissen en verslavingsproblematiek.
5 Systeem- en ouderproblematiek	Hier gaat het om alle problematiek waarbij het systeem een rol speelt, waaronder echtpaar- en gezinstherapie.
6 Coaching, consultatie en organisatie	In veel teamsituaties heeft de psychotherapeut de soms impliciete rol om teamprocessen en individuele (tegen-)overdrachtsthema's aan de orde te stellen dan wel te begeleiden.

#### 3.5.2. Kenmerkende Beroepssituaties (KBS)



Kenmerkende beroepssituaties zijn situaties waarmee een beroepsbeoefenaar regelmatig te maken heeft, die van de beroepsbeoefenaar handelen vragen en die kenmerkend zijn voor het beroep. Kenmerkende beroepssituaties zijn overigens niet altijd kritische beroepssituaties. Een kritische beroepssituatie is complex van aard en bij onprofessioneel handelen zijn er majeure negatieve consequenties te verwachten. Bij selectie van de KBS'en heeft de werkgroep de volgende criteria gehanteerd:

- De situatie is prototypisch voor het beroep.
- De situatie raakt de kern van het thema.

Hoewel alle competenties van belang zijn voor elke KBS, ligt het accent bij de beoordeling van een afzonderlijke KBS meestal op drie en maximaal op vier competentiegebieden en wordt deze door middel van praktijkbeoordeling getoetst. Wanneer alle KBS'en binnen een themakaart zijn doorlopen, heeft de PIOP alle competenties kunnen tonen. Voor de themakaart 'specifieke groepen' geldt een uitzondering. Niet iedere psychotherapeut zal al deze stoornissen behandelen. In tenminste twee verschillende stoornisgroepen dient de psychotherapeut competenties te ontwikkelen.

### **3.5.3 Kennis en vaardigheden**

Per thema zijn de vereiste kennis en vaardigheden benoemd. Het betreft hier de kennis en vaardigheden die specifiek zijn voor het betreffende thema. Bij het vaststellen van de kennis en vaardigheden in de themakaarten PT is uitgegaan van het kennis- en vaardighedenniveau van de instromers en deze bevatten het surplus voor de PT. In de KBS'en zullen de kennis- en vaardigheidsaspecten integraal worden getoetst. Daarnaast worden bepaalde kennisonderdelen en vaardigheden apart getoetst. Naast deze themagerichte kennis en vaardigheden is in de opleiding sprake van algemene basiskennis en vaardigheden die voor alle thema's geldt. Deze generieke componenten komen binnen elk van de themakaarten voor, maar worden niet afzonderlijk getoetst.

## Hoofdstuk 4 Toetsing en beoordelen

### 4.1 Visie op toetsen

Toetsen en beoordelen is een belangrijk middel om competentiegericht op te leiden. Waar in de traditionele leeromgeving toetsing vooral werd gezien als een instrument om aan het eind van een leerproces prestaties van de PIOP te meten, worden in een competentiegerichte opleiding toetsen benaderd als integraal onderdeel van het onderwijsleerproces. Als toetsing los wordt gezien van de andere activiteiten in het onderwijsleerproces, wordt toetsen een doel op zich. Toetsen draait dan alleen om het verzamelen van gegevens.

In een competentiegerichte leeromgeving wordt de integratie van instructie, feedback en beoordeling sterk benadrukt. Het blijkt dat beoordelingen die nauwer samenhangen met het leerproces zelf PIOP er van kunnen overtuigen dat beoordelingen inzicht geven in de eigen sterke en zwakke kanten, hun vooruitgang in beeld brengt, en ook kan bijdragen aan een betere begeleiding. Toetsing kan met andere woorden niet alleen gebruikt worden om de prestaties achteraf te meten, maar ook om de prestaties van de PIOP te sturen. In een competentiegerichte opleiding is de toets geen eindpunt ná het leerproces, maar wisselen toetsen en leren elkaar voortdurend af, en versterken elkaar.

Toetsen van competenties betekent dat vastgesteld moet worden of een PIOP de kennis en vaardigheden die hij zich eigen moet hebben gemaakt op persoonlijke wijze, en gestuurd vanuit een professionele attitude, kan inzetten bij het omgaan met taken en problemen in de beroepspraktijk. Uiteindelijk kan dat alleen worden aangetoond in de praktijk, wat betekent dat een vorm van praktijkbeoordeling of praktijktoets altijd deel uitmaakt van de toetsing in de opleiding. Aangezien competent handelen mede is gebaseerd op een verworven kennis en vaardigheidsrepertoire, dient toetsing van deze aspecten van de competenties deel uit te maken van de toetsingsprocedures. Competentiegerichte toetsing omvat daarom altijd een afgewogen combinatie van toetsvormen, waarbij het eindpunt ligt bij de toetsing van de kwaliteit van het handelen in de beroepspraktijk.

### 4.2 Functie van toetsen en beoordelen in de opleiding

Competent handelen gaat gepaard met het vermogen om de kwaliteit van het eigen werk te (laten) evalueren en beoordelen. Het doel van toetsing tijdens de PT-opleiding is de systematische en structurele evaluatie van het functioneren van de PIOP voor ontwikkelingsgerichte en selectieve doeleinden. In dit opleidingsplan worden de termen 'ontwikkelingsgericht toetsen' en 'selectief toetsen' gebruikt. Deze beide toetsvormen spelen een belangrijke rol in de opleiding en zullen hieronder nader worden toegelicht. Hierbij is het van belang om een onderscheid te maken tussen toetsen en beoordelen.

- *Toetsen* is het vaststellen welk competentieniveau is bereikt.
- *Beoordelen* is het interpreteren van de toetsresultaten ten opzichte van een norm. De simpelste vorm is het waarderen in termen van 'voldoende' of 'onvoldoende'.

#### 4.2.1 Ontwikkelingsgericht toetsen

Met ontwikkelingsgericht toetsen wordt bedoeld het vaststellen van de mate waarin aan een leerdoel is voldaan of waarin een competentieniveau is bereikt. Daarbij is het geven van feedback op het resultaat van de toetsing essentieel voor het aansturen van het leergedrag van de PIOP. Het doel van evaluatie van competenties is het verkrijgen van inzicht in de integratie van kennis, vaardigheden en gedrag in een specifieke beroepssituatie. Ontwikkelingsgerichte toetsing is voor de PIOP een krachtig instrument om zijn ontwikkeling te ondersteunen en heeft tot doel:

- inzicht te geven in de sterke en de zwakke kanten van het professioneel handelen;

- inzicht te geven in de voortgang en ontwikkeling van competenties;
- feedback mogelijk te maken;
- uit te dagen tot ontwikkeling.

Ontwikkelingsgerichte toetsen kunnen op formele wijze worden ingezet (door het creëren van een te evalueren situatie), of op informele wijze (in de vorm van het geven van feedback na bijvoorbeeld een rollenspel of deelname aan een multidisciplinair overleg).

Er is gekozen voor het inzetten van ontwikkelingsgerichte toetsen, omdat de PIOP hierdoor feedback krijgt aan de hand waarvan hij zijn ontwikkeling zelf beter kan sturen. Voorts hebben ontwikkelingsgerichte toetsen een diagnostische functie. Zowel de opleider als de PIOP krijgt door ontwikkelingsgerichte toetsen een beeld van het niveau waarop de PIOP een bepaalde (deel)competentie, of een vaardigheid beheerst. Aan de hand hiervan kunnen verbeterpunten worden geformuleerd en geëvalueerd. Ontwikkelingsgerichte toetsen zullen vaker gebruikt worden dan selectieve toetsen.

#### **4.2.2 Selectief toetsen**

Selectief toetsen betekent het verbinden van een oordeel aan de vaststelling van het competentieniveau. Bij het beoordelen wordt nagegaan of de PIOP in voldoende mate in staat is om bekwaam te handelen, dat wil zeggen dat hij in relevante beroepscontexten specifieke beroepstaken kan vervullen zoals die in het competentieprofiel zijn geformuleerd. In het cursorisch onderwijs betekent dit de vraag of de PIOP een voldoende niveau van (de toepassing van) kennis bezit.

De beoordeling komt tot stand met gebruikmaking van beoordelingscriteria die ontleend zijn aan het competentieprofiel voor de PT. Deze criteria kunnen soms concreet en redelijk objectief zijn (bijvoorbeeld in het geval van een kennistoets), maar zullen vaker minder concreet en redelijk subjectief zijn (bijvoorbeeld bij het vaststellen van de kwaliteit van de communicatie met de patiënt).

Selectieve toetsen garanderen externe belanghebbenden dat de PIOP aan het vereiste niveau van de beoogde competentiebeheersing voldoet. In ultieme vorm betreft de selectieve toets het bepalen of de PIOP aan de opleidingseisen heeft voldaan en de eindkwalificatie heeft bereikt (i.e. de eindbeoordeling).

### **4.3 Kwaliteitseisen aan een toetsysteem**

Voor het valide en betrouwbaar toetsen zijn de volgende kwaliteitseisen van belang:

- het gebruik van de te ontwikkelen competenties als uitgangspunt voor de toetsen;
- het gebruik van expliciete criteria;
- het combineren van verschillende toetsinstrumenten waardoor een betrouwbaar beeld kan worden verkregen van de beheersing van een competentie;
- het organiseren van verschillende observatiemomenten, waarmee de betrouwbaarheid over de beoordeling van een (deel)competentie toeneemt;
- het inzetten van verschillende beoordelaars omdat daarmee de subjectiviteit vermindert en de betrouwbaarheid van de beoordeling toeneemt;

Het uitgangspunt is dat de beoordelaar in staat is om tot een afgewogen oordeel te komen. Meestal is er eerder sprake van impliciete (of subjectieve) criteria, dan van een scherp afgebakende maatstaf. Dat neemt niet weg dat (tenminste achteraf) expliciet moet worden gemaakt op grond van welke argumentatie tot een bepaald oordeel is gekomen.

## 4.4 Toetsboek

In aanvulling op dit opleidingsplan is een toetsboek ontwikkeld waarin alle toets- en evaluatie-instrumenten zijn opgenomen die worden gehanteerd in de opleiding tot PT. De beoordelingscriteria zijn afgeleid van de competenties en indicatoren uit het competentieprofiel. In het toetsboek wordt het aantal en de wijze van toetsen, alsmede de beoordeling en de daarbij gehanteerde criteria op gedetailleerder en concreter niveau beschreven.

Voorbeelden van toets- en beoordelingsinstrumenten die in het toetsboek zijn opgenomen, zijn:

- Kenmerkende Beroepssituaties (KBS) per thema
- 360° feedback
- Referaat
- Voortgangsgesprek
- Geschiktheidsbeoordeling praktijk

Alle toetsen die de PIOP uitvoert in het cursorisch en praktijkonderwijs maken deel uit van het portfolio (zie verderop in dit hoofdstuk), op basis waarvan de PIOP wordt beoordeeld door het opleidingsinstituut.

## 4.5 Toets- en beoordelingsinstrumenten

De resultaten van de toetsen door middel van hieronder genoemde toetsinstrumenten verzamelt de PIOP in het portfolio en bij de geschiktheidsbeoordeling en eindbeoordeling worden deze door de opleidingsinstelling beoordeeld.

In het cursorisch onderwijs wordt op diverse manieren getoetst.

Tabel 4.1. Toetsinstrumenten in het cursorisch onderwijs

Toets	Wat is het?
Vaardigheidstoets	In het cursorisch onderwijs zijn er specifieke vaardigheden die apart van de praktijksituatie getraind en getoetst worden, bijvoorbeeld motiverende gesprekstechnieken. Deze vaardigheden kunnen worden getoetst aan de hand van een rollenspel of een video-opname.
Toetsen gericht op inzicht en toepassing	Met behulp van casustoetsen en door het beoordelen van beroepsproducten, zoals een professioneel verslag of een psychologisch onderzoek, wordt getoetst of de PIOP de verworven kennis en vaardigheden daadwerkelijk kan toepassen.
Kennistoets	Er kan op verschillende manieren worden getoetst of de PIOP de kennis beheerst die voorwaardelijk is om adequaat te kunnen handelen in de kenmerkende beroepssituaties. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van een literatuurtoets.
Toetsing gericht op reflectie	Reflectie is een belangrijke vaardigheid in competentieontwikkeling. Vanuit het cursorisch onderwijs wordt getoetst op persoonlijke reflectie, dus reflectie op het eigen leerproces

In het praktijkdeel wordt bij het vaststellen van het algehele functioneren van de PIOP rekening gehouden met de resultaten van de verschillende praktijktoetsen die met betrekking tot dit thema bij de PIOP zijn afgenomen. In tabel 4.2 worden de meest voorkomende toetsinstrumenten

genoemd die in het praktijkdeel gebruikt kunnen worden. Tabel 4.3 geeft twee begeleidingsinstrumenten weer en tabel 4.4 benoemt algehele beoordelingsmomenten.

Tabel 4.2. Toetsinstrumenten in het praktijkdeel

Ontwikkelingsgerichte toetsinstrumenten	Wat is het?
Kenmerkende BeroepsSituatie toets (KBS-toets)	De Kenmerkende BeroepsSituatie toets (KBS-toets) is een evaluatie van de PIOP die in de dagelijkse praktijk wordt uitgevoerd. Ook overlegsituaties, teamoverleg en patiënten-/multidisciplinaire besprekingen kunnen hiermee worden getoetst. De KBS-toets wordt voor- en nabesproken en er worden leerpunten geformuleerd. Het initiatief tot het afnemen van een KBS-toets kan zowel door de PIOP als door de opleider worden genomen, maar in principe is de PIOP verantwoordelijk.
360-graden feedback	De 360-gradenfeedback is een methode waarbij aan een aantal betrokkenen op de werkplek wordt gevraagd het functioneren van de PIOP volgens een vast format te evalueren. Onderwerpen als professioneel gedrag en samenwerking kunnen hiermee in kaart worden gebracht.
Referaten	Hierbij wordt op systematische wijze een artikel of een onderwerp besproken en becommentarieerd.
Supervisieverplichtingen en leertherapie	De PIOP neemt deel aan supervisie en wordt beoordeeld op aantal uren deelname en op de progressie in zijn ontwikkeling. De PIOP ondergaat leertherapie (50 uur gedurende de opleiding).

Tabel 4.3. Begeleidingsinstrumenten

Ontwikkelingsgerichte begeleidingsinstrumenten	Wat is het?
Portfolio	Het portfolio geeft sturing aan het leerproces. Het bevat het Individueel Opleidingsplan (IOP) en is een verzameling van informatiebronnen en ontwikkelingsgerichte en selectieve en beoordelingsgegevens op basis waarvan leerdoelen geformuleerd kunnen worden en (zelf)reflectie op het functioneren van de PIOP kan plaatsvinden. Tevens worden hierin verplichte onderdelen afgetekend en toetsuitslagen verzameld.  Het portfolio speelt een cruciale rol in de selectieve voortgangs- en eindbeoordeling.
Voortgangsgesprek met praktijkopleider	In de praktijkopleidingsinstelling vinden elk jaar voortgangsgesprekken plaats met de praktijkopleider. Het doel is dat de PIOP en zijn praktijkopleider gezamenlijk reflecteren over de voortgang van de PIOP aan de hand van het portfolio. De opleider heeft in deze gesprekken de rol van coach.

Tabel 4.4. Selectieve beoordelingsinstrumenten

Selectieve beoordelingsinstrument en	Wat is het?
Geschiktheidsbeoordeling praktijk	In de geschiktheidsbeoordeling vanuit de praktijk geeft de praktijkopleider een oordeel over het functioneren van de PIOP aan de hand van het portfolio van de PIOP.
Geschiktheidsbeoordeling overall	In de algemene geschiktheidsbeoordeling geeft de hoofdopleider een oordeel over het algehele functioneren van de PIOP aan de hand van het portfolio van de PIOP

## 4.6 Het portfolio

Het portfolio is een verzameling van documenten op grond waarvan de voortgang van de PIOP kan worden beoordeeld, zoals

- het Individuele Opleidingsplan (IOP);
- KBS'en;
- verklaringen van supervisie en leertherapie;
- beoordelingen van cursorisch onderwijs;
- gehouden referaten;
- reflectieverslagen.

Een portfolio is een beoordelingsinstrument in een competentiegerichte leeromgeving. Het portfolio is een verzameling van documenten waarin verplichtingen voortvloeiende uit het Besluit Psychotherapeut worden bijgehouden, waaruit de voortgang en van de opleiding en de zelfreflectie van de PIOP blijken en tenminste de documenten ten behoeve van de beoordeling van de PIOP, de gehouden voordrachten, referaten, gepubliceerde artikelen, gevolgde cursussen en uitgevoerde verrichtingen. Het is bedoeld om voor de PIOP en opleider de opleiding te structureren, om de PIOP aan te zetten tot zelfreflectie en actief leren en om de voortgang te volgen en zo nodig bij te sturen in de opleiding

Het portfolio is een verzameling van producten die een beeld geven van het leerproces en het leerresultaat van de PIOP. Het is een verzameling bewijsmateriaal van de PIOP waarmee hij kan aantonen dat hij de vereiste competenties en opleidingsinhouden verwerft en op basis waarvan hij gericht kan werken aan zijn verdere ontwikkeling en opleiding. De examencommissie van het opleidingsinstituut neemt op basis van het portfolio beslissingen over de PIOP.

De doorgemaakte ontwikkelingen dienen in het portfolio te worden bijgehouden. Hierin dient de PIOP per leerperiode aan te tekenen hoe er aan een thema is gewerkt: bijvoorbeeld welk soort patiënten er is gezien, wat er is geleerd en hoe dit is ervaren. Naast de toetsingsverslagen reflecteert de PIOP door middel van het portfolio over de vorderingen en bespreekt hij deze met de opleider tijdens de voortgangsgesprekken.

Het portfolio wordt gebruikt bij het evalueren van de voortgang (proces) en bij de eindbeoordeling (product). Tevens is het een manier waarop de PIOP zich kan presenteren en persoonlijk kan profileren. Het biedt mogelijkheden tot individuele differentiatie en creativiteit. Ook na de opleiding is het portfolio een instrument dat gebruikt kan worden bij herregistratie, beroepsprofilering en loopbaanontwikkeling

### 4.6.1 Individueel opleidingsplan

Bij aanvang van de opleiding stelt de PIOP in samenspraak met de praktijkopleider een Individueel Opleidingsplan (IOP) op dat aan de hoofdopleider ter beoordeling en goedkeuring wordt

voorgelegd. Daarin worden de verschillende werkplekken, de praktijkopleidingsactiviteiten en de begeleiding door opleiders in een tijdpad aangegeven. Tevens bevat het IOP de individuele leerdoelen van de PIOP. Een IOP wordt gedurende de opleiding regelmatig geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

## Hoofdstuk 5      Kwaliteitszorg

De opleiding verstaat onder kwaliteit de mate waarin zij erin slaagt haar doelen te bereiken naar de maatstaven van de opleiding zelf, het werkveld, de PIOP, de maatschappij en de wet- en regelgeving vanuit de overheid. De opleiding streeft er steeds naar de opleiding indien dat wenselijk is aan te passen aan de veranderende omstandigheden en de kwaliteit te verbeteren.

Bij het vormgeven van de kwaliteitszorg worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Het kwaliteitszorgsysteem is zo vormgegeven dat er flexibel gereageerd kan worden op prikkels van binnen en buiten het vakgebied.
- Kwaliteitszorg kent een systematische aanpak.
- Er moet sprake zijn van een functionerend kwaliteitssysteem waarbij belangrijke *stakeholders* betrokken zijn.
- Kwaliteitszorg is het geheel van samenhangend beleid, concrete doelstellingen en goed management om de benodigde acties en controles uit te voeren waarmee de opleiding de gewenste kwaliteit systematisch levert en waarmee de opleiding die kwaliteit ook continu kan verhogen. De zorg voor de kwaliteit omvat het opleidingsinstituut als organisatie en de kwaliteit van de praktijkopleiding, de praktijkopleiders, het cursorisch onderwijs en de docenten.

### 5.1      Kwaliteitszorgsysteem van het opleidingsinstituut

#### 5.1.1    Extern kwaliteitszorgsysteem – visitatie

Het opleidingsinstituut wordt eens per vier jaar gevisiteerd. Door de Kamer PT wordt hiertoe een visitatiecommissie ingesteld die een visitatieronde maakt langs de zes opleidingsinstituten. Bij deze visitatie wordt enerzijds getoetst of het opleidingsinstituut bij de uitvoering van de PT-opleiding voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld en anderzijds hoe het instituut aan deze eisen gestalte geeft.

#### 5.1.2    Intern kwaliteitszorgsysteem – dossiervoering en toezicht BIG-eisen

##### Per PIOP

Het portfolio van de PIOP bestaat uit een vaste verzameling documenten, die binnen de daarvoor geldende termijnen wordt ingezameld, gecontroleerd en geaccordeerd. Bij voldoende beoordeling van alle vereiste opleidingsonderdelen, ter beoordeling door de hoofdopleider en de examencommissie, kan het getuigschrift aan de PIOP worden afgegeven. De examencommissie bestaat uit de hoofdopleider, de opleidingscoördinator, de hoofddocent en een vertegenwoordiging van de praktijkopleiders.

##### Per praktijkopleidingsinstelling

De opleidingsinstelling visiteert eens per vier jaar elke praktijkopleidingsinstelling op grond van landelijke, door de Kamer PT opgestelde erkenningseisen. De bevindingen worden gerapporteerd. Indien er verbeterpunten zijn vindt follow-up plaats.

### 5.2      Kwaliteit van de opleiding

#### 5.2.1.   Opleidings- en Examenregeling

Ieder opleidingsinstelling hanteert een Opleidings- en Examenregeling (OER) waarin de regels en procedures van het cursorisch onderwijs en het praktijkdeel zijn vastgelegd. De OER wordt vastgesteld door de Examencommissie en indien nodig periodiek aangepast.

#### 5.2.1    Evaluatie van het praktijkonderwijs



Aan de hand van jaarlijkse voortgangsevaluaties van de PIOP controleert de hoofdopleider of de praktijkwerkzaamheden (blijven) passen bij het praktijkopleidingsplan zoals dat bij de start van de opleiding of per opleidingsjaar is opgesteld. Indien de hoofdopleider de indruk heeft dat de praktijk niet (meer) aansluit bij de leerdoelen van de PIOP en de opleiding, kan deze actie ondernemen

### **5.2.2 Evaluatie van het cursorisch onderwijs**

Het cursorisch onderwijs wordt per blok en in zijn geheel systematisch door de PIOP geëvalueerd aan de hand van een evaluatieformulier. Het opleidingsinstituut hanteert een systeem voor terugkoppeling van deze resultaten naar het onderwijs en individuele docenten. Negatieve evaluaties kunnen leiden tot aanpassing van het onderwijs of vervanging van een docent.

### **5.2.3 Evaluatie van de opleiding als geheel**

Aan het eind van de opleiding vult elke PIOP een slotevaluatie over de gehele opleiding in, met betrekking tot het cursorische en het praktijkonderwijs.

### **5.2.4 Verbetermaatregelen**

Elke verbetermaatregel kent zijn eigen follow-upproces conform de plan-do-check-act-cirkel. Zo worden verbeterpunten voor praktijkopleidingsinstellingen, blijkend uit praktijkvisitaties of halfjaarlijkse evaluaties, per criterium in concrete bewoordingen opgesteld. De toets van de uitvoering vindt bij de volgende visitatie na vier jaar plaats of, wanneer daar aanleiding toe is, bij een tussentijdse visitatie of door tussentijdse rapportage(s) door de gevisiteerde instelling aan de visitatiecommissie.

Wanneer het cursorisch onderwijs verbetering behoeft, worden met een docent concrete afspraken gemaakt. De evaluatie vindt plaats aan de hand van de standaard evaluatieprocedure.

## **5.3 Kwaliteit van de opleiders**

Het doel van de opleidersprofessionalisering betreft:

- het ontwikkelen en onderhouden van competenties van opleiders en begeleiders/docenten passend bij competentiegericht onderwijs;
- op gang brengen van en bijdragen aan een kwaliteitscyclus voor het onderwijs;
- bevordering vakontwikkeling voor verantwoording van het handelen door opleiders en begeleiders/docenten die bij de opleiding betrokken zijn.

De eisen die gesteld worden aan praktijkopleiders, supervisors en werkbegeleiders zijn beschreven in het Besluit Kwalificatie-eisen voor praktijkopleiders, werkbegeleiders en supervisors opleiding psychotherapeut (KPT 13-025).

De opleidingsinstituten stellen enkele eisen aan docenten die onderdelen van het cursorisch onderwijs verzorgen. Deze eisen zijn niet wettelijk vastgelegd, ze vormen een weerslag van de dagelijkse praktijk waarover consensus bestaat bij de opleidingsinstituten. De eisen zijn:

- aantoonbare expertise in het te onderwijzen onderwerp;
- aantoonbare onderrichtsvaring;
- voldoende resultaat in de evaluaties van onderwijs door de PIOP

Bij de omslag naar meer competentiegericht opleiden zal de grootste verandering in de praktijkopleiding komen te liggen. Met name de praktijkopleiders en werkbegeleiders zullen in hun begeleiding andere didactische methoden gaan gebruiken. Voor deze groep wordt een apart,

beknopt competentieprofiel opgesteld. Ook het cursorisch onderwijs wordt meer competentiegericht. Hierdoor wordt er een beroep gedaan op specifieke kwalificaties. Zo komt er een grotere nadruk te liggen op het leggen van de relatie tussen de theorie en vaardigheden enerzijds en de competenties, feedback geven en competentiegericht toetsen anderzijds. De opleidingsinstituten gaan hiertoe een profiel opstellen en een bijhorend professionaliseringsaanbod samenstellen.

#### **5.4 Bij- en nascholing van de opleiders**

Om de praktijkopleiders en werkbegeleiders te scholen in competentiegericht opleiden wordt er een nascholingsaanbod ontwikkeld. De opleidingsinstituten zorgen voor periodieke bij- en nascholing van (hoofd)docenten, praktijkopleiders, werkbegeleiders en supervisors.

## Referenties

1. Besluit van 17 maart 1998, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de psychotherapeut (Besluit psychotherapeut)
2. Besluit Kwalificatie-eisen voor praktijkopleiders, werkbegeleiders en supervisors opleiding psychotherapeut (KPT 13-025)
3. GGZ-Nederland (2010a) Zorg op waarde geschat: Update. Sectierapport GGZ. Amersfoort
4. GGZ-Nederland (2010b) De belangrijkste ziektebeelden oktober 2010
5. KPT 07.037 d.d. 10.05.2007 (Besluit Kamer Psychotherapeut)
6. *CanMEDS (2005) physician competency framework: Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
7. Lambert, M.J., Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (2003). *Introduction and historical overview.* In M.J. Lambert (red.), Bergin and Lambert's handbook of psychotherapy and behavior change (5e druk, pp. 3-15). New York: Wiley.
8. Miller G.E. (1990). The assessment of clinical skills, competence and performance. *Academic Medicine*, 65, 563-567
9. Roth A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2<sup>e</sup> ed.). London: Guilford Press
10. *Trimbos, 2007; 2010* Mentaal vermogen en welbevinden
11. Vrijstellingsregeling in het kader van de opleiding tot Psychotherapeut (Art. 3, Wet BIG) voor gedragswetenschappers met een doctoraal of masters diploma psychologie, pedagogische wetenschappen of geestelijke gezondheidskunde, gz-psychologen (Art. 3, Wet BIG) en klinisch psychologen (ex Art. 14, Wet BIG)
12. Wet BIG (VWS, 1993)
13. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

## **Bijlage 1. Opdracht, kaders en werkwijze**

### **1.1. De opdracht aan de werkgroep**

Vanuit de Kamer GZ-psycholoog, de Kamer Psychotherapeut en het College Specialismen GZ-psycholoog en de opleidingsinstellingen bestaat de behoefte om de vervolgopleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en Klinisch psycholoog te moderniseren. Hiermee willen zij aansluiten bij de ontwikkelingen die in het medische onderwijsveld plaatsvinden: competentiegericht opleiden waarin de inhoud volgens een bepaalde methodiek is vastgelegd, gestructureerd feedback wordt gegeven, getoetst en beoordeeld wordt en in portfolio's wordt gedocumenteerd. De opleidingsontwikkeling is door de opleidingsinstellingen gezamenlijk opgepakt in een projectstructuur.

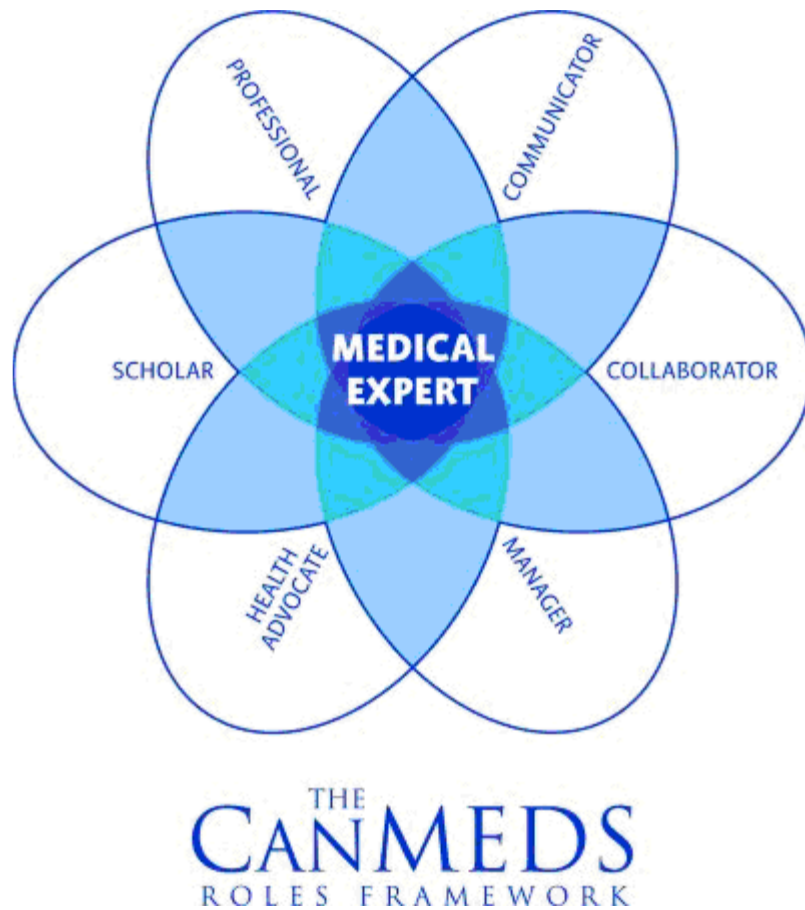
Het HCO-PT heeft in opdracht van de stuurgroep hiervoor een werkgroep samengesteld bestaande uit twee hoofdopleiders en vier coördinatoren uit de opleidingsinstellingen in Nijmegen, Leiden/Rotterdam, Utrecht, Eindhoven en Amsterdam. De werkgroep is in september 2010 voor het eerst bijeen geweest en heeft zich tot doel gesteld enerzijds een landelijk opleidingsplan te schrijven waarin helder en eenduidig de competenties van de PT zijn geformuleerd om het eindniveau van de PT te definiëren en, anderzijds, de vormgeving van de opleiding te bepalen. Hierbij wordt het eindniveau van de opleiding omschreven in competenties en indicatoren in plaats van in eindtermen. Het HCO-PT heeft drie hoofdopleiders afgevaardigd om het draagvlak voor deze belangrijke operatie te borgen.

Het doel van het project is om als opleidingsinstellingen gezamenlijk voor de opleidingen een opleidingsplan te ontwikkelen die qua opzet en structuur op dezelfde wijze zijn vormgegeven en wat betreft niveau op elkaar aansluiten. De opleidingsplannen voldoen aan de moderne onderwijskundige inzichten. De opleidingsplannen bieden de opleidingsinstellingen voldoende ruimte om vervolgens tijdens de implementatie hun "couleur locale" in te voegen

Gedurende het traject geeft de stuurgroep advies over de consequenties voor de regelgeving en welke aanpassingen noodzakelijk zijn

### **1.2 Gevolgde werkwijze**

Uitgangspunt was het competentieprofiel en opleidingsplan van de GZ te vernieuwen. Als ordening is gekozen voor de competentiegebieden conform het model van de Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS 2005). Het CanMEDS-model is het uitgangspunt voor alle medische vervolgopleidingen in Nederland. Ook bij paramedische beroepen wordt dit model steeds vaker gebruikt. Het model blijkt eveneens, zij het met een kleine aanpassing, goed bruikbaar te zijn voor psychologische opleidingen. Doorslaggevend voor de keuze is dat het model zich als gangbaar en beproefd bewezen heeft. Het gegeven dat steeds meer opleidingen van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zich baseren op het CanMEDS-model draagt erin belangrijke mate toe bij dat de verschillende beroepsbeoefenaren binnen de instellingen waar zij werken een eenduidig begrippenkader hanteren. In het CanMEDS-model zijn zeven competentiegebieden geformuleerd, te weten: medisch handelen (voor de PT vervangen door 'psychotherapie'); communicatie; samenwerking; kennis & wetenschap; maatschappelijk handelen; organisatie en professionaliteit (figuur 1).



Figuur 1 Canadian Medical Education Directives for Specialists 2000 (CanMeds 2005)

Conceptversies van het opleidingsplan zijn voorgelegd aan verschillende klankbordgroepen, zoals curriculumcommissies, opleidingscommissies, P-Opleidersoverleg en HCO. Per regio is gesproken met praktijkopleiders en werkbegeleiders. Ten behoeve van het opleidingsplan is gebruikgemaakt van diverse brondocumenten zoals opgenomen in de referentielijst.

## BIJLAGE 2. Definities en afkortingen

BBOV	Begeleidingsgroep Beschrijving Opleidingsplannen Vervolgopleidingen
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CGO	Competentiegericht onderwijs
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
HCO	Hoofdopleiders coördinatorenoverleg
IOP	Individueel Opleidingsplan
KGzP	Kamer Gezondheidszorgpsycholoog
KPT	Kamer Psychotherapeut
KP	Klinisch psycholoog
KNP	Klinisch neuropsycholoog
KBS	Kenmerkende Beroepssituatie
PIOP	Daar waar in dit document wordt gesproken over PIOP kunnen de volgende functionarissen worden bedoeld: psycholoog, arts of gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot psychotherapeut
PT	Psychotherapeut
<b>Stuurgroep Modernisering opleiding GZ psycholoog, Klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychotherapeut</b>	De stuurgroep is verantwoordelijk voor het laten uitvoeren van de activiteiten en het behalen van de resultaten van het project Modernisering opleiding GZ psycholoog, Klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychotherapeut.