



Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie

Competentieprofiel Cognitief Gedragstherapeut VGCT

Projectgroep Actualisering CGt-opleiding

Utrecht, juni 2014

Inleiding

In dit profiel van de Cognitief Gedragstherapeut VGCT®, opgesteld vanuit de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT), wordt de essentie van het vak en een omschrijving van de belangrijkste en meest voorkomende activiteiten in de uitoefening ervan gegeven. Het beoogt een leidraad te zijn om de kwaliteit en de positie van het vak te bevorderen en te bewaken. Het is de basis en daarmee richtinggevend voor het competentieprofiel en de inhoud van de opleiding tot Cognitief Gedragstherapeut VGCT®. In dit document wordt verder gesproken over de cognitief gedragstherapeut.

Het profiel is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 wordt beschreven wat cognitieve gedragstherapie is en wat het vak en het werkveld van de cognitief gedragstherapeut inhoudt. Ook wordt de positie van de cognitief gedragstherapeut in de GGZ omschreven. Vervolgens komen in hoofdstuk 2 relevante ontwikkelingen uit het werkveld aan bod die van belang zijn voor de cognitief gedragstherapeut. Ten slotte worden in hoofdstuk 3 de competenties weergegeven waarover een cognitief gedragstherapeut moet beschikken.

Projectgroep actualisering CGt-opleiding

Drs. Henk Geertsema (voorzitter)

Dr. Henk Pijnenburg

Hanneke van der Lende

Dit profiel is tot stand gekomen met bijdrage van een aantal VGCT-leden.

Hoofdstuk 1 Positiebepaling van de cognitief gedragstherapeut

1.1 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGt) is een psychologische behandelmethodede die er vanuit gaat dat denken, voelen en handelen grotendeels gebaseerd zijn op de eigen leergeschiedenis. Het is één van de best onderzochte, meest toegepaste vormen van therapie binnen Nederland. Observeerbaar gedrag wordt gebruikt als aanknopingspunt om inwendige processen, zoals denkschema's en emoties, die terug te voeren zijn tot de vroegere ervaringswereld van de cliënt, te beïnvloeden.

Er worden meerdere omschrijvingen van cognitieve gedragstherapie gehanteerd door onder andere Orlemans, Sprey en Korrelboom & Ten Broeke die op accenten kunnen verschillen. Zo zien Korrelboom en Ten Broeke (2004) de cognitieve gedragstherapie als 'een proces waarbij een therapeut op transparante en met de cliënt vooraf overeengekomen wijze, zoveel mogelijk in de wetenschappelijke psychologie verankerde methodes toepast om de emotionele en/of gedragsproblemen van de cliënt zo goed mogelijk, duurzaam en relevant te reduceren' (p. 30). Naast hun definitie waarin het reduceren van problemen centraal staat gaat het in dit proces om het stimuleren van gewenst gedrag.

De therapie bestaat uit het uitvoeren van het gedragstherapeutische proces: indicatiegesprek voeren, diagnose stellen, probleem- en doelformulering opstellen, behandelplan opstellen, therapeutische methoden en technieken uitvoeren, terugvalpreventie inzetten en gedragsbehoud stimuleren, het monitoren en evalueren van de verbeteringen bij de cliënt en door feedback van de cliënt te vragen over het gedragstherapeutisch proces.

1.2 Profiel van de Cognitief Gedragstherapeut VGCT

Cognitief gedragstherapeuten zijn post-universitair opgeleide professionals die zich na de masteropleiding psychologie, gezondheidswetenschappen of pedagogiek hebben bekwaamd in het uitvoeren van cognitief gedragstherapeutische behandelingen. De (secundaire) registratie als cognitief gedragstherapeut levert geen bevoegdheden op, maar specifieke bekwaamheden.

Keijsers, van Minnen en Hoogduin (2011) hebben onderzocht dat voor 45 DSM-stoornissen inmiddels 36 aangetoond effectieve protocollen zijn, waarvan 30 protocollen zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie wordt aanbevolen in vrijwel alle Multidisciplinaire Richtlijnen. Cognitief gedragstherapeuten zijn bekwaam in de uitvoering van cognitief gedragstherapeutische behandelingen en kunnen waar nodig gemotiveerd afwijken van de protocollen. Voor problemen waar geen protocollen voorhanden zijn, zijn zij in staat een behandeling op maat te maken die gebaseerd is op cognitief gedragstherapeutische analyses.

Cognitief gedragstherapeuten zijn met name geïnteresseerd in de wijze waarop de cliënt zich in moeilijke situaties gedraagt en hoe de cliënt over dergelijke situaties denkt, en ze zijn geïnteresseerd in hoe de cliënt zich in de gewenste situatie zal gaan gedragen en hoe de cliënt over de gewenste situatie denkt. Ze richten zich op gedragsverandering in het heden. Waar nodig wordt de leergeschiedenis van de cliënt daarbij betrokken. De behandeling is gericht op

gedragsverandering van de cliënt waardoor de sessies actief van opzet zijn. Gedragstherapeuten gaan samen met de cliënt op zoek naar knelpunten en manieren om met de problematiek om te gaan en gaan op zoek naar sterktes, adequaat gewenst gedrag en hulpbronnen (intern of in het systeem). Deze uitgangspunten zorgen ervoor dat deze therapeuten adviezen en richtlijnen geven, dat zij motiverende gesprekstechnieken inzetten, huiswerkafspraken maken met de cliënt en dat zij bepaalde oefeningen met de cliënt doen in de therapie.

1.3 Werkterrein Cognitief Gedragstherapeut VGCT

Cognitief gedragstherapeuten zijn met name werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Ook zijn ze te vinden in de jeugdzorg, op scholen en in het bedrijfsleven.

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn ze werkzaam op de volgende werkterreinen die volgens het Bestuurlijk Akkoord (2012) op de volgende manier worden beschreven:

- De *GGZ Basiszorg*. De huisarts is hier de hoofdverantwoordelijke. In de Basis GGZ vindt triage/screening, probleemverkenning en diagnostiek plaats vóór een eventuele verwijzing op grond van een GGZ-stoornis. Onder GGZ-basiszorg valt ook behandeling en geïndiceerde preventie bij psychische klachten zonder dat een stoornis is vastgesteld. De cognitief gedragstherapeut kan een plaats krijgen in het ondersteunen van de huisarts bij een optimale behandeling, consultatie of doorverwijzing en terugverwijzing.
- De *generalistische Basis-GGZ*. Deze zorg is alleen toegankelijk via de huisarts. Er wordt alleen een behandeling gestart als er sprake is van een stoornis in de DSM-5. Het gaat hierbij met name om lichte tot matige, niet complexe problematiek waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel. Het kan ook gaan om ernstige, maar stabiele problematiek, die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring behoeft. Ook vindt goede nazorg, ondersteuning en terugvalpreventie plaats bij mensen die al behandeld zijn voor een psychische aandoening. Binnen dit kader kan de cognitief gedragstherapeut deze behandelingen (eventueel onder supervisie) uitvoeren.
- De *gespecialiseerde GGZ*. Deze zorg is alleen toegankelijk via de huisarts en wanneer sprake is van een stoornis in de DSM-5. Deze zorg is bedoeld voor de meest complexe behandelingen en voor de meest complexe stoornissen, zoals ernstige persoonlijkheidsstoornissen (As-II) en comorbiditeit tussen stoornissen op As-I, As-II en As-III. De behandeling is gericht op herstel of op rehabilitatie van de cliënt. De cognitief gedragstherapeut kan deze behandelingen (eventueel onder supervisie) uitvoeren.

De cognitief gedragstherapeut werkt zelfstandig of in teams met uiteenlopende samenstelling in diverse sectoren. Bijvoorbeeld in een instelling voor mensen met een verstandelijk beperking samen met de groepsleiding; in een psychiatrisch ziekenhuis samen met vaktherapeuten, arts, psychiater en verpleegkundigen; op een basisschool met kinderen met gedragsproblemen; in het bedrijfsleven met bijvoorbeeld management en medezeggenschapsorganen. Gedragsbeïnvloeding is overal bruikbaar.

1.4 Positie Cognitief Gedragstherapeut VGCT in de GGZ in Nederland

De cognitief gedragstherapeut is een secundaire registratie. Het primaire beroep kan onder andere zijn: master psycholoog, master pedagoog, orthopedagoog-generalist, gezondheidswetenschapper, GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, arts. Cognitief gedragstherapeuten bewegen zich in een werkveld met diverse beroepen, waaronder de master psycholoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut en de klinisch psycholoog. Afhankelijk van welk primair beroep cognitief gedragstherapeuten zelf hebben, zijn ze bevoegd om bepaalde handelingen uit te voeren.

GZ-psychologen houden zich voornamelijk bezig met klachtgerichte en beschrijvende diagnostiek, indicatiestelling en behandeling die zich richt op uiteenlopende vormen van problematiek, variërend van enkelvoudig tot matig complex, en die de gehele levensloop kan omvatten (Opleidingsplan GZ-psycholoog, 2012). GZ-psychologen zijn geregistreerd in artikel 3 van het BIG-register. Psychotherapeuten zijn zorgverleners die net als GZ-psychologen als basisberoep zijn opgenomen in het BIG-register. Zij richten zich op behandeling van cliënten met complexe problematiek, veelal meervoudige problematiek, persoonlijkheidsstoornissen of een combinatie van beide. Klinisch psychologen zijn specialisten op diagnostisch gebied en zijn beleidsbepalend ten aanzien van de uitvoering van complexe behandelingen. De klinisch psycholoog is een 'artikel 14'-beroep in de wet BIG, dat wil zeggen dat het een specialisme is van het basisberoep GZ-psycholoog.

Naast deze BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren zijn in de praktijk masterpsychologen werkzaam; deze hebben een masteropleiding psychologie afgerond. Masterpsychologen zijn medeverantwoordelijk voor het klinisch proces van opzet, uitvoering, voortgang en evaluatie van behandeling en doen dit onder supervisie van een door de beroepsgroep erkende supervisor.

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen

Op het terrein en in het werkgebied van de cognitief gedragstherapeut vinden een aantal ontwikkelingen plaats die onderstaand zijn weergegeven. Ook de relevantie hiervan voor de cognitief gedragstherapeut wordt beschreven.

2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

Invoering Bestuurlijk Akkoord GGZ

De beheersing van kosten van de (geestelijke) gezondheidszorg staat centraal in het overheidsbeleid (Trimbos, 2011). Om grip te blijven houden op de kwaliteit van de zorg, heeft de overheid overleg gezocht met de diverse partijen in het veld en is men in 2012 gekomen met een gezamenlijk Bestuurlijk Akkoord GGZ. De zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, cliënten- en familieorganisaties en de overheid maakten in dit akkoord afspraken over de inhoud van de GGZ en over de organisatie en de financiering daarvan. Uitgangspunt van het akkoord is dat passende zorg op de juiste plek wordt verleend. Er vindt een wijziging plaats van klinisch naar ambulant, van tweedelijns GGZ naar eerstelijns GGZ, van eerstelijns GGZ naar huisarts en naar meer zelfmanagement. Partijen hebben verder afgesproken preventie, zelfmanagement en het herstelvermogen van de cliënt fors te stimuleren. Het gebruik van dwangtoepassingen wordt verder teruggedrongen.

Deze stelselwijzigingen hebben gevolgen voor de plek van cognitief gedragstherapeuten in de GGZ. Het akkoord pleit voor kwaliteit door gebruik van richtlijnen en standaarden. Dit bevordert sterk de toepassing van cognitieve gedragstherapie. De versterking van de Basis-GGZ is een mogelijkheid voor cognitief gedragstherapeuten om kortdurend te behandelen. Er zijn nog veel onduidelijkheden in de uitwerking en waarin de beoogde wijzigingen zullen resulteren.

Invoering Wet Jeugdzorg

Per 2015 treedt de nieuwe Wet op de Jeugdzorg in werking en wordt de jeugdzorg gedecentraliseerd naar de gemeenten. Met deze overheveling wordt een meer samenhangend beleid beoogd. Beroepskrachten in de jeugdzorg moeten beter toegerust zijn op hun werk en zich daarom inschrijven in het Kwaliteitsregister Jeugdzorg. Per 1 januari 2014 zijn werkgevers in de Jeugdzorg verplicht om met geregistreerde jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers te werken. Door middel van registratie verbinden deze professionals zich aan een beroepscode en vallen zij onder het bereik van het tuchtrecht voor hun beroepsgroep. Deze wijziging heeft tot gevolg dat cognitief gedragstherapeuten die werkzaam zijn in de jeugdzorg al voor een groot deel voldoen aan de eisen om geregistreerd te worden in het kwaliteitsregister.

2.2 Wetenschappelijke ontwikkelingen

Opkomst van derde generatie gedragstherapie

De opkomst van de zogenaamde derde generatie gedragstherapie is een relevante trend voor de praktijk van de cognitieve gedragstherapie. Derde generatie gedragstherapie is een stroming binnen de gedragstherapie die zich onderscheidt door een nadruk te leggen op het leren van mindfulnessvaardigheden, acceptatie en het effectiever leren omgaan met emoties en cognities zonder deze te willen veranderen. Hierbij wordt meer dan bij andere stromingen gebruik gemaakt van experiëntiele technieken. Deze behandelvormen zijn populair, maar de evidence is nog beperkt. Zo is bijvoorbeeld veel discussie over de omvang van de werkzaamheid van mindfulness. Van belang is dat gedragstherapeuten zich nieuwe behandelingen eigen kunnen maken die beter blijken te werken dan de bestaande, ook is al over de werkzaamheid ervan nog weinig aangetoond in onderzoeken.

2.3 Technologische ontwikkelingen

eHealth

In het Bestuurlijk Akkoord GGZ (2012) krijgen eHealth toepassingen een plek in de ondersteuning van de GGZ-Basiszorg. eHealth toepassingen zijn digitale programma's gericht op versterking van eigen regie, zelfmanagement en ondersteuning van de informele zorg. Vormen van eHealth zijn onder andere mobiele apps, webportalen, elektronische cliëntendossiers, domotica en videocommunicatie. Het is van belang dat cognitief gedragstherapeuten de ontwikkelingen in eHealth bijhouden en de benodigde vaardigheden ontwikkelen om eHealth behandelingen aan te bieden. Cliënten willen en krijgen meer regie over hun gezondheid, wat betekent dat het vermogen om de cliënt te motiveren om het programma te voltooien nog belangrijker is dan bij traditionele gesprekken.

E-learning

E-learning is de verzamelnaam voor het vormgeven van leersituaties (formeel en informeel) met behulp van informatie- en communicatietechnologie. Het begrip E-learning wordt niet alleen gebruikt voor onderwijs aan hulpverleners, maar ook voor programma's voor cliënten in de GGZ. E-learning omvat veel vormen van informatie-uitwisseling met educatieve doeleinden, zoals serious games en mobiel leren, als onderdeel van 'face to face' programma's of enkelvoudige programma's. Voorbeelden hiervan zijn de inzet van online fora voor mensen met psychische problemen (eMental health), een twitterspreekuur om veel mensen tegelijk te bereiken voor niet-urgente zorgvragen, en digitale beslissingsondersteuning tijdens het spreekuur. Deze technologie stelt nieuwe eisen aan de ethiek van zowel cliënten als cognitief gedragstherapeuten.

Routine Outcome Monitoring (ROM)

Om zorgkwaliteit te waarborgen en processen te verbeteren, is inzet van Routine Outcome Monitoring (ROM) noodzakelijk. ROM heeft vijf functies: behandelen en begeleiden; leren; verantwoorden; onderzoek; benchmarken. Het gaat om het 'routinematig' meten van het

klachtenbeloop, het dagelijkse functioneren, de kwaliteit van leven van cliënten en de kwaliteit van de therapeutische relatie. ROM is daarmee een methode om de kwaliteit van geleverde zorg inzichtelijk te maken, te evalueren en te verbeteren. Het wordt enerzijds gezien als een kwaliteitsinstrument en anderzijds als een onderzoeksinstrument. Systematisch meten en evalueren geven gedragstherapeuten en cliënten meer inzicht in de ontwikkeling van de behandeling en de mogelijkheid de resultaten ervan te vergelijken. Volgens GGZ Nederland leidt niet participeren in ROM tot reputatieschade, verlies aan vertrouwen en een verdergaande terughoudendheid bij de zorgverzekeraar met betrekking tot zorginkoop.

Hoofdstuk 3 De competenties van de Cognitief Gedragstherapeut VGCT®

Om de taken behorende bij de Cognitief Gedragstherapeut VGCT uit te kunnen oefenen, zijn competenties nodig. Een competentie is volgens Dochy (2005; p. 34):

“een persoonlijke bekwaamheid, die zichtbaar wordt in het vertonen van succesvol gedrag in een bepaalde contextgebonden situatie. Een competentie is veranderlijk in tijd en tot bepaalde hoogte ontwikkelbaar. Een competentie bestaat uit een geïntegreerd geheel van kennis, vaardigheden en attitudes, waarbij persoonskarakteristieken en aspecten van het professioneel functioneren eveneens op een bepaalde manier invloed uitoefenen op de (ontwikkeling van) competenties.”

3.1 Het CanMEDS model

Het competentieprofiel van de cognitief gedragstherapeut geeft een beschrijving van alle activiteiten in termen van competenties. Voor de ordening van de competenties wordt hier gebruik gemaakt van het model van de Canadian Medical Education Directions for Specialists model, het zogenaamde CanMEDS model. Dit model is allereerst ontwikkeld voor de medische beroepen, maar is inmiddels internationaal ook in gebruik bij talloze andere hulpverlenende beroepen. Hiermee wordt aangesloten bij de competentieprofielen van de psychologische BIG-beroepen, die eveneens geordend zijn volgens dit model.

De volgende zeven competentiegebieden kunnen worden onderscheiden:

1. *Cognitief gedragstherapeutisch handelen*: is het kerngebied van het vak, waarmee de overige competentiegebieden nauw samenhangen. Het gaat hierbij met name om diagnostiek, indicatiestelling en interventie.
2. *Communicatie*: omvat alle communicatie en samenwerking met de cliënt en diens systeem.
3. *Samenwerking*: verwijst naar het samenwerken met de zorgverleners die met de cognitief gedragstherapeut betrokken zijn bij diens cliënt.
4. *Kennis en wetenschap*: richt zich op het proces van het verwerven en uitdragen van kennis.
5. *Maatschappelijk handelen*: betreft de maatschappelijke context van het handelen van de cognitief gedragstherapeut en op vormen van belangenbehartiging ten behoeve van de cliënten.
6. *Organisatie*: betreft zowel het organiseren van een activiteit (zoals diagnostiek of een interventie) als het werken in een organisatie.
7. *Professionaliteit*: heeft betrekking op onder meer persoonlijke, ethische en juridische kwaliteitseisen, die gesteld worden aan de beroepsuitoefening van de cognitief gedragstherapeut.

COMPETENTIE 1: COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUTISCH HANDELEN

De cognitief gedragstherapeut zet op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde kennis en vaardigheden in om te komen tot doelmatige diagnostiek, indicatiestelling en interventies. Hij/zij werkt volgens de empirische cyclus waarvan de volgende competenties een onderdeel zijn.

1.1 Theorietoepassing

De Cognitief gedragstherapeut baseert zijn/haar handelen primair op leer- en cognitieve theorieën, en daarnaast op recente inzichten uit de psychopathologie, neuropsychologie, sociale psychologie en ontwikkelingspsychologie. Dit betekent dat hij/zij:

- 1.1.1 Zoveel mogelijk 'evidence based werkt';
- 1.1.2 Gebruikmaakt van multidisciplinaire richtlijnen;
- 1.1.3 Systematisch en op basis van leer-, emotie- en cognitieve theorieën hypothesen opstelt over factoren die meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van de klachten van de cliënt en over factoren bij adequaat adaptief gedrag van de cliënt;
- 1.1.4 Deze hypothesen gebruikt om interventies (c.q. modificatieprocedures) te selecteren waarmee deze factoren kunnen worden bewerkt;
- 1.1.5 Angst- en stemmingsstoornissen en minimaal één andere stoornis kan behandelen.

1.2 Classificatie en probleemselectie

De cognitief gedragstherapeut gaat systematisch te werk bij het classificeren van de problematiek. Dit betekent dat hij/zij:

- 1.2.1 Tot een classificatie van de problematiek komt in termen van actuele classificatiesystemen (bv. DSM-5).
- 1.2.2 Systematisch informatie verzamelt over verschillende klachten en factoren die meespelen bij het ontstaan en voortbestaan van de klachten waaronder eventuele maatschappelijke en culturele factoren;
- 1.2.3 Deze klachten en achterliggende factoren logisch met elkaar in verband brengt (bijv. in een probleemsamenhang of holistische theorie).
- 1.2.4 Beargumenteed en zoveel mogelijk in samenspraak met de cliënt komt tot een selectie van een probleem.
- 1.2.5 Samen met de cliënt (en desgewenst het systeem van de cliënt) komt tot de formulering van concrete, meetbare, en haalbare doelen voor de behandeling.

1.3 Probleemanalyse en behandelplan

De cognitief gedragstherapeut maakt een logische en transparante analyse van de geselecteerde problemen van de cliënt. Dit betekent dat hij/zij:

- 1.3.1 Een op de problemen of gewenst gedrag van de cliënt toegespitst verklaringsmodel opstelt waarin hypothesen zijn opgenomen over het ontstaan en voortbestaan van de problemen en over het bereiken van gewenst gedrag;
- 1.3.2 Betekenisanalyses, functieanalyses, en cognitieve casusconceptualisaties opstelt die de grondslag vormen van dit verklaringsmodel en deze hypothesen;
- 1.3.3 Een behandelplan opstelt waarin is opgenomen welke psychologische factoren en

mechanismen bewerkt moeten worden om de problemen te verminderen, de doelformuleringen die het gewenste gedrag of de gewenste situatie beschrijven, en welke interventies c.q. modificatieprocedures moeten worden ingezet om de problemen te verminderen en het gewenste gedrag te doen toenemen;

- 1.3.4 Het effect van de interventiemethoden op de afname van problemen en toename van gewenst gedrag monitort en bij beperkt effect alle gevolgde stappen heroverweegt.

1.4 Interventies c.q. modificatieprocedures

De cognitief gedragstherapeut selecteert en voert op gestructureerde wijze efficiënte, en bij voorkeur 'evidence based' interventies (c.q. modificatieprocedures) uit. Dit betekent dat hij/zij:

- 1.4.1 Interventies selecteert die aansluiten bij de probleemselectie, doelstelling van de behandeling en probleemanalyse;
- 1.4.2 interventies aanpast aan de motivatie, inspanningsbereidheid en specifieke situatie van de cliënt;
- 1.4.3 In ieder geval de volgende (elkaar ten dele overlappende) interventies uitvoert of zich snel eigen maakt:
- 1.4.3.1 Interventies gericht op vergroten van zelfcontrole (onder andere rechtstreeks bewerken van stimuli, gedrag en consequenten die bij ongewenst gedrag een rol spelen);
- 1.4.3.2 Interventies gericht op het veranderen van disfunctionele denkpatronen (onder andere cognitieve herstructurering, gedragsexperimenten);
- 1.4.3.3 Interventies gericht op het verminderen van aversieve emoties of het vergroten van positieve emoties in specifieke situaties (onder andere exposure, gedragsexperimenten, COMET);
- 1.4.3.4 Interventies gericht op het herevalueren van aversieve geheugenrepresentaties (onder andere herevaluatie technieken, imaginaire exposure, rescripting, EMDR);
- 1.4.3.5 Interventies gericht op het effectiever omgaan met emoties, gedachten en herinneringen, zonder deze rechtstreeks te veranderen (onder andere mindfulness oefeningen);
- 1.4.3.6 Interventies gericht op het versterken van adaptief gedrag (onder andere gedragsactivatie, positief dagboek);
- 1.4.3.7 Interventies gericht op het versterken van gewenste vaardigheden (onder andere emotieregulatie, sociale vaardigheden, assertieve vaardigheden);
- 1.4.3.8 Interventies gericht op het verbeteren van het functioneren van het systeem van de cliënt (onder andere communicatievaardigheden).

1.5 Metingen

De cognitief gedragstherapeut zet waar nodig meetinstrumenten in, zowel ten behoeve van de classificatie en probleemselectie, de probleemanalyse, als ten behoeve van het evalueren van interventies. Dit betekent dat hij/zij:

- 1.5.1 Betrouwbare en valide gebleken interviewmethoden, vragenlijsten en tests kan inzetten ten

- behoefte van de classificatie van de problematiek in termen van actuele classificatiesystemen (bv. DSM-5);
- 1.5.2 Op de cliënt toegespitste (zelf)observatiemethoden kan inzetten ten behoeve van onder andere de probleem- en doelanalyse;
 - 1.5.3 Al deze methoden kan inzetten om de verandering in de problemen van de cliënt te monitoren gedurende de behandeling ten behoeve van de evaluatie van het effect van de geselecteerde interventies (Routine Outcome Monitoring).

COMPETENTIE 2: COMMUNICATIE

De cognitief gedragstherapeut communiceert op heldere en efficiënte wijze bij zijn cognitief gedragstherapeutisch handelen zowel met de cliënt als, indien noodzakelijk, het cliëntsysteem. Dit komt tot uiting in de volgende competenties.

2.1 Communicatievaardigheden

De cognitief gedragstherapeut hanteert communicatievaardigheden, zowel mondeling als schriftelijk. Dit betekent dat hij/zij:

- 2.1.1 Zinsbouw en woordkeus aanpast aan eigenschappen van de cliënt, waaronder leeftijd, geslacht, etnische en culturele achtergrond, en zijn/haar psychologisch functioneren (intelligentie, actuele emotionele toestand);
- 2.1.2 Algemene gespreksvaardigheden (waaronder actief luisteren) beheerst;
- 2.1.3 Ook op metaniveau communiceert.

2.2 Behandrelatie

De cognitief gedragstherapeut bouwt effectieve behandelrelaties met cliënten op en onderhoudt deze. Dit betekent dat hij/zij:

- 2.2.1 Betrokkenheid toont bij cliënt (en diens systeem) en daarmee de basis legt voor een duurzame vertrouwensrelatie;
- 2.2.2 Motiveringstechnieken inzet;
- 2.2.3 Waar het relevant is een functie- en betekenisanalyse maakt van gebeurtenissen die zich in de therapeutische relatie voordoen en op basis hiervan intervenueert;
- 2.2.4 De kwaliteit van de therapeutische relatie tijdens de behandeling meet en bespreekt;
- 2.2.5 Systematisch de kwaliteit van de therapeutische relatie verbetert;
- 2.2.6 Bovenstaande activiteiten ook kan uitvoeren in het kader van eHealth-programma's.

2.3 Gezamenlijke besluitvorming

De cognitief gedragstherapeut betreft de cliënt actief bij besluitvormingen gedurende de behandeling. Dit betekent dat hij/zij:

- 2.3.1 Overwegingen rondom probleemsamenhang, probleemselectie, probleemanalyse, doelformulering en behandelplan met de cliënt deelt;
- 2.3.2 De cliënt stimuleert om te reageren op de gestelde vragen en de geboden informatie;
- 2.3.3 Doelstellingen van de behandeling gezamenlijk formuleert;

- 2.3.4 Zoveel mogelijk gezamenlijk beslissingen neemt bij keuze- en beslismomenten rondom probleemsamenhang, probleemselectie, doelformulering, probleemanalyse en behandelplan;
- 2.3.5 Verslag doet van zijn/haar handelen in een cliëntendossier dat inzichtelijk is voor de cliënt.
- 2.3.6 Met regelmaat verifieert of de informatie goed is begrepen door de cliënt.

COMPETENTIE 3: SAMENWERKING

De cognitief gedragstherapeut participeert in een netwerk van functionele samenwerkingsrelaties en maakt optimaal gebruik van daarbinnen beschikbare kennis en expertise. De cognitief gedragstherapeut draagt bij aan effectieve en efficiënte interdisciplinaire en intradisciplinaire samenwerking en ketenzorg. Dit betekent dat hij/zij:

- 3.1 Actief participeert en zich profileert in interdisciplinaire en intradisciplinaire samenwerking;
- 3.2 Zijn/haar cognitief gedragstherapeutische kennis en vaardigheden inbrengt in deze interdisciplinaire en intradisciplinaire samenwerking;
- 3.3 Zijn inbreng in interdisciplinaire en intradisciplinaire samenwerking afstemt op andere disciplines;
- 3.4 Beoordeelt wanneer verwijzing naar een (inhoudelijk) specialist, professional of instelling geïndiceerd is;
- 3.5 Werkt vanuit zijn kennis van de algemene structuur van de gezondheidszorg en instanties voor maatschappelijke dienstverlening, in relatie tot de eigen organisatie (sociale kaart);
- 3.6 Samenwerkt met partijen als politie, justitie en andere (overheids)instellingen, waar dat in het belang is van de cliënt.
- 3.7 Verwijzing en informatieoverdracht zorgvuldig tot stand brengt.

COMPETENTIE 4: KENNIS EN WETENSCHAP

De cognitief gedragstherapeut hanteert een wetenschappelijke werkwijze in zijn klinisch handelen en streeft daarin voortdurend optimalisatie van eigen kennis en kunde op het gebied van de cognitieve gedragstherapie na. Dit komt tot uiting in de volgende competenties.

4.1 Wetenschappelijk verantwoorde zorg

De cognitief gedragstherapeut onderbouwt zijn/haar zorg op wetenschappelijk verantwoorde wijze. Dit betekent dat hij/zij:

- 4.1.1 Wetenschappelijke literatuur raadpleegt en beoordeelt in termen van relevantie voor het eigen klinische werk.

4.2 Optimalisatie van eigen kennis en kunde

De cognitief gedragstherapeut streeft optimalisatie van eigen kennis en kunde na. Dit betekent dat hij/zij:

- 4.2.1 Voor het eigen werkveld relevante wetenschappelijke ontwikkelingen volgt door onder andere het lezen van literatuur en het bezoeken van congressen en symposia;
- 4.2.2 De grenzen van de eigen kennis en expertise onderkent en daar een persoonlijk bij- en nascholingsplan op afstemt en onderhoudt.

4.3 Verspreiding van eigen kennis en kunde

De cognitief gedragstherapeut verspreidt zijn eigen kennis en kunde. Dit betekent dat hij/zij:

- 4.3.1 De deskundigheid van collega's, cliënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg bevordert.

4.4 Ontwikkeling wetenschappelijke vakkennis

De cognitief gedragstherapeut draagt in de eigen werkkring, alsook in bredere zin, bij aan de ontwikkeling van wetenschappelijk kennis. Dit betekent dat hij/zij:

- 4.4.1 Nieuw opgedane kennis en kunde die relevant is voor de eigen werkkring deelt met collega's;
- 4.4.2 Indien mogelijk een bijdrage levert aan wetenschappelijk onderzoek in de eigen werkkring of daarbuiten.

COMPETENTIE 5: MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

De cognitief gedragstherapeut bevordert de gezondheid van individuele cliënten en groepen cliënten. Dit betekent dat hij/zij::

- 5.1 Determinanten van psychische stoornissen en van gewenst gedrag herkent;
- 5.2 (pro)Actief reageert op maatschappelijke en culturele factoren die de psychische gezondheid van cliënten beïnvloeden;
- 5.3 Risicogroepen en hun behoeften identificeert;
- 5.4 Cliënten individuele gezondheidsvoorlichting en -opvoeding geeft.

COMPETENTIE 6: ORGANISATIE

De cognitief gedragstherapeut neemt besluiten over het gebruik van of de inzet van middelen, het stellen van doelen en het maken van beleid, en organiseert het werk met het oog op een balans tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf, de cliënt en de organisatie. Dit betekent dat hij/zij:

- 6.1 De doelstellingen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de organisatie waarin hij/zij werkt kan weergeven;
- 6.2 Het kwaliteitsbeleid van de organisatie waarin hij/zij werkt naleeft onder andere bij incidenten in de zorg, en zo nodig beleid initieert ten behoeve van kwaliteitsverbetering;
- 6.3 Werkt vanuit de taken en verantwoordelijkheden die hij/zij heeft als Cognitief gedragstherapeut en van daaruit, indien passend, (i) optreedt als hoofdbehandelaar, (ii) optreedt als supervisor/begeleider van collega's in andere disciplines (cognitief gedragstherapeutisch werkers, psychodiagnostisch medewerkers), (iii) toeziet op kwaliteit van de toegepaste CGT in de organisatie, en (iv) op basis van inzicht in de verschillende beschikbare gezondheidsvoorzieningen en financieringsstromen een doelmatige afweging maakt bij toewijzing van diagnostiek en behandeling.
- 6.4 Zoveel mogelijk gebruikmaakt van informatietechnologie voor optimale zorg en eigen bij- en nascholing.

COMPETENTIE 7:PROFESSIONALITEIT

De cognitief gedragstherapeut kent en onderkent de grenzen van zijn/haar competenties, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en stemt het professionele handelen daarop af. Dit betekent dat hij/zij:

- 7.1 Professioneel gedrag vertoont, tot uiting komend in een goede balans tussen professionele betrokkenheid en persoonlijke distantie, alsmede respectvolle omgang met normen en waarden van de cliënt;
- 7.2 Het professionele handelen inbedt in wettelijke regelgeving waaronder de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), Kwaliteitswet Zorginstellingen en Wet Bescherming Persoonsgegevens;
- 7.3 De relevante beroepscode (van bijv. Nederlands Instituut van Psychologen [NIP], Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie [NVP], Nederlandse Vereniging van pedagogogen en Onderwijskundigen [NVO]) inbedt in het professionele handelen;
- 7.4 De cliënt en anderen die bij de zorg betrokken zijn desgevraagd informeert over wettelijke regelgeving en beroepscode en klachtprocedures waarvan zij gebruik kunnen maken.
- 7.5 Regelmatig op het eigen professionele handelen reflecteert en daarover verantwoording aflegt, zelfstandig en in de context van collegiaal overleg, intervisie of supervisie.

Referenties

- De Haan, E., Boelen, P., Van Minnen, A., Peute, L. & Van Reijen, J. (2012). *Visie op de opleiding tot Cognitief Gedragstherapeut VGCT*. Utrecht: VGCT.
- Dochy, F. & Nickmans, G. (2005). *Competentiegericht opleiden en toetsen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Frank, J. R., Jabbour, M., et al. (2005). *Report of the CanMEDS Phase IV Working Groups*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Havermans, R. (2010). Mindfulnessmeditatie in de GGZ: te veel, te vaak, te vroeg. *Psychologie & Gezondheid*, 38 (5), 250-254.
- Keijsers, G., Van Minnen, A. & Hoogduin, K. (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014*. Verkregen op 1 mei, 2013, van <http://www.ggz nederland.nl/persberichten/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.pdf>.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Advies Basis GGZ*. Verkregen op 1 mei, 2013, van http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Basis_GGZ.pdf.
- Peute, L. (2010). *Concept competentieprofiel Cognitief Gedragstherapeut VGCT*. Utrecht: VGCT.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002). *eHealth in zicht*. Verkregen op 22 april, 2013, van [http://rvz.net/uploads/docs/Advies - Ehealth in zicht.pdf](http://rvz.net/uploads/docs/Advies_-_Ehealth_in_zicht.pdf).
- Trimbos (2011). *Financiering van de GGZ*. Verkregen op 23 april, 2013, van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/ggz/financiering-van-de-ggz>.
- Werkgroep Modernisering GZ-opleiding (2012). *Opleidingsplan GZ-psycholoog*. Verkregen op 5 februari, 2013, van <http://www.kgzp.nl/resources/Opleidingsplan-GZ-psycholoog.pdf>.