

Capaciteitsplan 2024 tot 2027

Beroepen Geestelijke Gezondheid

Deelrapport 7

- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Verpleegkundig specialist ggz
- Verslavingsarts KNMG

Capaciteitsplan 2024 tot 2027

Beroepen Geestelijke Gezondheid

Deelrapport 7

- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Verpleegkundig specialist ggz
- Verslavingsarts KNMG

Bijlage bij het integraal Capaciteitsplan 2024-2027

Statutaire doelstellingen:

- a. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren in de zorg;
- b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgopleidingen.

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding.....	5
1.1 Doelstelling.....	5
1.2 Methoden.....	5
2 Huidige situatie	7
2.1 De beroepen	7
2.1.1 GZ-psycholoog	7
2.1.2 Psychotherapeut.....	7
2.1.3 Klinisch psycholoog	7
2.1.4 Klinisch neuropsycholoog.....	8
2.1.5 Verpleegkundig specialist ggz	8
2.1.6 Verslavingsarts KNMG	9
2.2 Overzicht aangrenzende beroepen en functies	9
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	11
2.4 Aantal werkzame beroepsbeoefenaren	12
2.5 Sectoren.....	14
2.6 Onvervulde vraag.....	16
3 Toekomstige veranderingen zorgaanbod.....	19
3.1 Uitstroom	19
3.2 Opleidingen	21
3.3 Nieuwe beroepenstructuur psychologen en psychotherapeuten	23
4 De toekomstige zorgvraag en werkproces	25
4.1 Inleiding.....	25
4.2 Demografie	25
4.3 Epidemiologie	27
4.4 Werkwijze sociaal-culturele en werkproces ontwikkelingen.....	28
4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen	30
4.6 Werkproces.....	33
4.6.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	33
4.6.2 Efficiency.....	35
4.6.3 Horizontale substitutie.....	36
4.6.4 Verticale substitutie	37
4.7 Arbeidstijdveranderingen	39
5 Conclusie: instroomadviezen	41
5.1 Scenario's en evenwichtsperiode.....	41
5.2 Doorrekening scenario's.....	42
5.3 Voorkeursadviezen	42

5.3.1	Voorkeursadvies GZ-psycholoog	43
5.3.2	Voorkeursadvies psychotherapeut	44
5.3.3	Voorkeursadvies klinisch psycholoog.....	45
5.3.4	Voorkeursadvies klinisch neuropsycholoog	46
5.3.5	Voorkeursadvies verpleegkundig specialist ggz	48
5.3.6	Voorkeursadvies verslavingsarts KNMG	49
5.3.7	Overwegingen.....	50
5.4	Historische vergelijking instroomadviezen	51
Literatuur		53
Bijlagen		55
Bijlage 1: overzicht parameterwaarden conform voorkeursadviezen		56
Bijlage 2: Impact Beroepenstructuur Psychologische Zorg		58
Bijlage 3: geraadpleegde experts		60
	Delphi-sessies	60
	Netwerkgesprekken / interviews	63
Bijlage 4: historisch overzicht parameterwaarden 2018 t/m 2022		65
Bijlage 5: de keuze voor de evenwichtsperiode		73
Procedure en betrokkenen.....		75

Lijst met afkortingen

Afkorting	Betekenis
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
Beroepen GG	Beroepen geestelijke gezondheid, verzamelnaam voor de beroepen die in dit rapport geraamd worden.
DBBC	Diagnose behandeling beveiliging combinatie (forensische zorg)
DBC	Diagnose-behandelcombinatie
EVC	Erkenning verworven competenties
FZ	Sector waarin forensische zorg geleverd wordt
GGZ	Met hoofdletters wordt bedoeld op de sector Geestelijke Gezondheidszorg
ggz	Met kleine letters wordt bedoeld op het type zorg, namelijk geestelijke gezondheidszorg. Ggz (met kleine letters) wordt in meerdere zorgsectoren gegeven.
GioS	GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
GZP	GZ-psycholoog
GZSP	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen
IZA	Integraal Zorgakkoord
K&J-psycholoog	Kinder- en jeugdpsycholoog
KBGG	Kamer Beroepen Geestelijke gezondheid
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, artsenfederatie
KNP	Klinisch neuropsycholoog
KP	Klinisch psycholoog
LKS	Landelijk Kwaliteitsstatuut
MANP	Master Advanced Nursing Practice
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
NZa	Nationale Zorgautoriteit
PioG	(master)Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog
PNIL	Personeel niet in loondienst
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Huisarts
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
Programma APV	Programma Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen
PT	Psychotherapeut

RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
SBI	Standaard bedrijfsindeling van het CBS
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Tbs	Terbeschikkingstelling
VAKNMG	verslavingsarts KNMG
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
vLOGO	Vereniging Landelijk Overleg Geestelijke Gezondheidszorg Opleidingsinstellingen
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VSGGZ	Verpleegkundig specialist ggz
Wvggz	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg en dwang
ZPM	Zorgprestatie model
ZZP	Zorgzwaartepakket, werden gebruikt in de langdurige GGZ.
ZZP	Zelfstandige zonder personeel

Samenvatting

Tabel 1: voorkeursadviezen instroom beroepen GG

	Bandbreedte	Voorkeursadvies	Evenwichtsjaar
GZ-psycholoog	geen	1.885	2032
Psychotherapeut	geen	171	2032
Klinisch psycholoog	geen	249	2032
Klinisch neuropsycholoog	geen	26	2032
Verpleegkundig specialist ggz	248-279	248	2032-2034
Verslavingsarts KNMG	33-38	33	2032-2034

Dit Capaciteitsplan bevat instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan aan het ministerie van VWS en het zorgveld over het aantal instromers in de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz en verslavingsarts KNMG (tezamen: beroepen GG). De instroomadviezen gaan allen uit van een scenario waarbij het doel is om een evenwicht te bereiken op de arbeidsmarkt tussen nu en 2032 of 2034. Voor de beroepen GG tezamen stijgt het instroomadvies fors ten opzichte van de laatste raming van 2018 maar ook vergeleken met het tussentijds advies dat het Capaciteitsorgaan in 2020 heeft uitgebracht.

Aanzienlijke tekorten

Lange wachtlijsten bij vooral de gespecialiseerde GGZ maar ook andere sectoren, stijgende loonkosten en meer inhuur van personeel niet in loondienst: het zijn tekenen van een toenemende schaarste aan beroepsbeoefenaren. Aangegeven wordt dat er aanzienlijk meer beroepsbeoefenaren nodig zijn in de beroepen GG dan nu en in het verleden het geval was. Het aantal vacatures is gestegen ondanks dat sinds 2018 het aantal GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz is toegenomen; bij de GZ-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog met 18% tot 21% sinds 2018. Het aantal klinisch psychologen en verslavingsartsen KNMG is licht afgenomen wat de tekorten daar nog wat verder doet oplopen.

Verder toenemende zorgvraag

Duidelijk zichtbaar is dus dat de totale vraag naar zorg geleverd door de beroepen GG steeds verder blijft toenemen. Enerzijds komt dit vanuit de patiënten, die steeds makkelijker en vaker hulp zoeken: dit zou men destigmatisering kunnen noemen. Daarnaast blijft de Nederlandse populatie ook steeds verder groeien, en komen er meer ouderen. Dit vraagt om meer inzet van de beroepen GG binnen de ouderenzorg voor bijvoorbeeld dementiezorg. In de ouderenzorg en andere sectoren worden patiënten als steeds complexer ervaren: per patiënt is gemiddeld meer tijd nodig. De behoefte aan verslavingszorg neemt sterk toe, door destigmatisering, maar ook door de toename van nieuwe verslavingen en de behandelingen daarvan. Ook wordt er vaker TBS opgelegd wat de vraag de beroepen GG in het forensische veld vergroot. Kinderen en jeugdigen voelen op hun beurt veel prestatiedruk en hoge verwachtingen wat zorgt voor extra vraag naar jeugdzorg. Dit wordt versterkt door meer behoefte van ouders aan extra diagnostiek.

Anderzijds verandert ook de organisatie en de inhoud van de zorg. Door hogere kwaliteitseisen en prikkels vanuit de financiering wordt steeds vaker gekozen hoogopgeleide beroepsbeoefenaren in te zetten. Zo zorgen het Zorgprestatiemodel en het Landelijk Kwaliteitsstatuut ervoor dat de invulling van het regiebehandelaarschap verandert en daarmee vaak ook de inkoopseisen: dit verhoogt de vraag naar gespecialiseerde behandelaars. Ook kwaliteitsstandaarden en regelgeving als de Wet zorg en dwang en Wet verplichte ggz zorgen voor extra inzet van de beroepen GG.

Van digitale zorg, vooral in de vorm van ehealth als aanvulling op de bestaande behandeling, wordt verwacht dat dit voor lichte efficiencywinst kan zorgen. Ook wordt er gewerkt aan meer samenwerking, zowel tussen verschillende sectoren binnen de zorg, maar ook tussen zorg en andere delen van de publieke sector zoals het sociale domein. De behoefte aan geestelijke gezondheidszorg verspreidt, verplaatst en verbreedt zich hiermee. Dit gaat gepaard met frictie. Daarbij speelt bovendien de vraag van afbakening van de verschillende beroepsgroepen onderling (wie is waarvan?) en op een ander niveau de vraag wat zorg is en hoe deze verzorgd (en bekostigd) moet worden. Denk bijvoorbeeld aan armoedebestrijding door het meer betrekken van het sociale domein. Dit kan een belangrijke preventieve rol hebben, net als aanpak van de prestatiedruk in het onderwijs of het bevorderen van de sociale cohesie in een wijk. Initiatieven als de Nieuwe GGZ sluiten hier ook op aan en willen de aandoening en behandeling veel meer normaliseren en integreren in het dagelijks leven, met meer regionale samenwerking en groepsbenaderingen bijvoorbeeld via ecommunities. Het zijn ontwikkelingen die op zichzelf staand de vraag naar de beroepen GG mogelijk kunnen doen afnemen in de toekomst, maar daar is nu nog geen sprake van.

Veld en overheid beamen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat beperkingen van de zorgvraag nodig zijn gelet op onder andere de huidige en aankomende demografische en financiële druk en de algemene krapte op de arbeidsmarkt. Hoewel de meeste data en informatie voor deze raming is verzameld vóór sluiting van dit akkoord is in de eerder opgehaalde informatie al wel de geest van het IZA zichtbaar. Onder andere de thema's van een versterkte triage aan de voorkant, samenwerking binnen en tussen zorgdomeinen en het sociaal domein komen in deze raming terug. Tegelijkertijd is het IZA, zoals de minister van VWS zelf ook schrijft in de aanbestedingsbrief van het IZA, een werkagenda. De grote lijnen van dit plan voor vernieuwing van de zorg zijn zichtbaar maar concrete uitwerking van veel aspecten van het IZA dient nog te gebeuren. Anders gezegd: de groeibeperking is nog niet gerealiseerd. Als dit lukt, wijzigt ook de context van dit advies.

Instroomadviezen

De afgelopen jaren is veel discussie geweest over de rol van de masterpsycholoog in verhouding tot de GZ-psycholoog, onder andere ook binnen het programma APV. Voor dit Capaciteitsplan zijn beroepsbeoefenaren, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevraagd naar de gewenste verhouding en inzet van de masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Er is weliswaar sprake van variatie tussen de verschillende sectoren, maar het is evident dat vooral in de sector GGZ de wens bestaat om een aanzienlijk deel van masterpsychologen, die nu het werk doen van de GZ-psycholoog, op te leiden tot GZ-psycholoog. Dit is een ommezwaai vergeleken met de raming van de GZ-psycholoog uit 2018 en zorgt voor een forse stijging van het advies voor de *GZ-psycholoog*, tot 1.885. Daarbij wordt een tienjarige evenwichtsperiode geadviseerd. Dit leidt tot het sneller inlopen van de huidige gegroeide hoge onvervulde vraag in de diverse sectoren en is haalbaar vanwege het voldoende grote

opleidingsreservoir van masterpsychologen die potentieel kunnen instromen. Daartoe dient wel de huidige opleidingscapaciteit uitgebreid te worden naar het niveau dat vanaf 2024 nodig is al dan niet in de vorm van sectoroverstijgende samenwerkingsverbanden. De wens om de verticale substitutie van taken van masterpsychologen, die nu het werk van een GZ-psycholoog doen, naar GZ-psychologen, leidt tot een duidelijk verhoogd instroomadvies voor de eerste jaren na 2024 maar zal dalen zodra deze groep klaar is met de opleiding.

Het advies voor de *psychotherapeut* is, vergeleken met 2020, iets gestegen doordat de krimp verschuiving richting de klinisch psycholoog niet langer wordt aangegeven, mogelijk in het kader van de samenvoeging van de beroepen. Daarnaast zal de uitstroom door pensionering de komende jaren hoog zijn. Uitgaande van een tienjarige evenwichtsperiode komt het voorkeursadvies op 171 instromers per jaar.

Voor de *klinisch psycholoog* is het advies lager dan in 2020, door een minder grote verwachte groei. Het huidig instroomadvies, dat uitgaat van een tienjarige evenwichtsperiode, is 249. Dat is nog ruim hoger dan de aantallen instromers in de laatste jaren. Door de te lage instroom is het aantal klinisch psychologen sinds 2018 ook licht gedaald.

Voor de *klinisch neuropsycholoog* is het advies van 26 instromers hoger dan de raming van 2018, en iets lager dan de tussentijdse bijstelling in 2020. Bij de klinisch neuropsycholoog zijn momenteel grote tekorten, al is de beroepsgroep de afgelopen jaren fors gegroeid. De komende jaren zal die groei aanhouden onder andere vanwege veranderingen in de demografie.

De *verpleegkundig specialist ggz* blijft een groeiend beroep dat nog steeds taken blijft overnemen van andere beroepsgroepen, onder andere van psychiaters. Het advies voor de verpleegkundig specialisten ggz gaat hiermee ook iets omhoog. Wel wordt daarbij een bandbreedte geadviseerd van 248 tot 279 met een voorkeur voor 248 instroomplaatsen. De bandbreedte is er omdat de haalbaarheid van het instroomadvies afhankelijk is van de uitbouw van stage- en opleidingsplaatsen in de praktijk. De bandbreedte en de adviezen gelden voor de instroom in zowel de tweejarige als driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz.

Ook voor de *verslavingsarts KNMG* geldt een instroomadvies met een bandbreedte door onzekerheid rondom de benodigde uitbreiding van de opleidingscapaciteit. Deze is nodig omdat de verslavingsartsen KNMG een beroep is waar de vraag fors naar stijgt door de sterk groeiende behoefte aan verslavingszorg. De bandbreedte komt uit op 33-38 instroomplaatsen met een voorkeur voor een jaarlijkse instroom van 33.

Nieuwe psychologische beroepenstructuur

De psychologische beroepenstructuur zal per 2025 vereenvoudigd worden. Relevant voor de raming is de samenvoeging van de GZ-psycholoog en de K&J psycholoog NIP tot de GZ-psycholoog generalist en daarnaast het nieuwe samengevoegde beroep van klinisch psycholoog – psychotherapeut. Hoewel de profielen van de nieuwe beroepen nog niet bekend zijn, wordt in dit plan al wel

vooruitgeblikt op wat de impact van de samenvoegingen kan zijn voor de benodigde instroom in de opleidingen tot de twee nieuwe beroepen. In onderstaande tabel staan de voorkeursadviezen daartoe.

	Bandbreedte	Voorkeursadvies	Evenwichtsjaar
GZ-psycholoog generalist	geen	1.993	2032
Klinisch psycholoog-psychotherapeut	geen	420	2032

1 Inleiding

1.1 Doelstelling

Dit Capaciteitsplan bevat adviezen voor de instroom in de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz en verslavingsarts KNMG. Het advies geldt vanaf 2024 en moet leiden tot een evenwicht tussen zorgaanbod en zorgvraag. De instroomadviezen worden uitgebracht op verzoek van de minister van VWS.

1.2 Methoden

Om tot een instroomadvies te komen, moeten drie kernvragen beantwoord worden:

1. Hoeveel fte per beroep zijn er nodig over 10-12 jaar?
2. Hoeveel fte per beroep zijn er beschikbaar over 10-12 jaar?
3. Hoeveel extra personen moeten er worden opgeleid om het gat tussen 1. en 2. te dichten?

Voor de beantwoording van deze vragen zijn diverse bronnen geraadpleegd en onderzoeken uitgevoerd:

- Delphi-sessies (zes sessies, 65 genodigden), begeleid door SiRM;
- Expertinterviews (netwerkgesprekken met 63 personen)
- Uitvraag onder ongeveer 600 zorgaanbieders via eigen applicatie van Duodeka;
- Deskresearch (rapporten, adviezen, kamerstukken, jaarverslagen et cetera);
- Onderzoek naar het zorgaanbod door Nivel;
- Eigen onderzoeken naar demografische en epidemiologische parameters.

Met de onderzoeksresultaten zijn parameterwaarden vastgesteld die met behulp van een rekenmodel leiden tot een instroomadvies voor elk beroep. Het overzicht van alle parameterwaarden zoals ze zijn ingevoerd staat in Bijlage 1¹.

¹ Het rekenmodel is voor het laatst in 2020 geëvalueerd, dit keer door SEO, "Evaluatie ramingsmodel Capaciteitsorgaan", 2020.

2 Huidige situatie

2.1 De beroepen

Dit hoofdstuk beschrijft kort de werkzaamheden van de zes beroepen GG: de gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), de psychotherapeut, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de verslavingsarts KNMG.

2.1.1 GZ-psycholoog

Het beroep bestaat officieel sinds 1998 met opname in artikel 3 van de wet BIG. Tot het gebied van deskundigheid van de GZ-psycholoog wordt gerekend: het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan en ook het toepassen van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand². De GZ-psycholoog is de psycholoog-generalist in de gezondheidszorg. Tot het takenpakket van de GZ-psycholoog behoren diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van uiteenlopende psychische aandoeningen, variërend van enkelvoudig tot matig complex. De behandelingen die hij uitvoert zijn doorgaans relatief kortdurend en klachtgericht, maar kunnen in voorkomende gevallen ook meer beslaan. Het grootste deel van de behandelingen is in protocollen en richtlijnen beschreven³. Het bijbehorende repertoire van behandelmethoden is gebaseerd op de wetenschapsgebieden van de orthopedagogiek en psychologie.

2.1.2 Psychotherapeut

Sinds 1998 is het beroep binnen de wet BIG, artikel 3, erkend en is de titel psychotherapeut beschermd. De psychotherapeut richt zich heel specifiek op de psychotherapeutische behandeling van psychische problematiek die de ontwikkeling en/of het functioneren van de patiënt belemmert. Tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut wordt gerekend: het onderzoeken en het volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, om deze te doen verdwijnen of te verminderen⁴. De problematiek kan in de persoonlijkheid van de patiënt geworteld zijn en/of sterk verweven zijn met diens relationele context. De problematiek die een psychotherapeut behandelt, onderscheidt zich van enkelvoudige, recent ontstane psychische en psychosociale problemen die in de eerste lijn met begeleiding of behandeling door bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog in een beperkt aantal sessies zijn op te lossen. Ook de psychiater en de klinisch psycholoog zijn wettelijk bevoegd tot het behandelen van patiënten door middel van psychotherapie. Psychiaters en klinisch psychologen beheersen de psychotherapie als 'facetdeskundigheid', als onderdeel van een breder beroepsprofiel⁵.

2.1.3 Klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog is een specialist binnen de gezondheidszorgpsychologie. De primaire expertise van de klinisch psycholoog is de diagnostiek en behandeling van complexe en/of minder vaak voorkomende, meervoudige psychische aandoeningen die meerdere domeinen van het functioneren

² Art. 25 Wet BIG, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-01>, (geraadpleegd op 31-10-2022).

³ NIP en NVGzP, "De gz-psycholoog. Beroepsprofiel", 2020.

⁴ Art. 27 Wet BIG, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-01> (geraadpleegd op 31-10-2022).

⁵ NVP, "Beroepsprofiel psychotherapeut", 2007

kunnen betreffen. De klinisch psycholoog is een scientist-practitioner, die in staat is wetenschappelijke kennis te vertalen naar de praktijk en op wetenschappelijke wijze kan reflecteren op zijn werk. De opleiding tot klinisch psycholoog omvat onder meer de opleiding tot psychotherapeut. Op basis hiervan hebben klinisch psychologen de mogelijkheid om zich ook te laten registreren als psychotherapeut⁶.

2.1.4 Klinisch neuropsycholoog

Naast de klinisch psycholoog is de klinisch neuropsycholoog het tweede specialisme binnen de gezondheidszorgpsychologie. De klinisch neuropsycholoog is gespecialiseerd in aangeboren (bijvoorbeeld door genetische aandoeningen) of verworven (bijvoorbeeld door hersentrauma door ziekte of ongeluk) aandoeningen van het brein en de gevolgen daarvan voor cognitieve processen, emotieregulatie en gedrag. De klinisch neuropsycholoog combineert als scientist-practitioner onderzoek en de ontwikkeling en verspreiding van nieuwe kennis en beleid, management en innovatie in de zorg⁷

2.1.5 Verpleegkundig specialist ggz

De verpleegkundig specialist ggz is erkend als specialisme in de wet BIG (art. 14)⁸. Tot het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist ggz wordt gerekend: het zelfstandig verrichten van verpleegkundige en medische diagnostiek en daaruit voortvloeiende behandeling, begeleiding en ondersteuning van zorgvragers met psychische klachten en/of psychiatrische stoornissen. De behandeling door de verpleegkundig specialist ggz richt zich primair op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen, in het (inter-) persoonlijk functioneren binnen complexe zorgsituaties. Wanneer ook andere beroepsbeoefenaren bij de hulpverlening betrokken zijn, kan de verpleegkundig specialist ggz verantwoordelijkheid voor de integraliteit en coördinatie van het behandelproces dragen. De verpleegkundig specialist ggz is dan het eerste aanspreekpunt voor alle betrokkenen, waaronder de zorgvrager en diens naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Als dit voor de integrale behandeling van de zorgvrager van belang is, vindt een vorm van taakherschikking plaats. Hierbij integreert de verpleegkundig specialist ggz medisch-psychiatrische behandelvormen zoals het voorschrijven van UR-geneesmiddelen en ook psychotherapeutische behandelvormen. Voortdurende aandacht voor preventie van psychische klachten en psychiatrische stoornissen, medicalisering en stigmatisering (vanuit zorgvrager, hulpverlening en samenleving) is noodzakelijk. De verpleegkundig specialist ggz is kundig en inzetbaar op het gehele terrein van de GGZ, maar ook in de algemene gezondheidszorg als psychische klachten en psychiatrische stoornissen een rol spelen bij de hulpvraag. De behandeling binnen het aandachts- en expertisegebied vindt plaats binnen een divers behandel-spectrum⁹.

De verpleegkundig specialist wordt opgeleid via een duaal programma aan een van de negen hogescholen in Nederland (tweejarige opleiding) of aan de Opleidingsinstelling GGZ-VS (driejarige opleiding). De opleidingen heten Master Advanced Nursing Practice (MANP)¹⁰. Het instroomadvies dat in

⁶ NIP en NVGzP, "De klinisch psycholoog. Beroepsprofiel", 2020.

⁷ NIP en NVGzP, "De klinisch neuropsycholoog. Beroepsprofiel", 2020.

⁸ Naast de verpleegkundig specialist ggz met specialisme GGZ is er na een herstructurering vanaf 2021 ook de verpleegkundig specialist met het specialisme algemene gezondheidszorg (AGZ). Zie Staatscourant 2020, 62422 voor de nieuwe Regeling. De VS AGZ wordt eveneens door het Capaciteitsorgaan geraamd en valt onder een andere Kamer.

⁹ V&VN, "Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist", 2019.

¹⁰ LOO MANP, "Landelijk opleidingsprofiel van de opleiding tot verpleegkundig specialist", 2020.

dit rapport staat, heeft betrekking op alle verpleegkundig specialisten ggz ongeacht hoe ze opgeleid worden.

2.1.6 Verslavingsarts KNMG

De verslavingsgeneeskunde richt zich op het deelgebied van de geneeskunde dat zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook de zogenaamde gedragsverslavingen als pathologisch gokken, eetverslaving, koopverslaving, seksverslaving, gamen en internetgebruik zonder controle¹¹. De verslavingsarts KNMG valt onder de groep basisartsen en is als zodanig opgenomen in artikel 3 van de wet BIG. Wel is de verslavingsarts KNMG een zogeheten profiel en is het door de KNMG geregistreerd als dienstmerk. Daardoor wordt de titel van verslavingsarts KNMG toch beschermd en kunnen alleen artsen die in het profielregister van de KNMG staan ingeschreven rechtmatig de daarbij behorende titel voeren.

2.2 Overzicht aangrenzende beroepen en functies

De zes beroepen geestelijke gezondheid staan in dit Capaciteitsplan centraal en worden ook geraamd. De zes groepen beroepsbeoefenaren werken in de praktijk nauw samen met beroepsbeoefenaren in aangrenzende beroepen en functies: een deel daarvan wordt niet geraamd. Het Capaciteitsorgaan bepaalt niet zelf welke beroepen ze wel of niet raamt. Dit wordt primair bepaald door het ministerie van VWS in samenspraak met de relevante beroeps- en brancheverenigingen.

Deze paragraaf bevat een beknopte beschrijving van deze aangrenzende beroepen en functies, waarmee wellicht gedeeltelijke substitutie van taken kan plaatsvinden, nu of in de toekomst. Het betreft geen volledige opsomming.

Allereerst de **huisarts**¹². De huisarts is het eerste aanspreekpunt is voor mensen met psychische klachten¹³. Een deel van de patiënten moet doorverwezen worden naar de GGZ. Daarbij lopen huisartsen aan tegen de wachtlijsten in de sector GGZ¹⁴. Een ander deel van de patiënten krijgt zorg in de huisartsenpraktijk voor behandeling van patiënten met veelvoorkomende psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek, binnen de huisartsgeneeskundige kaders. Dit gebeurt door de huisarts zelf of door de **Praktijkondersteuner Huisarts (POH-GGZ)**¹⁵. Inmiddels heeft meer dan 81% van de huisartspraktijken een POH-GGZ¹⁶. De functie van POH-ggz wordt ingevuld door diverse beroepsgroepen, waaronder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (44%), verpleegkundigen (28%), masterpsychologen (20%), maatschappelijk werkers (13%), HBO B-verpleegkundigen (10%) en verpleegkundig specialist ggz (3%)¹⁷.

¹¹ College Geneeskundige Specialismen, “Besluit Verslavingsgeneeskunde” (2012, gewijzigd in 2019).

¹² De huisarts is een geneeskundig specialist, ingeschreven in de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De huisarts wordt eveneens door het Capaciteitsorgaan geraamd en valt onder een andere Kamer.

¹³ KNMG, “Medisch profielenboek: onderdeel Huisartsgeneeskunde”.

¹⁴ Zie voor de probleembeschrijving en aanpak van deze wachtlijsten de “Ontwikkelagenda Toegankelijkheid en wachttijden ggz 2022” uit 2022, opgesteld door een brede coalitie van veldpartijen uit de eerste lijn, de ggz en het sociaal domein, samen met zorgverzekeraars.

¹⁵ POH-GGZ, “Functie- & competentieprofiel ‘Praktijkondersteuner huisarts GGZ’, 2020.

¹⁶ Nivel, “De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit”, 2021.

¹⁷ Percentages zijn ontleend aan Trimbos-instituut & Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ), “Functie POH-GGZ | Successfactoren en verbeterpunten”, 2021. Het totaal in de opsomming telt op tot meer dan 100% omdat sommige POH's-GGZ meerdere opleidingen hebben gevolgd.

Een andere aangrenzende beroepsgroep is de **psychiater**¹⁸. Dit is een arts die zich na de studie geneeskunde verder heeft gespecialiseerd in het geneeskundige specialisme psychiatrie en richt zich op de integratie van biologische, sociale en emotionele problemen. De psychiater werkt daarbij zowel met de therapeutische relatie als technieken die de verstoring opheffen, of de gevolgen daarvan verzachten. Daarnaast maakt de psychiater ook gebruik van psychofarmacologische behandelingen¹⁹. Een deel van de psychiaters heeft ook een registratie als psychotherapeut, mede omdat degenen die bij van kracht worden van het Besluit Psychotherapeut (1 april 1998) een registratie hadden als psychiater of in opleiding waren tot psychiater het recht hadden (en hebben) zich óók te registreren in het BIG-register als psychotherapeut. Tegenwoordig kunnen psychiaters zich na hun opleiding alleen als psychotherapeut laten registreren door een beroep te doen op de overgangsregeling voor psychiaters. Er gelden specifieke eisen.

Eveneens een aangrenzende functie is die van de **Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)**. Dit is een verpleegkundige die zich richt op patiëntenzorg en op systemen met ernstige psychiatrische en/of psychische problematiek²⁰. De SPV'er is inzetbaar op het gebied van eclectische therapeutische activiteiten, zorgcoördinatie, crisisinterventie, systeembenadering, in beginsel voor alle doelgroepen. Daarnaast beschikt de SPV'er over vaardigheden op het gebied van coaching en consultatie. Hiermee is de SPV'er een gespecialiseerde verpleegkundige binnen de verpleegkunde conform artikel 3 van de wet BIG en dus geen verpleegkundig specialist ggz. Het merendeel van de SPV's is werkzaam bij ggz-instellingen bijvoorbeeld in het Fact. Daarnaast zijn zij onder andere actief als POH-ggz binnen huisartsenpraktijken, bij politie en justitie, binnen de verslavingszorg en binnen sociale wijkteams.

Ook zijn er nog **verschillende groepen behandelend artsen** die relatief vaak te maken hebben met patiënten met psychische klachten²¹. In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn dit de artsen verstandelijk gehandicapten, in de ouderenzorg de specialisten ouderengeneeskunde, in de verslavingszorg de verslavingsartsen en in de ziekenhuissector onder meer revalidatieartsen, kinderartsen en klinisch geriateren. Ook zijn veel basisartsen werkzaam in de sector GGZ: sinds 2013 is rond de 7-8% van de basisartsen werkzaam in de sector GGZ²².

In het Kwaliteitsregister Jeugd²³ zijn de registraties **kinder- en jeugdpsycholoog NIP (K&J-psycholoog)** en **orthopedagoog-generalist** als gelijkwaardig aan het niveau van dat van de GZ-psycholoog opgenomen. Zij zijn net als de GZ-psycholoog bekwaam om als zelfstandig behandelaar te werken in de zorg, diagnostiek en behandeling. Voor de K&J-psycholoog geldt dat deze naar verwachting 2025

¹⁸ De psychiater is een geneeskundig specialist, ingeschreven in de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De psychiater wordt eveneens door het Capaciteitsorgaan geraamd en valt onder een andere Kamer.

¹⁹ KNMG, "Medisch profielenboek: onderdeel Psychiatrie".

²⁰ V&VN-SPV, "Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige", 2014.

²¹ Dit kunnen ook 'basisartsen' zijn zonder verdere specialisatie. Het Capaciteitsorgaan raamt wel voor deze beroepsgroepen, maar deze raming valt niet onder de beroepen Geestelijke Gezondheid. Ook adviseert het Capaciteitsorgaan over de instroom in de opleiding geneeskunde.

²² Nivel, "Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Resultaten van de peiling in 2022", 2022.

²³ Voor jeugdhulp is de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd ingericht. Volgens de Jeugdwet moeten aanbieders van jeugdhulp verantwoorde hulp bieden door het inzetten van beroepsbeoefenaren die geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Jeugd of het BIG-register, tenzij zij aannemelijk kunnen maken dat het inzetten van een niet-geregistreerde niet ten koste gaat van de kwaliteit. In dit register worden alle werkenden in de jeugdhulp (met hbo-niveau of hoger) geregistreerd. Dit zijn bijvoorbeeld jeugdzorgwerkers, (master)psychologen, master-(ortho)pedagogen en kinder- en jeugdpsychologen.

opgaat in het nieuwe basisberoep GZ-psycholoog generalist (zie ook paragraaf 3.3). De **orthopedagoog-generalist** is sinds 2020 opgenomen als artikel 3-beroep in de wet BIG²⁴.

Verder werkt een groot aantal **masterpsychologen**, geestelijk gezondheidkundigen (masters Mental Health) en **(ortho)pedagogen** in de gezondheidszorg. Zij werken in de jeugdhulp (inclusief jeugd-ggz), de jeugdgezondheidszorg, (jong)volwassenen ggz, volwassenen ggz, gehandicaptenzorg (lichamelijk, zintuigelijk en verstandelijk), onderwijs, forensische zorg, ouderenzorg en in de functie van POH-ggz in de huisartsenpraktijk. Daarnaast zijn masterpsychologen werkzaam in de revalidatie, verslavingszorg, of op het gebied van arbeid en gezondheid. Masterpsychologen en (ortho)pedagogen verrichten in deze werkvelden soortgelijke taken. Zij zijn doorgaans behandelaren als het gaat om zorg, diagnostiek en behandeling in de hierboven genoemde werkvelden. Over de inzet van masterpsychologen, die nu het werk van de GZ-psycholoog doen, maar niet als zodanig zijn geregistreerd speelt een bredere discussie welke in paragraaf 4.6.4 bij verticale substitutie wordt toegelicht.

De **ggz-agogen**, zoals sociaal pedagogisch dienstverleners en maatschappelijk werkers, nemen een belangrijk deel van de hulpverlening aan patiënten met psychische problematiek voor hun rekening. De ggz-agoog biedt contextuele hulpverlening, wat betekent dat de ggz-agoog cliënten behandelt, ondersteunt en begeleidt in de dynamiek tussen individu en samenleving bij het herstellen van een psychische aandoening en het (weer) integreren in de samenleving²⁵.

Ook de groep **vaktherapeuten** mag hier zeker niet onvermeld blijven. Vaktherapeuten bieden ervaringsgerichte therapievormen welke onder andere in de Generieke Module Vaktherapie worden toegelicht²⁶. Net als bij de ggz-agogen worden ook deze functies over het algemeen ingevuld door niet BIG-geregistreerde beroepsgroepen. Tot de vaktherapeuten worden de beeldend therapeut, danstherapeut, dramatherapeut, muziektherapeut, psychomotorisch therapeut, psychomotorisch kindertherapeut en speltherapeut gerekend.

Met hun zorgaanbod werken de ggz-agogen en de vaktherapeuten veelal met vergelijkbare patiëntengroepen als de beroepen uit dit advies en werken daar ook nauw mee samen.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

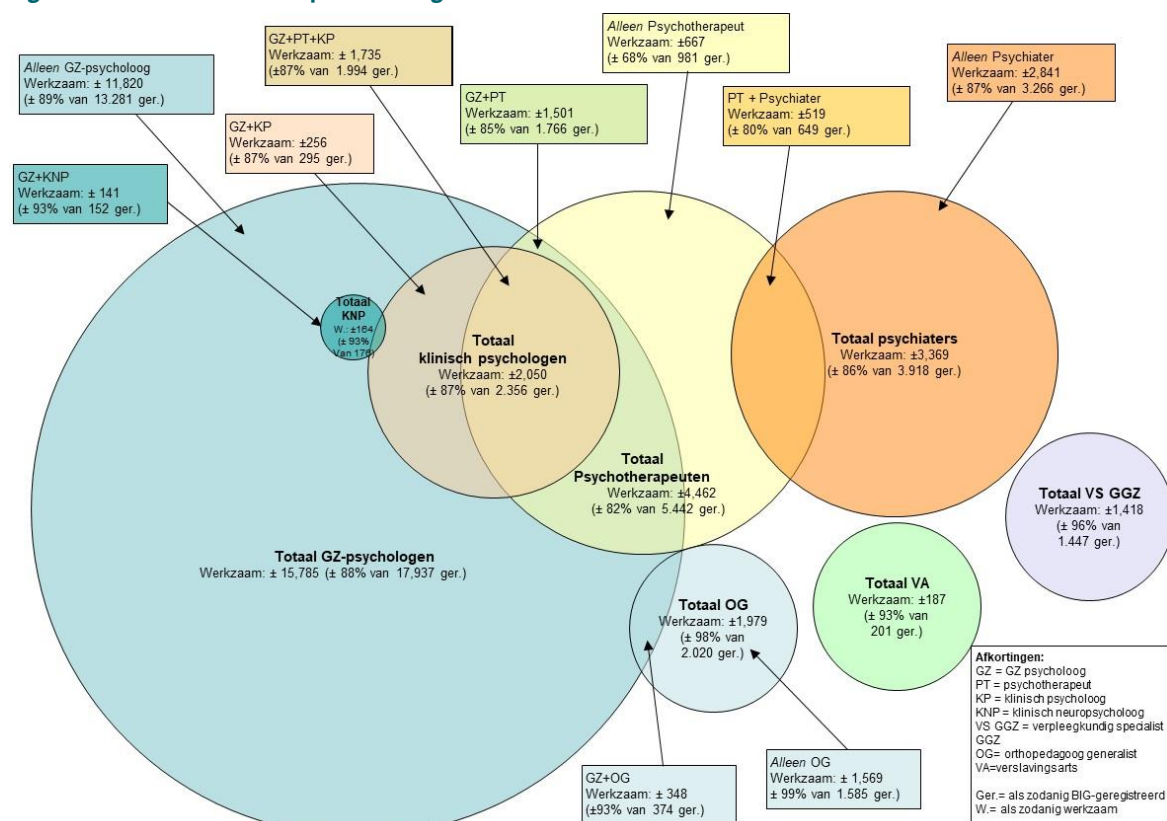
Zowel in de aard van de werkzaamheden als in de registraties van de beroepen GG bestaat overlap. Deze overlap wordt zichtbaar in Figuur 1 op de volgende pagina waarin de aantallen geregistreerden en het aantal werkzamen staan. Vanzelfsprekend is er overlap in registraties tussen de klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en GZ-psychologen, omdat een registratie in dat laatste beroep een vereiste is voor de eerste twee. Voor het eerst is ook de orthopedagoog-generalist meegenomen in het Venn-diagram: 19% van hen heeft ook een registratie als GZ-psycholoog.

²⁴ De orthopedagoog-generalist behoort (vooralsnog) niet tot de beroepen die het Capaciteitsorgaan raamt.

²⁵ Movisie, "ggz Agoog beroepscompetentieprofiel HBO", 2012.

²⁶ Akwa GGZ, "Generieke Module Vaktherapie", 2018.

Figuur 1: Aantal werkzamen per soort registratie



2.4 Aantal werkzame beroepsbeoefenaren

De afgelopen tien tot twaalf jaar is het aantal GZ-psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten ggz fors gegroeid. Dit is echter niet of nauwelijks het geval voor de klinisch psychologen, de psychotherapeuten en de verslavingsartsen KNMG. Dit is zowel te zien bij het aantal BIG-geregistreerden als bij het aantal werkzamen in Figuur 2.

De vergelijkbaarheid door de tijd wordt wel beperkt door de herregistratie-eis voor GZ-psychologen en psychotherapeuten van 1 januari 2017²⁷. Hierdoor zijn een aanzienlijk aantal BIG-registraties verwijderd, wat te zien is in de forse daling van 2016 op 2017.

Tot 2020 zijn er cijfers beschikbaar vanuit CBS statline²⁸, voor 2022 is dit gebaseerd op het onderzoek van het Nivel naar het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2022²⁹. De verslavingsarts KNMG valt zoals aangegeven publiekrechtelijk onder de artikel 3 Wet BIG geregistreerde basisartsen, dus hiervoor zijn cijfers vanuit de RGS gebruikt³⁰.

²⁷ Zie <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/nieuwsbrieven/mei-2017/terugblik-herregistratie-2016> voor een terugblik op de herregistratie 2016.

²⁸ CBS Statline: Medisch geschoolden; specialime, arbeidspositie, leeftijd, woonregio. [StatLine - Medisch geschoolden; specialime, arbeidspositie, leeftijd, woonregio \(cbs.nl\)](https://statline.cbs.nl)

²⁹ Nivel, "Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid", 2022.

³⁰ Het CBS maakt geen onderscheid tussen basisartsen en verslavingsartsen KNMG.

Figuur 2: Aantal geregistreerden en werkzamen

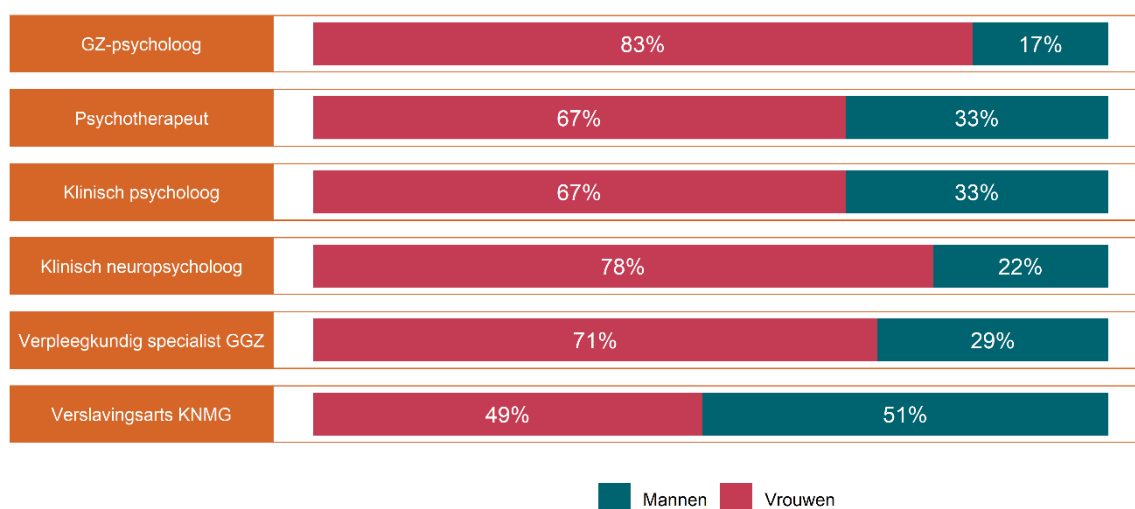


Tabel 2: Deeltijdfactor naar geslacht

	Gemiddeld aantal fte mannen	Gemiddeld aantal fte vrouwen
GZ-psycholoog	0,72	0,66
Psychotherapeut	0,65	0,56
Klinisch psycholoog	0,70	0,70
Klinisch neuropsycholoog	1,08	0,90
Verpleegkundig specialist ggz	0,99	0,93
Verslavingsarts KNMG	0,96	0,95

Figuur 3 toont het aandeel mannen en vrouwen per beroep. Behalve voor de verslavingsartsen KNMG zijn de vrouwen ver in de meerderheid. Mannen kiezen er wel relatief iets vaker voor om zich te specialiseren.

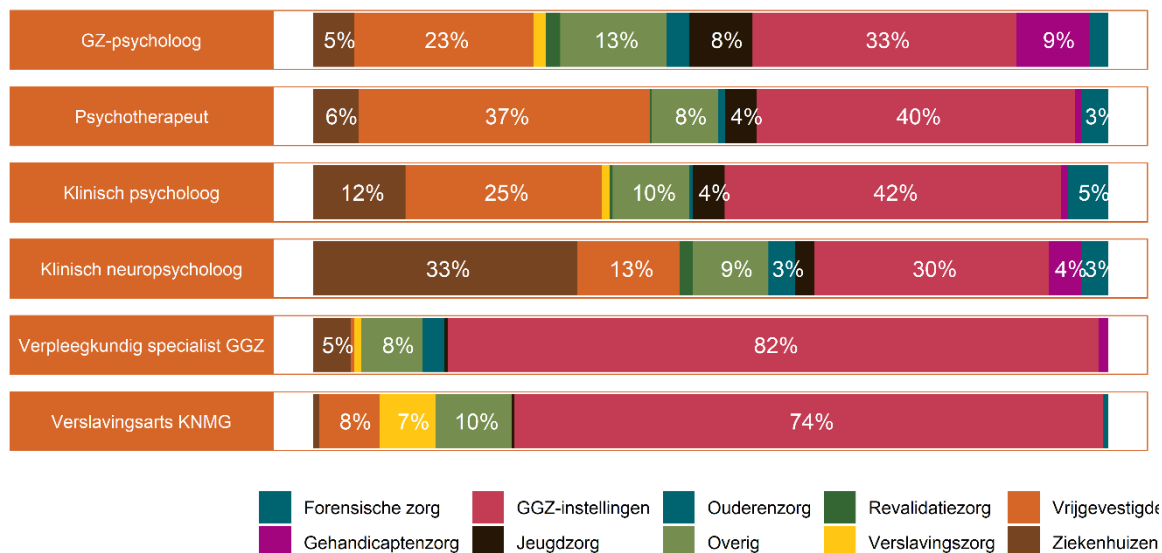
Figuur 3: Geslacht



2.5 Sectoren

De beroepen GG zijn door de gehele zorg werkzaam in vrijwel alle sectoren. Figuur 4 geeft per beroep een inschatting van de verdeling van het aantal werkzame fte naar sector. Bij de GGZ-instellingen zijn over het algemeen de meeste beroepsbeoefenaren werkzaam. Van de verpleegkundig specialisten ggz en de verslavingsartsen KNMG is hier zelfs de overgrote meerderheid werkzaam. Klinisch neuropsychologen werken daarentegen het meest in ziekenhuizen, en psychotherapeuten werken relatief vaak als vrijgevestigde.

Figuur 4: Aandeel werkzame fte per beroep per sector



De sector 'Overig' ligt voor alle beroepen tussen de 8% en 13% en bestaat uit huisartsenpraktijken, Arbobegeleiding en re-integratie-bedrijven en gezondheidscentra.

De sectorverdeling is gebaseerd op de standaard bedrijfsindeling van het CBS. Door middel van deze SBI-codes kunnen beroepsbeoefenaren gekoppeld worden aan een sector. Binnen de SBI-codes kan geen onderscheid gemaakt worden tussen de GGZ-instellingen, de forensische zorg en verslavingszorg. Om hier toch onderscheid tussen te maken is gekeken naar de verdeling wat betreft respondenten vanuit de vragenlijst onder beroepsbeoefenaren, uitgevoerd door het Nivel. Door de vele kleine aanbieders binnen de jeugdzorg is het daarnaast moeilijk onderscheid te maken tussen de vrijgevestigden en de jeugdzorg. De weging van de jeugdsector is daarom opgehoogd op basis van de weging van de vragenlijst onder beroepsbeoefenaren, wat geminderd is op de weging van de vrijgevestigden, voor de GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten. Het aantal personen per sector is vervolgens omgerekend naar fte per sector door middel van de gemiddelde fte per sector vanuit de vragenlijst onder zorgaanbieders³¹.

De sectorverdeling wordt gebruikt binnen de raming om de groei van de verschillende sectoren te wegen. De groeifactoren zoals demografie, epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkelingen en werkproces worden namelijk per sector los ingeschat, wat tot een landelijk cijfer gewogen moet worden (zie hiervoor hoofdstuk 4).

Buiten de raming zal de sectorverdeling waarschijnlijk ook gebruikt gaan worden binnen de verdeling van de opleidingsplaatsen voor de beroepen GG (behalve de verslavingsarts KNMG) door TOP opleidingsplaatsen, als onderdeel van de 'toewijzingscriteria korte termijn'.

Door de strengere Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) moest voor bepaling van de omvang van de sectoren een andere aanpak gekozen worden. Voorheen kon een steekproef

³¹ Nivel, 'Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid in 2022', juni 2022, tabel 18.

getrokken worden uit het BIG-register en beroepsbeoefenaren rechtstreeks om deelname gevraagd worden. Nu moest via allerlei betrokken organisaties in nieuwsbrieven aandacht gevraagd worden voor deelname aan het onderzoek. Hierdoor kan een bepaalde bias zijn ontstaan en zijn de resultaten niet goed vergelijkbaar met de vorige onderzoeken: de mate waarin is niet te objectiveren. Opgemerkt moet worden dat de grenzen tussen sectoren ook met de SBI niet altijd even goed te trekken zijn. Een GGZ-instelling kan binnen verschillende sectoren actief zijn: combinaties van jeugdzorg, verslaving, forensisch komen bijvoorbeeld voor. Ook de grens tussen een vrijgevestigde praktijk met personeel en een GGZ-instelling is niet altijd scherp te trekken. De basis voor de aanpak die nu gekozen is, CBS -data en indeling op basis van de SBI, is evenwel een aanpak die ook in de toekomst het best bruikbaar blijft.

2.6 Onvervulde vraag

De tekorten op de arbeidsmarkt zijn ook voor de beroepen GG zichtbaar. Zowel zorginstellingen als beroepsbeoefenaren geven in de onderzoeken die op hen gericht waren aan dat er forse tekorten zijn. De tekorten uiten zich in veel openstaande vacatures, wachtlijsten en stijgende loonkosten door meer inhuur van personeel en een sterkere positie van beroepsbeoefenaren bij salarisonderhandelingen.

Het extra nadeel hierbij is dat ook zorginhoudelijk voor patiënten ongelijkheid ontstaat. In het onderzoek “Geen plek voor grote problemen” geeft de Algemene Rekenkamer aan dat vooral een groep patiënten met zware psychische problemen te lang op behandeling moet wachten³². Dit wordt onder andere veroorzaakt door financiële prikkels die het voor zorgaanbieders aantrekkelijk maken zich te richten op patiënten met minder zware problematiek. Daarnaast geven zorginstellingen en beroepsbeoefenaren aan dat er vooral bij de geïntegreerde GGZ-instellingen tekorten zijn, waar de patiënten met een zwaardere zorgvraag juist op zijn aangewezen.

De primaire bron voor de onvervulde vraag in het onderzoek onder zorgaanbieders. Alle zorgaanbieders konden aangeven hoeveel vacatures er waren van bepaalde typen:

1. Reguliere vacatures: Zolang er niemand is geworven worden bepaalde werkzaamheden niet uitgevoerd, er ontstaan (te lange) wachtlijsten.
2. Vacatures om ZZP of PNIL te vervangen: het doel is iemand in vaste dienst te krijgen.
3. Vacatures om niet juist gekwalificeerd personeel te vervangen. Bijvoorbeeld, u heeft masterpsychologen in dienst, maar u zou een GZ-psycholoog willen aannemen als deze beschikbaar zou zijn. U heeft dus een vacature voor de GZ-psycholoog. Werk wordt wel uitgevoerd maar eigenlijk door niet juist gekwalificeerd personeel. Professionals in opleiding, zoals PloG's, tellen hierbij niet mee.

Het ging hierbij zowel om gepubliceerde als ongepubliceerde vacatures. Voor het bepalen van de onvervulde vraag zijn alleen de reguliere vacatures meegenomen. De informatie over vacatures om niet juist gekwalificeerd personeel te vervangen is gebruikt bij de inschatting van de substitutie parameters.

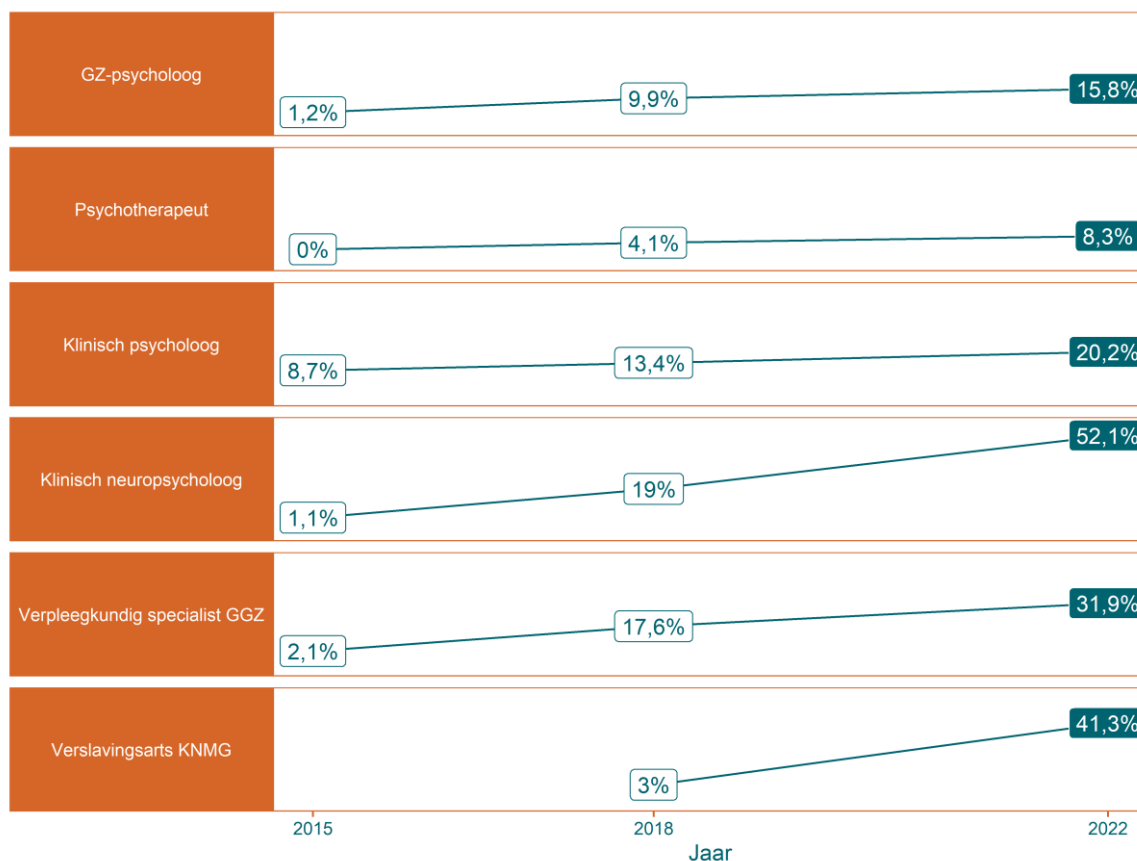
De onvervulde vraag is verzameld per sector en vervolgens gewogen naar een landelijk totaalcijfer.

³² Algemene Rekenkamer, ‘Geen plek voor grote problemen’, juni 2020.

Van de uitkomsten uit het zorgaanbiedersonderzoek is een frictiewerkloosheidsafslag gedaan van 1 tot 3%. De grootte hiervan is gebaseerd op het onderzoek onder beroepsbeoefenaren, cijfers over wachtlijsten en cijfers over aantallen online vacatures. Voor ieder beroep gaf ongeveer 90% van de beroepsbeoefenaren die meededen aan het onderzoek ook aan dat er (veel of iets) te weinig beroepsbeoefenaren waren. Ook de wachttijden lijken licht toe te nemen. De online vacatureaantallen stijgen over de jaren, al is het afgelopen jaar voor de meeste beroepen een lichte daling te zien.

In Figuur 5 wordt de trend van de onvervulde vraag getoond. De inschatting van de onvervulde vraag ligt aanzienlijk hoger dan voorgaande jaren, wat aangeeft dat er grotere tekorten ervaren worden.

Figuur 5: Onvervulde vraag



3 Toekomstige veranderingen zorgaanbod

3.1 Uitstroom

Ieder jaar stromen er beroepsbeoefenaren uit door bijvoorbeeld pensionering, het gaan uitoefenen van een ander beroep, ziekte of overlijden. De toekomstige uitstroom wordt ingeschat door de historische kans dat iemand van een bepaalde leeftijd uitstroom op de huidige samenstelling van de beroepsgroep te projecteren. Niet voor alle beroepen konden de uitstroomkansen op deze wijze worden berekend. Dit komt doordat de instelling (registratie) van deze beroepen nog te kort geleden is, of de beroepsgroep te klein is, om betrouwbare uitstroomkansen te kunnen berekenen. Daarom is de uitstroom van vergelijkbare beroepsgroepen gebruikt:

- Voor de klinisch neuropsycholoog zijn de uitstroomkansen van de klinisch psycholoog gebruikt.
- Voor de verpleegkundig specialist ggz zijn de uitstroomkansen van de GZ-psycholoog gebruikt.
- Voor de verslavingsartsen KNMG zijn de uitstroomkansen van de specialist ouderengeneeskunde gebruikt.

Figuur 6 toont de verwachte uitstroom na een bepaald aantal jaar. De verwachte uitstroom ligt hoger voor mannen, voornamelijk doordat deze gemiddeld ouder zijn. De hoge uitstroom voor de psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen betekent dat een groot deel van deze beroepsgroep de komende jaren vervangen dient te worden.

Figuur 6: Uitstroom uit de beroepen GG



Het externe rendement geeft aan welk deel van de pas afgestudeerden na een bepaald aantal jaar nog de registratie heeft en werkzaam is. Dit is ingeschat op basis van twee bronnen, welke worden gemiddeld:

- Historische CBS-cijfers over welk deel van de jonge beroepsbeoefenaren na een aantal jaar nog werkzaam waren in dat beroep. Dit levert een retrospectieve inschatting op.
- Vragenlijst onder beroepsbeoefenaren: hierin wordt de vraag gesteld tot welke leeftijd diegene van plan is in het beroep te blijven werken. Op basis hiervan wordt een prospectieve inschatting gemaakt van het externe rendement.

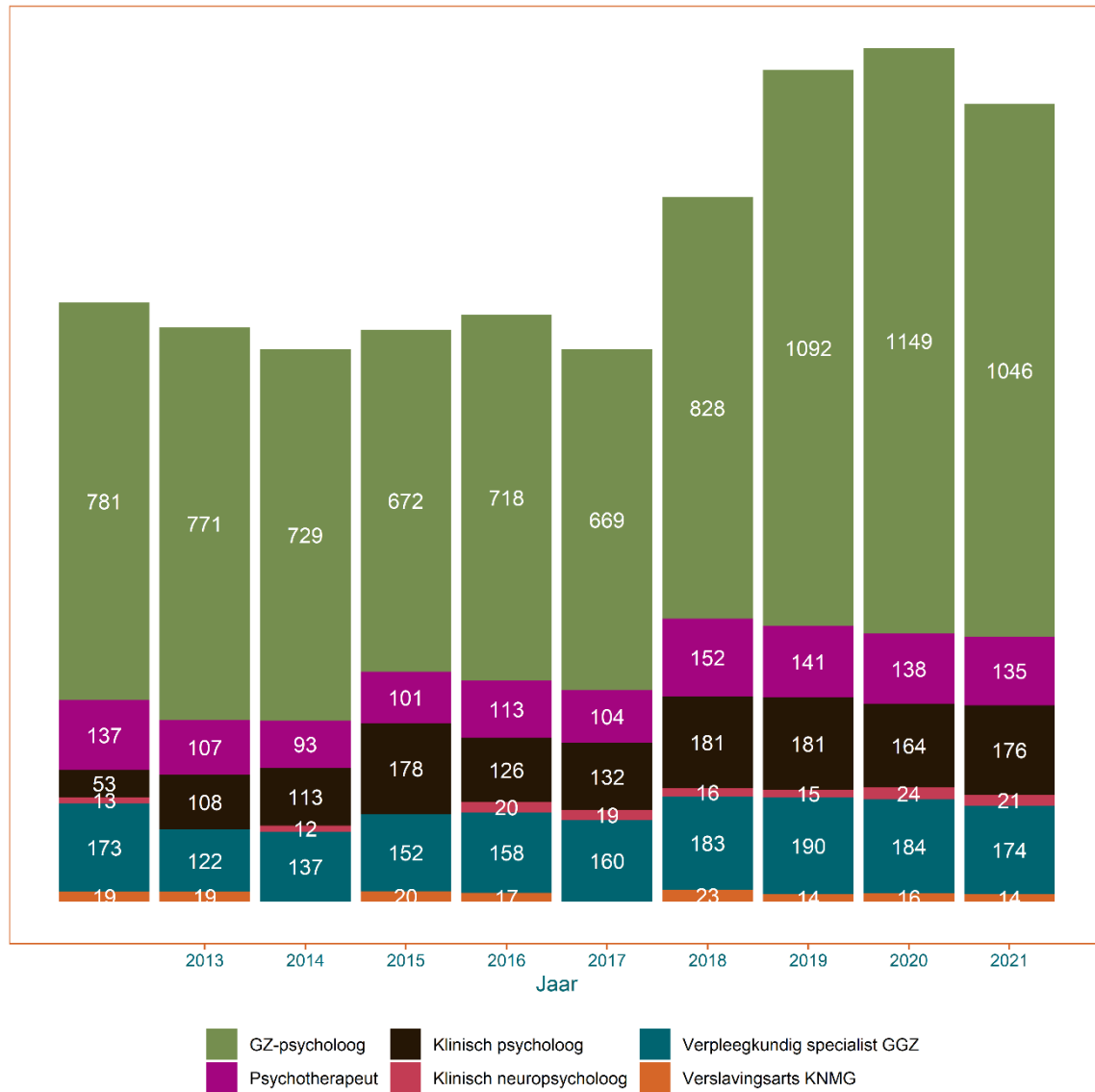
Figuur 7: Extern rendement



3.2 Opleidingen

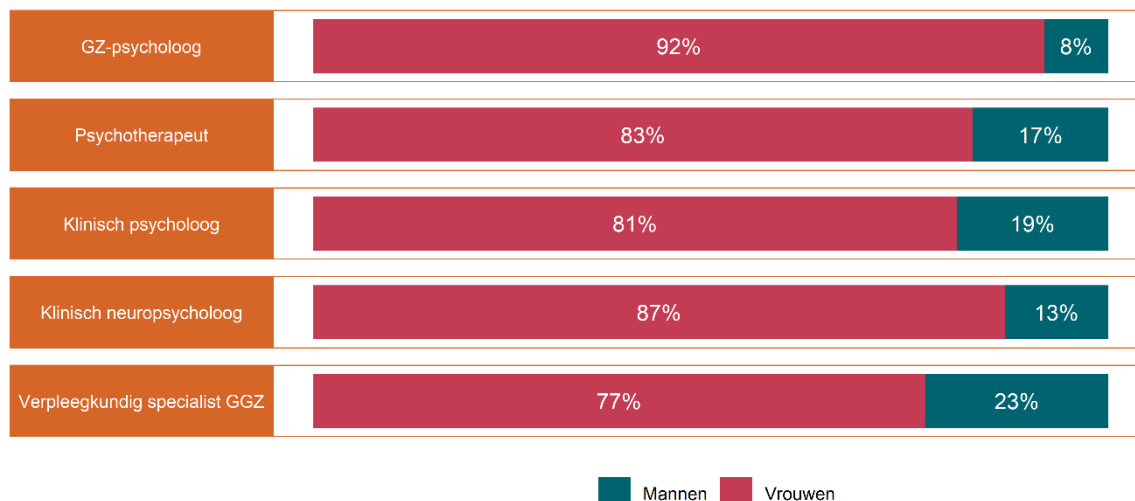
De totale instroom in de opleidingen voor de beroepen GG is de afgelopen jaren toegenomen, zoals te zien is in Figuur 8. Voor de GZ-psycholoog wordt de afgelopen jaren meer opgeleid dan is geadviseerd en beschikbaar is gesteld. Een aanzienlijk deel wordt dus onbeschikt, dat wil zeggen zonder beschikbaarheidsbijdrage, opgeleid.

Figuur 8: Instroom in opleidingen



Het overgrote deel van de nieuwe instromers in de opleidingen is vrouw. Dit betekent dat als deze trend doorzet de beroepsgroepen voor een (nog groter) deel uit vrouwen gaan bestaan.

Figuur 9: Geslacht personen in opleiding



Het interne rendement voor de opleidingen tot de psychologische beroepsgroepen blijft onverminderd hoog. Dit betekent dat het overgrote deel van degenen die starten met de opleidingen deze ook afmaken. Voor de verpleegkundig specialist ggz en verslavingsarts KNMG zijn de interne rendementen veel lager.

Tabel 3: Kenmerken opleidingen

Beroep	Intern rendement	Opleidingsduur
GZ-psycholoog	99%	2,2 jaar
Psychotherapeut	98%	3,5 jaar
Klinisch psycholoog	98%	4,1 jaar
Klinisch neuropsycholoog	93%	4,3 jaar
Verpleegkundig specialist GGZ	81%	2,6 jaar
Verslavingsarts KNMG	86%	2,2 jaar

Er wordt uitgegaan van de feitelijke opleidingsduur, de gemiddelde tijd tussen start en afstuderen. Dit kan afwijken van de nominale opleidingsduur door vertragingen of versnellingen door bijvoorbeeld een verkort traject. Bij de opleidingsduur wordt geen rekening gehouden met eventuele vereiste vooropleidingen. Ook zegt de opleidingsduur niets over de studielast, aangezien opleidingen in variërende deeltijdpercentages kunnen worden gevolgd.

3.3 Nieuwe beroepenstructuur psychologen en psychotherapeuten

Door de betrokken beroepsverenigingen NIP, NVGzP en NVP is een nieuwe psychologische beroepenstructuur opgesteld. Voor de raming is met name de samenvoeging van twee keer twee beroepsgroepen relevant omdat meerdere parameters in het rekenmodel hierdoor worden beïnvloed en hierdoor ook andere instroomadviezen ontstaan:

- Samenvoeging K&J-psycholoog NIP en GZ-psycholoog: het advies beroepenstructuur psychologische zorg adviseert om één breed basisberoep te hanteren: de gezondheidszorgpsycholoog

generalist (GZ-psycholoog generalist, een artikel 3-beroep in de wet BIG). Hierin worden de beroepen GZ-psycholoog en K&J-psycholoog (K&J) samengevoegd.

- Combineren psychotherapeut en klinisch psycholoog: de GZ-psycholoog generalist kan zich volgens het advies op twee manieren verder specialiseren tot een artikel 14- beroep in de wet BIG: tot klinisch psycholoog-psychotherapeut (KP-psychotherapeut) of tot klinisch neuropsycholoog (KNP). Het specialisme KP-psychotherapeut combineert het huidige specialisme KP en het huidige artikel 3-beroep psychotherapeut.

Het ministerie van VWS heeft besloten om de psychologische beroepenstructuur per 2025 in de Wet BIG te vereenvoudigen³³. De nieuwe situatie valt dus binnen de komende ramingsperiode. Gewoonlijk worden dit type ontwikkelingen waarbij nog grote onzekerheid is over de inhoud ervan, niet meegenomen in een raming. Tegelijkertijd gaat het over twee relevante ontwikkelingen die, op basis van aannames, voorlopig te modelleren zijn³⁴. Daarom is gekozen om een eerste proefberekening te maken van wat de instroomadviezen voor de nieuwe beroepen GZ-psycholoog generalist en klinisch psycholoog-psychotherapeut zouden zijn. Deze proefberekeningen zijn echter geen onderdeel van de formele instroomadviezen van dit plan. De proefberekeningen staan in bijlage 2. Het ligt voor de hand dat zodra meer bekend is over de definitieve invulling van met name het nieuwe beroep van klinisch psycholoog-psychotherapeut de berekeningen aangepast moeten worden.

³³ Ministerie van VWS, “Kamerbrief over wijziging structuur postacademische beroepen psychologische zorg”, 7-11-2022.

³⁴ Onder andere het rapport van het Nivel “De verwachte instroom in het ‘nieuwe’ beroep van gz-psycholoog generalist en de klinisch psycholoogpsychotherapeut. Een verkennende schatting” (november 2021) biedt aanknopingspunten.

4 De toekomstige zorgvraag en werkproces

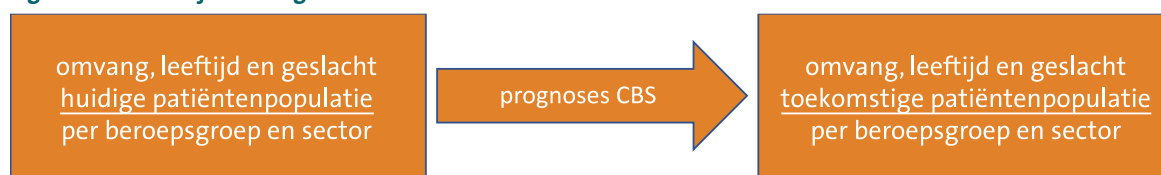
4.1 Inleiding

De toekomstige behoefte aan zorg, oftewel de zorgvraag, bepaalt de toekomstige behoefte aan beroepsbeoefenaren. De toekomstige zorgvraag wordt door meerdere factoren beïnvloed. Het gaat onder andere om ontwikkelingen op demografisch, epidemiologisch en sociaal-cultureel vlak maar ook om ontwikkelingen rondom de arbeidstijd. Daarnaast wordt de toekomstige zorgvraag beïnvloed door aspecten van het werkproces zoals vakinhoud, efficiency en substitutie; ze beïnvloeden de mate waarin beroepsbeoefenaren zich kunnen wijden aan de patiënt. De wijze waarop de toekomstige zorgvraag en werkproces zich ontwikkelen, worden in dit hoofdstuk besproken.

4.2 Demografie

Demografie gaat om de toekomstige omvang en samenstelling van de Nederlandse bevolking. Wanneer de bevolking groeit neemt, ceteris paribus, de zorgvraag, en dus de behoefte aan beroepsbeoefenaren toe³⁵. Ook de verdeling van leeftijdscategorieën en geslacht bepaalt de toekomstige behoefte aan zorg: een vergrijsde bevolking vraagt om anders opgeleide beroepsbeoefenaren dan een jeugdige bevolking. Beroepsbeoefenaren bedienen dus elk een bepaalde patiëntenpopulatie qua leeftijd en geslacht. In Figuur 10 staat dit grafisch weergegeven.

Figuur 10: werkwijze demografie



Bij de beroepen GG dient bovendien rekening gehouden te worden met de kenmerken van de patiëntenpopulatie per sector. Uiteindelijk worden de waarden per beroepsgroep, per sector gewogen op basis van de inzet van de beroepen om tot een enkel cijfer te komen voor de mutatie door demografische ontwikkelingen³⁶.

De Nederlandse bevolking groeit

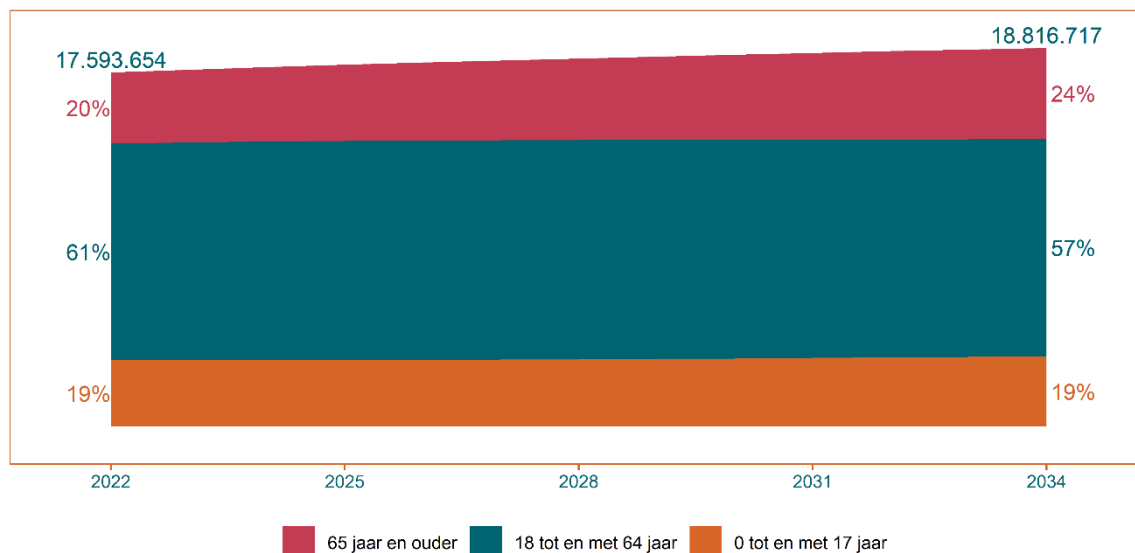
Het CBS verwacht in haar meest recente kernprognose 2021-2070 dat de Nederlandse bevolking de komende 10 jaar met iets meer dan een miljoen personen zal groeien³⁷. Dit komt voornamelijk door migratie en een verder stijgende levensduur. In de figuur hieronder staat de demografische ontwikkeling tot 2034 volgens het CBS, voor de cohorten tot 18 jaar, tot 65 jaar en 65 jaar en ouder.

³⁵ Dit betekent niet dat per definitie bij een groeiende bevolking ook altijd de behoefte aan beroepsbeoefenaren toeneemt. Bijvoorbeeld wijzigingen in het zorgstelsel kunnen juist de behoefte aan zorg afremmen. Dit wordt dan vervat in andere parameters in het rekenmodel.

³⁶ Zie paragraaf 2.5 voor de sectorweging.

³⁷ Prognose: bevolkingsgroei trekt weer aan (<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2021/50/kernprognose-2021-2070>)

Figuur 11: demografische ontwikkeling 2022-2034



Parameterwaarden demografie

In Tabel 4 staan de parameterwaarden voor de demografische ontwikkelingen.

Tabel 4: parameterwaarden demografische ontwikkelingen raming 2022

	2027	2032	2037	2042
GZ-psycholoog	2,7%	4,1%	5,2%	6,5%
Psychotherapeut	2,6%	3,5%	3,8%	4,3%
Klinisch Psycholoog	2,6%	3,4%	3,8%	4,3%
Klinisch Neuropsycholoog	3,7%	6,0%	7,7%	9,2%
Verpleegkundig Specialist GGZ	3,1%	4,8%	5,9%	7,1%
Verslavingsarts KNMG	1,8%	2,4%	2,7%	3,3%

Het percentage van 5,2% betekent dat de vraag naar GZ-psychologen in 2037 met 5,2% toe zal zijn genomen puur op basis van demografische ontwikkelingen.

Vergrijzing zorgt voor meer vraag naar GZ-psychologen en klinisch neuropsychologen

De groei door demografie is bij de GZ-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog relatief het hoogst. Dit komt doordat deze twee groepen beroepsbeoefenaren vergeleken met andere beroepen GG relatief veel ouderen tot hun patiëntenpopulatie kunnen rekenen.

Behoefte aan beroepen GG neemt zeer sterk toe in ouderensector

In Tabel 5 staan de gevolgen van demografische ontwikkelingen voor de zorgvraag per sector. Zichtbaar wordt dat de behoefte aan beroepen GG (vooral de GZ-psycholoog) in de ouderenzorg zeer sterk toeneemt. Hierbij moet opgemerkt worden de prognose ervan uitgaat dat de oudere patiënt in de toekomst evenveel behoefte heeft aan zorg als de oudere patiënt van nu. Tegelijkertijd komt de toekomstige bevolkingsgroei vooral doordat ouderen juist langer gezond blijven, later ziektes krijgen en daardoor langer leven. Het is dus plausibel dat de zorgvraag voor de oudere patiënt in de toekomst lager is dan de zorgvraag van de oudere patiënt van nu. Vooralsnog is er onvoldoende

evidentie dat dit inderdaad zo gebeurt en blijft voor deze raming het uitgangspunt dat de oudere patiënt in de toekomst evenveel behoefte heeft aan zorg als de oudere patiënt van nu.

Tabel 5: demografische ontwikkeling per sector

	2027	2032	2037	2042
Forensisch	2,8%	4,1%	4,8%	4,8%
Gehandicaptenzorg	2,3%	2,9%	2,9%	3,4%
GGZ-instelling	2,4%	2,9%	2,7%	3,0%
Jeugd	-0,8%	1,5%	6,2%	10,1%
Ouderenzorg	16,5%	36,2%	56,5%	74,1%
Revalidatie	3,2%	5,6%	7,5%	8,9%
Verslaving	2,0%	2,6%	2,8%	3,1%
Vrijgevestigd	2,4%	2,9%	2,7%	3,0%
Ziekenhuizen	4,2%	6,6%	7,8%	8,8%

Het percentage van 4,8% betekent dat in 2037 de vraag naar forensische zorg met 4,8% is toegenomen ten opzichte van de huidige vraag.

4.3 Epidemiologie

Epidemiologische ontwikkelingen hebben betrekking op het meer of minder voorkomen van bepaalde ziektes per leeftijdsgroep. Als de incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen binnen de populatie in Nederland verandert, dan verandert eveneens de behoefte aan aantal en type beroepsbeoefenaren³⁸. De historische epidemiologische trend bleek in de vorige ramingen 2013, 2015 en 2018 telkens op 0% gezet te kunnen worden. De toenmalige epidemiologische studies gaven aan dat ze geen veranderingen in de incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen verwachtten.

Sinds 2018 zijn meerdere nieuwe epidemiologische studies verschenen³⁹. In sommige van die studies wordt ook al ingegaan op de gevolgen van COVID-19. Geen van de studies komt (op dit moment) tot de conclusie dat COVID-19 gevolgen heeft voor de incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen. Daarvoor is het mogelijk nog te vroeg. Een andere moeilijkheid bij interpretatie van de diverse studies en de eventuele gevolgen voor de behoefte aan de beroepen GG is dat er verschillende termen voor het beschrijven, duiden en definiëren van de mentale gezondheid, zoals ‘psychische gezondheid’, ‘mentaal welbevinden’ of ‘emotionele problemen’ gebruikt worden. Bovendien spreken de studies zich niet uit over de vraag of voor aanpak van psychische aandoeningen altijd inzet van de Beroepen GG nodig is ook omdat lang niet altijd de DSM-criteria gebruikt worden. Niet elke psychische verslechtering of verbetering van de populatie leidt tot meer of minder behoefte aan van beroepsbeoefenaren.

³⁸ Prevalentie kijkt naar bestaande gevallen, terwijl incidentie naar nieuwe gevallen kijkt.

³⁹ Het gaat onder andere om de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM, het HSBC (Health Behaviour in School-aged Children) door het Trimbosinstituut samen met de Universiteit Utrecht en het Sociaal en Cultureel Planbureau, Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) door het Trimbosinstituut, LADIS, de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM, de Gezondheidsenquête van het CBS, de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen uitgevoerd door GGD'en in samenwerking met RIVM en CBS, de Enquête Sociale Samenhang en Welzijn door CBS, The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA-studie), de Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS) en de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19.

Het algemene beeld dat oprijst uit de diverse onderzoeken is dat stellige conclusies over epidemiologische ontwikkelingen vermeden worden. Daar komt bij dat het volgende Nemesis-onderzoek – waarvan de vorige versies zeer bruikbaar bleken bij de vorige ramingen – pas eind 2022, net na het verschijnen van de raming 2022, uitkomt⁴⁰. Voor de raming 2022 moeten we het daarom doen met de oudere Nemesis-onderzoeken: deze gaan uit van geen epidemiologische veranderingen. Uit de overige studies sinds 2018 lijkt zeer voorzichtig een opwaartse trend zichtbaar te worden, mogelijk versterkt wordt door COVID-19. Besloten is daarom in deze raming alvast toe te bewegen naar de vermoedelijk licht stijgende epidemiologische trend door de parameterwaarde epidemiologie voor de beroepen GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz vast te stellen op 0,1% per jaar. Voor de Verslavingsarts KNMG wordt de laatste waarde van 0,54% per jaar uit het richtinggevend Capaciteitsplan voor de verslavingsarts KNMG uit 2018 gehanteerd daar er geen recentere studies zijn gevonden die voldoende aanwijzingen geven om de parameter aan te passen⁴¹.

Tabel 6: parameterwaarden epidemiologie raming 2022

Beroep	Epidemiologie (% per jaar)
GZ-psycholoog	0,1%
Psychotherapeut	0,1%
Klinisch psycholoog	0,1%
Klinisch neuropsycholoog	0,1%
Verpleegkundig specialist GGZ	0,1%
Verslavingsarts KNMG	0,54%

4.4 Werkwijze sociaal-culturele en werkproces ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen zijn ontwikkelingen die (naast veranderingen in demografie en epidemiologie) de zorgvraag van patiënten kunnen beïnvloeden. Dit kan op haar beurt leiden tot een andere behoefte aan (type) beroepsbeoefenaren. Bij sociaal-culturele ontwikkelingen moet gedacht worden aan veranderende wensen en eisen vanuit maatschappij en politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg.

Bij ontwikkelingen in het werkproces gaat het om vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en substitutie. Veranderingen in het werkproces kunnen eveneens leiden tot een andere inzet van beroepsbeoefenaren.

‘Spelregels’ en aanpak

Bij het bepalen van de toekomstige zorgvraag en werkproces wordt in principe rekening gehouden met alle relevante ontwikkelingen rondom de beroepen GG zoals de experts die hebben aangedragen (zie bijlage 3 voor de experts die hebben meegedacht). Om ontwikkelingen op het terrein van sociaal-cultureel en werkproces mee te kunnen nemen, gelden een aantal voorwaarden. Het moet gaan om ontwikkelingen waarbij al begonnen moet zijn met implementatie en/of ontwikkelingen die zich al min of meer gemanifesteerd hebben. Het is bekend dat alle (veld)partijen in de zorg

⁴⁰ Zodra het nieuwe Nemesis-onderzoek verschijnt, wordt gekeken of dit aanleiding is om de parameter epidemiologie voor deze raming 2022 aan te passen. Zo nodig, kan hieruit een tussentijdse bijstelling volgen.

⁴¹ Zie Capaciteitsorgaan, “Capaciteitsplan verslavingsarts KNMG”, 2018.

ideeën hebben over ontwikkelingen die zij zeer wenselijk achten. Dergelijke ‘wensgedachten’ kunnen echter niet in een raming meegenomen worden als ze niet breed gedeeld worden en/of te onzeker zijn. Het wel meenemen van dergelijke ongewisse zaken maakt de uitkomst van een raming te onbetrouwbaar. Er moet dus ook een zekere mate van consensus zijn bij veldpartijen over (de impact van) een bepaalde ontwikkeling. Verder worden ontwikkelingen meegenomen die een significante impact hebben voor de komende 10-12 jaar. Voor input in het rekenmodel komen dus ontwikkelingen in aanmerking waar de meerderheid van het veld het over eens is dat een relevante ontwikkeling is en die bovendien al enigszins zichtbaar, impactvol is én in te schatten is. Tot slot: sommige ontwikkelingen passen inhoudelijk bij meerdere parameters. Om dubbeltellingen te voorkomen worden ze onder één label gevat, terwijl ze inhoudelijk gezien ook onder andere kopjes kunnen vallen en relevant zijn. Voor het uiteindelijke instroomadvies maakt het, behalve bij substitutie, niet uit tot welke parameter een ontwikkeling wordt gerekend⁴².

Meerdere bronnen waar mogelijk

Ook met deze ‘spelregels’ blijft de inschatting van sociaal-culturele ontwikkelingen lastig. Voor een adequate inschatting is daarom gekozen voor triangulatie waar mogelijk. Meerdere bronnen worden met elkaar vergeleken en er wordt beoordeeld of de relevante bronnen de impact van een ontwikkeling ongeveer hetzelfde inschatten. Bronnen waaruit geput is zijn: zes Delphi-sessies (vergelijkbaar met expertbijeenkomsten) met totaal 46 experts uit het veld, netwerkgesprekken/interviews met 57 experts en vele gesprekken met leden van de Kamer. Bij het uitnodigingsbeleid is telkens de tripartite indeling van het Capaciteitsorgaan als uitgangspunt gebruikt. Bij het onderzoek naar relevante ontwikkelingen in de Delphi-sessies heeft het Capaciteitsorgaan SiRM ingeschakeld⁴³. Daarnaast is ook volop geput uit zogeheten grijze literatuur (rapporten, beleidsstukken, kranten et cetera), stukken van het ministerie van VWS, verslagen van de Tweede Kamer, relevante websites en dergelijke. Veel van de informatie die verzameld is in de diverse onderzoeken die het Capaciteitsorgaan heeft uitgezet is eveneens gebruikt voor vaststelling van de parameterwaarden.

Verschillende ontwikkelingen met soms verschillende impact en doorlooptijd per sector

De beroepen GG zijn werkzaam in meerdere sectoren. Per sector en per beroep doen zich andere ontwikkelingen voor die bovendien ook per sector een andere impact kunnen hebben. Daarom zijn er ook per sector en per beroep separate parameterwaarden vastgesteld. Daar komt nog bij dat de impact van sommige ontwikkelingen volgens de experts varieert per jaar, dat wil zeggen niet gelijk is gedurende de gehele evenwichtsperiode.

Uiteindelijk zijn de verschillende waarden gewogen op basis van de inzet van de beroepen per sector om tot een enkel cijfer te komen voor de mutatie door sociaal-culturele en werkproces ontwikkelingen⁴⁴. In de hoofdtekst hieronder worden de relevante ontwikkelingen per sector per beroep beschreven.

⁴² Zie SiRM, “Raming van vraag naar GG-beroepen. De verwachte impact van (beleids-)ontwikkelingen” (2022) bijlage 5 voor de volledige lijst met genoemde en/of besproken ontwikkelingen.

⁴³ Zie SiRM (2022) voor de volledige verslaglegging van de Delphi-sessies. De paragrafen 4.4 t/m 4.6 zijn voor een groot deel gebaseerd op dit rapport.

⁴⁴ Zie paragraaf 4.6.1 voor de sectorweging.

4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Zoals eerder aangegeven kunnen ontwikkelingen per sector en per beroep verschillen en bovendien per sector ook een andere impact hebben op de toekomstige vraag naar een beroepsgroep⁴⁵.

GGZ-instellingen en vrijevestigde ggz-instellingen

Het **ZPM** is een nieuw bekostigingsmodel waarbij de oude prestaties in de basis-GGZ en de DB(B)C's en zorgzwaartepakketten (ZZP) vervangen worden door zorgprestaties. Het ZPM onderscheidt enerzijds twee rollen voor behandelaars (indicerend en coördinerend) en anderzijds vier soorten prestaties (consulten (inclusief groepsconsulten, verblijfsdagen, toeslagen op consulten en verblijfsdagen en tot slot overige prestaties). De specifieke combinaties tussen behandelaar en prestatie bepaalt het tarief. Elke beroepsbeoefenaar gaat eigen tijd schrijven, waarbij ook de tarieven per beroepsgroep en setting gedifferentieerd zijn. De inzet van een beroepsbeoefenaar valt dus niet meer onder een DBC. Daarnaast kunnen niet alle beroepsbeoefenaren declarabele tijd schrijven.

Verwacht wordt dat de vraag naar meer gespecialiseerde behandelaars door de prikkels in het ZPM in de forensische zorg en bij GGZ-instellingen zal groeien de komende jaren. De sterkste toename zit bij de **psychotherapeuten** en **klinisch psychologen** en in mindere mate de vraag naar de **verpleegkundig specialist ggz** en **GZ-psycholoog**. De **klinisch neuropsycholoog** ondervindt minder impact omdat het ZPM nauwelijks prikkelt tot meer inzet van klinisch neuropsychologen in de diagnostiek. Het ZPM heeft vergeleken met de impact op de GGZ-instellingen minder impact op de vraag naar de **psychotherapeut**, **klinisch psycholoog** en **verpleegkundig specialist ggz** in de vrijevestigde setting. Dit komt doordat de inzet van deze behandelaars bij vrijevestigden relatief al hoger is.

De toename in de vraag naar beroepen GG door de prikkels in het ZPM bij de GGZ-instellingen en vrijevestigden geldt alleen voor de eerste 5 jaar na 2022. Verwacht wordt dat de nieuwe verdeling van de inzet van beroepen door prikkels in het ZPM dan min of meer uitgekristalliseerd is. Bovendien is de verwachting dat de NZa dan een deel van de 'kinderziekten' heeft weggenomen. Tot slot dient nog wel opgemerkt te worden dat het ZPM pas per 2022 is ingevoerd. Dit maakt de inschatting van de concrete gevolgen van het ZPM voor de behoefte aan beroepsbeoefenaren lastiger⁴⁶.

De impact van het LKS is sterk afhankelijk van de vraag of de **GZ-psycholoog** ook indicierend regiebehandelaar wordt in categorie B (situaties met hoogcomplex problematiek en een laagcomplex zorgaanbod)⁴⁷. Als alleen de specialistische beroepen indicierend regiebehandelaar kunnen zijn, stijgt de vraag naar die beroepen en zou dat een vorm van verticale substitutie zijn (zie daarvoor paragraaf 4.6.4). Dit is echter te onzeker en in de vaststelling van de parameterwaarden is geen rekening gehouden met veranderingen door het LKS.

Hoewel het in september 2022 gesloten **Integraal Zorgakkoord (IZA)** nog concreet uitgewerkt moet worden is al wel duidelijk dat overheid en veldpartijen het eens zijn dat de toename van de vraag naar ggz en dus ook naar de beroepen GG afgevlakt zal worden. In het IZA is voor de sector GGZ en

⁴⁵ Soms zijn de sociaal-culturele ontwikkelingen in verschillende sectoren wel vergelijkbaar. In dat soort gevallen worden deze sectoren gezamenlijk besproken. Verder dient opgemerkt te worden dat vooruitlopend op de samenvoeging van de beroepen psychotherapeut en klinisch psycholoog bij veel ontwikkelingen voor beide beroepen dezelfde waarden geldt.

⁴⁶ Ook is er een nauwe relatie met het ZPM en de zorgvraagtypering die daar een onderdeel van moet worden. Ook daarvan zijn de gevolgen te ongewis. Zie voor het ZPM: NZa en veldpartijen, "Invoering zorgprestatiemodel in de ggz en fz", 27-10-2021.

⁴⁷ Zie het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ zoals dat staat ingeschreven in het Register kwaliteitsinstrumenten van het Zorginstituut Nederland, <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>

de ziekenhuizen een beperking van de volumegroei van het macrokader afgesproken: voor 2023 geldt nog een toegestane groei van 1%, welke met 0,2 procentpunten per jaar moet afnemen tot een jaarlijkse toegestane volumegroei van 0,4%. Dit kan niet anders dan ook effect hebben op de aantallen beroepen GG in die sectoren. Overigens is beperking van de volumegroei van de GGZ volgens het IZA niet alleen financieel gemotiveerd maar heeft het ook een inhoudelijke achtergrond (zie ook de bespreking van de GGZ-instellingen in paragraaf 4.6.1 over vakinhoudelijke ontwikkelingen)⁴⁸. Experts geven dit eveneens aan: niet alle instroom is wenselijk en nodig en bepaalde zorg zou niet per se in het verzekerde pakket te hoeven zitten. Mogelijk wordt de aanpak van dit soort instroom met het nieuwe ZPM al makkelijker zulks in tegenstelling tot het oude DBC-systeem, dat soms overbehandeling stimuleerde⁴⁹ en het voor GGZ-instellingen en vrijevestigden aantrekkelijk maakte om zich vooral te richten op patiënten met minder zware problemen⁵⁰. Een van de manieren om de beperking van de volumegroei uit het IZA te beperken is door **afbakening van het verzekerde pakket**. Mocht dit inderdaad zo uitpakken dan is het afhankelijk van de specifieke afbakening, naar welke beroepen GG de vraag zal afnemen. Hoe dit exact uitpakt is op dit moment te ongewis en daarom niet meegenomen.

Destigmatisering leidt de komende jaren tot een lichte toename in de vraag naar beroepen GG voor vooral vrijevestigden. De drempel om psychologische hulp te zoeken wordt lager, waardoor de zorgvraag toeneemt. De meeste experts verwachten dat deze impact met name voor vrijevestigden sterker is dan zorgvraag-reducerende ontwikkelingen (zoals normalisering en de Nieuwe ggz, zie daarvoor verder paragraaf 4.6.1),

Forensische zorg (FZ)

Het **ZPM** wordt ook ingevoerd voor de FZ: specifiek gaat het in de FZ om toename van de vraag naar de **psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog**. Wel is de impact van het ZPM minder dan bij de GGZ-instellingen.

Voor de forensische zorg wordt verder verwacht dat de **toename van opleggingen van de maatregel terbeschikkingstelling (tbs)** van de laatste jaren aanhoudt⁵¹. Er zijn veel wachtenden in Penitentiair Psychiatrisch Centra (PPC's) voor beoordelingen. In de praktijk zal dit vooral leiden tot meer vraag naar sociotherapeuten maar ook een beperkte toename (+1%) van de vraag naar de **GGZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog** tot gevolg hebben.

Jeugdzorg

De jeugdzorg is een lastig te doorgronden deel van de zorg omdat landelijke bronnen over ontwikkelingen in zorgaanbod en zorgvraag ontbreken en de variatie van jeugdzorg door gemeentelijke verantwoordelijkheid groot is. Wat volgens de experts duidelijk is dat de behoefte aan beroepen GG in de jeugdzorg groot blijft, voor een deel overigens ook te compenseren voor de grote uitstroom. Voor de **GGZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist ggz** werkzaam in de jeugdzorg verwachten de experts daarom een groei in de komende 5 jaar die daarna licht

⁴⁸ Integraal Zorgakkoord, "Samen werken aan gezonde zorg", september 2022, pag. 70.

⁴⁹ Advies NZa, 'Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen', (maart 2020) bij de uitwerking van het Zorgprestatie-model.

⁵⁰ Algemene Rekenkamer (2020).

⁵¹ TBS Nederland, "Cijfers en Bijzonderheden 2021", pag.6. Zie ook <https://www.fivoor.nl/nieuws/tbs-nederland-publiceert-cijfers-en-bijzonderheden-2021/>

afzwakt. Deze groei wordt veroorzaakt door verschillende ontwikkelingen, waarvan de **toenemende prestatiedruk** bij kinderen en jongeren de belangrijkste is. Aan de andere kant gaan ook meer geluiden op over **normalisering** (of demedicalisering) van somberheidsklachten bij kinderen en jongvolwassenen wat de vraag naar behandelen in de jeugdzorg wat doet afnemen⁵². Ook **gemeentelijke bezuinigingen** temperen de toename van de vraag naar de beroepen GG in de jeugdzorg.

Ouderen- en gehandicaptenzorg

De **toename van de complexiteit en verzwaring van ouderen- en gehandicaptenzorg** zorgen voor een grotere behoefte aan beroepen GG in die sectoren. Dit komt onder meer door de blijvende trend van ambulantisering in de ouderenzorg. De gemiddelde zorgzwaarte van patiënten in vooral ouderenzorginstellingen neemt daardoor toe, wat de behandeling complexer maakt. Behandeling thuis is logistiek gezien bovendien minder efficiënt wat de vraag naar behandelen licht stuwt. Voor de ouderenzorg komt dit neer op een grote toename van de vraag de komende vijf jaar naar de **GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog** en de **verpleegkundig specialist ggz**⁵³. Daarna zal de groei licht afzakken.

De grotere complexiteit en verzwaring van zorg geldt ook voor de gehandicaptenzorg maar dan wel in mindere mate. Het betreft in de gehandicaptenzorg de beroepen **GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist ggz**. Dat de gehandicaptenzorg minder toename van de vraag verwacht komt doordat de capaciteit in de ouderenzorginstellingen beperkter is en blijft en er ook beleidsmatig sterk op ingezet wordt dat ouderen langer thuis moeten blijven wonen. De zorg voor ouderen in ouderenzorginstellingen is hierdoor zwaarder dan die voor gehandicapten die moeten verblijven in gehandicaptenzorginstellingen.

Een andere ontwikkeling die speelt in zowel de ouderen- en gehandicaptenzorg is het **verder benutten van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)**. Verwijzingen naar de GZSP kan alleen door BIG-geregistreerde regiebehandelaren. Naast de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten gaat dat in de ouderen- en gehandicaptenzorg vooral om de **GZ-psycholoog**. De mate van impact van de GZSP op de vraag naar de beroepen GG is wel sterk afhankelijk van de mate waarin de gehanteerde tarieven voldoende toereikend zijn om de kosten te dekken: in het IZA staat de afspraak dat er meer groei mogelijk moet zijn in de eerstelijnszorg, waaronder dus de GZSP⁵⁴.

Verslavingszorg

In de verslavingszorg wordt een sterke toename in de vraag naar alle beroepen GG verwacht met uitzondering van de klinisch neuropsycholoog. Vooral de vraag naar de **verslavingsarts KNMG** neemt fors toe. Dit geldt vooral voor de komende vijf jaar, daarna zal de vraag naar **verslavingsarts KNMG** wat afzakken zo is de verwachting. Dit komt vooral door **destigmatisering** en de **toename van (behandelingen van) nieuwe verslavingen** met een hogere zorgzwaarte zoals bijvoorbeeld blijkt uit de

⁵² Zie bijvoorbeeld • Van Dijk Eva L et al., "Sick or Sad? A Qualitative Study on How Dutch GPs Deal With Sadness Complaints Among Young Adults", in Frontiers in Sociology, 2022.

⁵³ Zie bijvoorbeeld het Werkgeversonderzoek 2022 uitgevoerd in het kader van de raming door het Capaciteitsorgaan van de PA/VS. De vraag naar de verpleegkundig specialist ggz in de ouderenzorg is weliswaar zeer hoog maar dit komt doordat er nog maar zeer weinig verpleegkundig specialisten ggz werkzaam zijn in die sector.

⁵⁴ Integraal Zorgakkoord (2022), p.17.

Nationale Drug Monitor⁵⁵. De ontwikkelingen gelden ook voor de **verslavingsartsen KNMG** die werken in ggz-instellingen en in de vrijgevestigde ggz-setting waar ook veel verslavingszorg wordt verzorgd.

Ziekenhuis- en revalidatiezorg

De **toename van de complexiteit en verzwarende van zorg** geldt ook voor de ziekenhuis- en revalidatiezorg. Een deel van de impact van deze ontwikkeling wordt al 'gepakt' door demografie en epidemiologie. De impact voor de beroepen GG ten gevolge hiervan blijft daarom beperkt. De vraag naar beroepen GG in de ziekenhuizen- en revalidatiezorg zal ook toenemen door **destigmatisering**. Medisch specialisten zullen hierdoor naar verwachting sneller **de beroepen GG** inschakelen. Dit geldt niet voor de **psychotherapeut** omdat deze nauwelijks werkzaam is in deze sectoren.

Parameterwaarden sociaal-culturele ontwikkelingen

In Tabel 7 staan de gewogen parameterwaarden voor de impact van sociaal-culturele ontwikkelingen over alle sectoren heen gebaseerd op de sectorweging (zie daarvoor paragraaf 2.5).

Tabel 7: gewogen parameterwaarden sociaal-culturele ontwikkelingen over alle sectoren heen voor de evenwichtsperiode 10 jaar, en 12 jaar voor de verpleegkundig specialist GGZ en verslavingsarts KNMG.

Beroepsgroep	Sociaal-cultureel (% per jaar)
GZ-psycholoog	0,69%
Psychotherapeut	0,77%
Klinisch psycholoog	0,81%
Klinisch neuropsycholoog	0,36%
Verpleegkundig specialist GGZ	0,61%
Verslavingsarts KNMG	3,25%

4.6 Werkproces

Het werkproces van beroepsbeoefenaren kent verschillende aspecten die de vraag naar die beroepsbeoefenaren kan beïnvloeden zoals vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale en verticale substitutie. Vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn vaak inhoudelijk gemotiveerd en efficiency-ontwikkelingen beschrijven de mate waarin de zorgvraag zal veranderen door het beter organiseren van de zorgprocessen. Horizontale substitutie reflecteert de mate waarin de behoefte aan een beroepsgroep zal veranderen door het overnemen of afstoten van taken aan andere beroepsgroepen van een min of meer gelijk opleidingsniveau. Bij verticale substitutie gaat het om overname of afstoting van taken tussen beroepsgroepen met verschillende opleidingsniveaus.

4.6.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Ggz-instellingen

Vakinhoudelijke ontwikkelingen zorgen voor een grote toename van de vraag naar de beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn in de GGZ-instellingen. Voor GGZ-instellingen wordt een grote toename

⁵⁵ Zie <https://www.nationaledrugmonitor.nl/kerncijfertabel-drugs/> geraadpleegd op 27-10-2022.

in de vraag naar de **GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist ggz** verwacht. Deze toename verschilt wel per GG-beroep. Oorzaak voor de groeiende vraag zijn de ontwikkelingen rondom de **versterkte triage aan de voorkant**: dit is een ontwikkeling die ingezet wordt om mensen met complexe problematiek eerder in behandeling te krijgen en tegelijkertijd te voorkomen dat mensen met laagcomplexere problematiek in de specialistische ggz terechtkomen⁵⁶. Verwant hieraan is het thema **passende zorg**. De GGZ bakent niet altijd voldoende haar expertise af, en richt zich volgens het IZA nog te vaak direct op behandeling van psychische klachten, die voortkomen uit problemen op andere levensgebieden die (deels) ook buiten de GGZ opgepakt kunnen worden⁵⁷. In dit kader wordt gerefereerd aan onder andere de **versterkte inzet van de POH-ggz**⁵⁸. Dit dempt de toenemende vraag naar beroepen GG licht. Ook andere afspraken in het IZA met de GGZ-sector ademen deze geest en spreken onder andere over meer en betere preventie, laagdrempelige steunpunten, digitale zorg (zie hieronder bij Efficiency) en **domeinoverstijgende samenwerking**. In de genoemde steunpunten werken bijvoorbeeld naast ggz-beroepsbeoefenaren ook **ervaringsdeskundigen**. Samenwerking tussen meerdere domeinen, publiek én zorg, met onder andere inzet van ervaringsdeskundigen en **herstelondersteunend** werken zijn kernthema's van het zogeheten GEM (Ecosysteem Mentale Gezondheid) dat streeft naar **de Nieuwe ggz**. Dergelijke initiatieven, die op steeds meer plekken, bijvoorbeeld in ecommunities, uitgeprobeerd worden, moeten leiden tot betere antwoorden op de vragen van cliënten. Dit leidt naar verwachting tot een afname in de vraag naar specialistische ggz en vraag naar beroepen GG die echter niet opweegt tegen de toename van de vraag naar beroepen GG door de versterkte triage aan de voorkant. Al deze ontwikkelingen tezamen zullen onder de streep de komende circa vijf jaar zorgen voor meer vraag naar de **GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog** en vooral de **verpleegkundig specialist ggz** werkzaam in de GGZ-instellingen.

Ziekenhuiszorg

Ook voor de ziekenhuiszorg verwachten de experts een toename in de vraag naar alle beroepen GG. Dit komt door de toenemende **aandacht voor psychosociale zorg in somatische richtlijnen** binnen het ziekenhuis (destigmatisering, zie hierboven, draagt hieraan bij): psychosociale zorg zal meer in de somatische richtlijnen terecht komen en deze richtlijnen zullen meer nageleefd worden. Dit leidt dus tot een toename in de vraag vooral naar de **GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist ggz** en ietwat minder naar de **psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog**. Ook wordt meer inzet van de **verslavingsarts KNMG** verwacht ter consultatie in het ziekenhuis. De verwachting is dat de groei van de vraag naar beroepen GG in de ziekenhuiszorg ongeveer acht jaar zal aanhouden tot 2030 geldt en dan vervuld is.

Ouderen- en gehandicaptenzorg

De toename in de vraag naar de **GZ-psycholoog** in de ouderen- en gehandicaptenzorg wordt onder andere veroorzaakt door de verwachte verdere implementatie van de **Wet zorg en dwang** in de komende circa drie jaar. De nieuwe taken vanuit de wet blijven leiden tot een vakinhoudelijke

⁵⁶ Zie bijvoorbeeld het Coalitieakkoord, "Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst" (januari 2022) en het Integraal Zorgakkoord (2022).

⁵⁷ Mogelijk is er soms ook sprake van overdiagnose, zie daarvoor bijvoorbeeld Batstra, L., & Frances, A., "Diagnostic Inflation Causes and a Suggested Cure", in : Journal of Nervous and Mental Disease, 200(6), 2012, pp. 474-479.

⁵⁸ Zie bijvoorbeeld het Kader Passende zorg van het Zorginstituut Nederland, juni 2022.

verzwaring voor de **GZ-psycholoog**. Omdat in de gehandicaptenzorg de orthopedagoog-generalist ook veel van deze taken uitvoert, is daar de impact voor de **GZ-psycholoog** kleiner dan in de ouderenzorg. Ook de thema's nadruk op participatie en inclusie voor mensen met een licht verstandelijke beperking (afkomstig uit de Toekomstagenda gehandicaptenzorg en de daaraan gelinkte Visie 2030 van VGN) wordt een grotere vraag naar gehandicaptenzorg voorzien⁵⁹. Dit zorgt vooral voor meer vraag naar begeleiders maar ook een licht stijgende behoefte aan de **verpleegkundig specialist ggz** en orthopedagoog-generalist.

Richtlijnen

De komende jaren zullen verschillende **nieuwe of herziene richtlijnen** voor ggz geïmplementeerd worden onder auspiciën van Akwa GGZ, zoals de richtlijn Angst en depressie en de richtlijn Probleemgedrag. Kern van dergelijke richtlijnen is minder medicatie en snellere psychosociale interventies en op minder ggz in de sector GGZ en meer in de eerstelijns. De precieze impact is nog te onzeker. Omdat de meeste richtlijnen bovendien een vastlegging van bestaande praktijken zijn, worden de richtlijnen niet meegenomen in het bepalen van de vraag naar de beroepen GG in de ouderen- en gehandicaptenzorg.

Tabel 8: gewogen parameterwaarden vakinhoudelijke ontwikkelingen over alle sectoren heen voor de evenwichtsperiode 10 jaar, en 12 jaar voor de verpleegkundig specialist GGZ en verslavingsarts KNMG.

Beroepsgroep	Vakinhoudelijke ontwikkelingen (% per jaar)
GZ-psycholoog	0,37%
Psychotherapeut	0,25%
Klinisch psycholoog	0,41%
Klinisch neuropsycholoog	0,15%
Verpleegkundig specialist GGZ	1,21%
Verslavingsarts KNMG	0,01%

4.6.2 Efficiency

Efficiency is het zo doeltreffend mogelijk inzetten van beroepsbeoefenaren en kan verschillende vormen aannemen.

GGZ-instellingen en vrijevestigden

Door ontwikkelingen rondom efficiency mag een reductie van de vraag naar de **GZ-psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist ggz** en de **verslavingsarts KNMG** in GGZ-instellingen worden verwacht. Dit komt onder andere door **ehealth**. Daarbij gaat het niet om videobellen maar om toepassingen van ehealth die behandelingen steeds meer gaan complementeren. Dat gaat van online huiswerkopdrachten voor patiënten, psycho-educatie van patiënten en naasten, of ondersteuning bij hun herstel. Het gaat dan bijvoorbeeld om zelfhulp al dan niet met begeleiding van een zorgverlener die de patiënt wel of niet persoonlijk kent⁶⁰. Door ehealth kunnen beroepsbeoefenaren

⁵⁹ VGN, "Visiedocument 2030", november 2020 en de "Toekomstagenda Gehandicaptenzorg. Zorg en ondersteuning bij een beperking" van het ministerie van VWS (juli 2022).

⁶⁰ Zie <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ehealth/samenvatting>

in dezelfde tijd meer patiënten behandelen aldus de experts. Ehealth heeft weinig effect op de tijd die beroepsbeoefenaren besteden aan diagnostiek en coördinatie van behandelingen, waardoor ehealth minder impact heeft op de vraag naar de **klinisch psycholoog** en geen impact heeft op de vraag naar de **klinisch neuropsycholoog**.

De verwachte impact van efficiency is kleiner voor de beroepen GG in de vrijgevestigde setting dan voor de beroepen GG in GGZ-instellingen. De experts verwachten, met name voor vrijgevestigden, een **toename van de administratieve lasten**. Dit beperkt de mogelijke effecten van ehealth.

Jeugd-, revalidatie-, ziekenhuis- en verslavingszorg

Ook voor de jeugd-, revalidatie- en ziekenhuiszorg zien experts mogelijkheden voor efficiency door de inzet van **ehealth**. De experts schatten de impact van de inzet van ehealth wat lager voor de verslavingszorg, omdat de therapietrouw buiten het directe contact met de behandelaar in deze doelgroep naar verwachting lager is.

Tabel 9: gewogen parameterwaarden efficiency over alle sectoren heen voor de evenwichtsperiode 10 jaar, en 12 jaar voor de verpleegkundig specialist GGZ en verslavingsarts KNMG.

Beroepsgroep	Efficiency (% per jaar)
GZ-psycholoog	-0,48%
Psychotherapeut	-0,49%
Klinisch psycholoog	-0,23%
Klinisch neuropsycholoog	0,0%
Verpleegkundig specialist GGZ	-0,47%
Verslavingsarts KNMG	-0,46%

4.6.3 Horizontale substitutie

De onderzoeken, netwerkgesprekken en Delphi-sessies hebben geen ontwikkelingen opgeleverd die duiden op horizontale substitutie⁶¹. Dit betekent dat niet verwacht wordt dat een overdracht van taken plaatsvindt tussen beroepsbeoefenaren van een vergelijkbaar opleidingsniveau (bijvoorbeeld tussen de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog)⁶². De waarde staat op 0%.

⁶¹ De volgende opleidingsniveaus worden onderscheiden: HBO, WO (masterpsycholoog), HBO Master (VSGGZ), WO-postmaster (GZP), WO-postmaster specialisme (KP-PT, KP, KNP en geneeskundig specialisme (VA KNMG)).

⁶² Door de aanstaande samenvoeging van de psychotherapeut en de klinisch psycholoog tot het nieuwe beroep klinisch psycholoog-psychotherapeut is een 'oude' horizontale substitutiemogelijkheid verdwenen, namelijk die tussen de GZ-psycholoog en de psychotherapeut. De overdracht van taken tussen de GZ-psycholoog en de psychotherapeut valt voortaan dus onder verticale substitutie.

Tabel 10: gewogen parameterwaarden horizontale substitutie over alle sectoren heen voor de evenwichtsperiode 10 jaar, en 12 jaar voor de verpleegkundig specialist GGZ en verslavingsarts KNMG.

Beroepsgroep	Horizontale substitutie (% per jaar)
GZ-psycholoog	0,0%
Psychotherapeut	0,0%
Klinisch psycholoog	0,0%
Klinisch neuropsycholoog	0,0%
Verpleegkundig specialist GGZ	0,0%
Verslavingsarts KNMG	0,0%

4.6.4 Verticale substitutie

Verticale substitutie wordt gedefinieerd als de overdracht van taken tussen beroepsgroep met een ander opleidingsniveau. Verticale substitutie speelt een belangrijke rol in deze raming voor de GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist ggz. Bij de overige beroepen GG is besloten dat verticale substitutie deze raming geen rol speelt, dat wil zeggen op nul is gesteld.

GZ-psycholoog (← masterpsycholoog)

Er zijn veel masterpsychologen werkzaam binnen de GGZ-instellingen, maar ook in andere sectoren, die (een deel van de) taken van GZ-psychologen uitvoeren. De afgelopen jaren is onderzocht, onder meer binnen het kader van het Programma APV⁶³, en nagedacht over de relatie en verhoudingen tussen masterpsychologen en GZ-psychologen.

In het kader van deze raming is onderzocht wat de gewenste verhouding tussen masterpsychologen en GZ-psychologen zou zijn. Zo is er een onderzoek geweest onder zorgaanbieders, waarbij is gevraagd naar de gewenste functiemix, en of er vacatures uitstaan met als doel **masterpsychologen te vervangen door GZ-psychologen**. Ook hebben er Delphi-sessies en netwerkgesprekken plaatsgevonden. Hoewel veel verschillende meningen bestaan over de rol van de masterpsycholoog in relatie tot de GZ-psycholoog, blijkt een duidelijke wens voor inzet van relatief meer GZ-psychologen en minder masterpsychologen. Dit is een aanzienlijke ommezwaai ten opzichte van de raming van 2018. In Figuur 12 staat de gewenste functiemix onder zorgaanbieders. Daarin ligt dus veel meer nadruk op de GZ-psycholoog, hoewel in veel instellingen nog steeds een rol blijft weggelegd voor masterpsychologen. Veldpartijen inclusief zorgverzekeraars (vanuit hun wettelijke zorgplicht⁶⁴) staan daarmee achter het initiatief om de huidige masterpsychologen die het werk van een GZ-psycholoog doen, ook daartoe op te leiden via een EVC-of regulier traject.

De achterliggende redenen voor de ommezwaai zijn een mengeling van zowel kwalitatief-inhoudelijke als financiële redenen. De complexiteit van ggz neemt toe en masterpsychologen worden daartoe onvoldoende geëquipeerd in hun academische opleiding. De verwachting is dat het volgen van de opleiding tot GZ-psycholoog de kwaliteit van het werk van masterpsychologen die het werk van de GZ-psycholoog al doen, zal verbeteren: bevoegd en bekwaam komen daarmee bij elkaar.

⁶³ Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen, <https://progapv.nl>

⁶⁴ Waarbij opgemerkt dient te worden dat zorgverzekeraars aangeven dat ze wettelijk de ruimte hebben en pakken voor een eigen, in hun ogen gepaste invulling van de, wijze waarop ze aan de zorgplicht willen voldoen.

Daarnaast speelt de invoering van het ZPM (en de GZSP voor ouderen- en gehandicaptenzorg) waarin de inzet van GZ-psychologen beter tot haar recht komt.

Het beeld over deze verticale substitutie-beweging verschilt overigens per sector. Zo neemt in de ouderen- en gehandicaptenzorg de behoefte aan gedragswetenschappelijke kennis snel toe maar wordt daar door een andere patiëntenpopulatie gemiddeld genomen inhoudelijk andere ggz geleverd dan in de sector GGZ. Masterpsychologen blijven wat deze branches betreft breed inzetbaar zo nodig onder supervisie van een GZ-psycholoog. Psychologen werkzaam in de ouderen- en gehandicaptenzorg vinden dat ook in deze sectoren de inzet van masterpsychologen zoveel mogelijk beperkt moet worden. De behoefte aan verticale substitutie van masterpsycholoog naar GZ-psycholoog in de ouderen- en gehandicaptenzorg is, dit alles overwegend, minder dan in de sector GGZ. Daar komt nog bij dat in de ouderen- en gehandicaptenzorg (en overigens ook in de jeugdsector) taken van de masterpsycholoog om inhoudelijke redenen eerder en steeds vaker herschikt worden naar de orthopedagoog-generalist en niet alleen naar de GZ-psycholoog⁶⁵. In andere sectoren, zoals de forensische sector, ziekenhuizen, revalidatie, verslavingszorg en vrijgevestigden werken veel minder of nauwelijks masterpsychologen. Daar is dit issue dus niet of veel minder relevant.

Bij het bepalen van de parameterwaarde voor verticale substitutie is rekening gehouden met de verschillende beelden over verticale substitutie in de diverse sectoren. Hoeveel masterpsychologen tot GZ-psycholoog vanuit deze verticale substitutie-beweging moeten worden opgeleid, hangt af van de toekomstige ontwikkelingen van de zorgvraag⁶⁶. In paragraaf 5.2 staan de betreffende overwegingen en tot welk voorkeursadvies dit leidt.

Verpleegkundig specialist ggz (← verpleegkundigen en psychiaters)

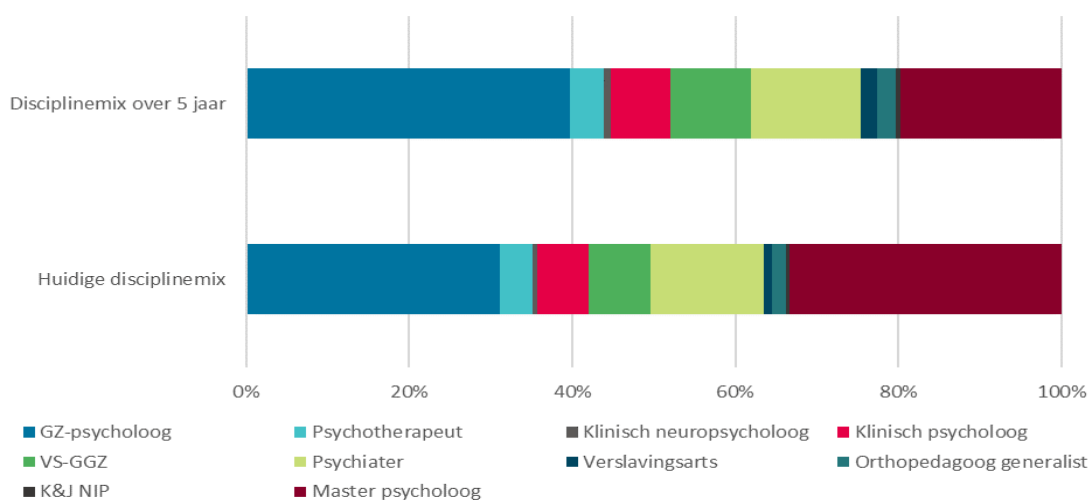
De verpleegkundig specialist ggz blijft taken van andere beroepsbeoefenaren overnemen in de sectoren, waarin zij werkzaam is. Het grootste deel hiervan komt uit substitutie vanuit psychiaters (bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen) en verpleegkundigen. De groep psychiaters en verpleegkundigen is erg groot ten opzichte van de groep verpleegkundig specialisten ggz, waardoor substitutie naar de verpleegkundig specialist ggz veel impact heeft op de toekomstige behoefte aan verpleegkundig specialisten ggz.

De gevolgen van de diverse verticale-substitutie-bewegingen komen goed tot uitdrukking in een grafische weergave van de gewenste beroepenmix volgens het zorgaanbiedersonderzoek dat het Capaciteitsorgaan heeft georganiseerd. Te zien is dat de beroepenmix (per sector) duidelijk zichtbaar verandert door verticale substitutie van taken van de masterpsycholoog naar de GZ-psycholoog in Figuur 12. Ook de relatieve groei van de verpleegkundig specialist ggz is daarin zichtbaar.

⁶⁵ Dit lijkt ook een valide reden om de opleiding tot orthopedagoog-generalist vanuit de beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen.

⁶⁶ Dat is overigens een ander uitgangspunt dan dat alle masterpsychologen in het zogeheten stuwmeer of opleidingsreservoir en masse opgeleid zouden moeten worden tot GZ-psycholoog. Zie voor meer informatie over het opleidingsreservoir Nivel, "Het 'stuwmeer' voor de GZ-opleiding: een analyse op basis van gegevens uit de vLOGO-registratie", 2021.

Figuur 12: beroepmix per sector⁶⁷



Tabel 11: gewogen parameterwaarden verticale substitutie over alle sectoren heen voor de evenwichtsperiode 10 jaar, en 12 jaar voor de verpleegkundig specialist GGZ en verslavingsarts KNMG.

Beroepsgroep	Verticale substitutie (% per jaar)
GZ-psycholoog	3,11%
Psychotherapeut	0,0%
Klinisch psycholoog	0,0%
Klinisch neuropsycholoog	0,0%
Verpleegkundig specialist GGZ	3,44%
Verslavingsarts KNMG	0,0%

4.7 Arbeidstijdveranderingen

Arbeidstijdveranderingen worden veroorzaakt als in de relevante CAO's andere afspraken worden gemaakt worden over de gemiddelde (maximale) arbeidstijd van de zes beroepen GG⁶⁸. Het gaat bij de beroepen GG om CAO's in de volgende sectoren: GGZ, Ziekenhuizen en revalidatie, Universitair medische centra, (verstandelijk) gehandicaptenzorg, ouderenzorg en jeugdsector.

In de vigerende CAO's in deze sectoren is de (maximale) arbeidsduur voor de beroepen GG vastgesteld op 36 uur per week, ofwel 1872 uur per jaar. Dit is hetzelfde als bij de vorige raming. Er is dus geen sprake van arbeidstijdverandering en de parameterwaarde is daarmee 0% voor alle beroepen GG⁶⁹.

⁶⁷ Bron: Zorgaanbiedersuitvraag ggz-aanbieders Capaciteitsorgaan.

⁶⁸ Arbeidstijdverandering is dus wat anders dan deeltijdverandering. Deeltijdverandering komt aan bod bij de aanbodparameters en wordt ook wel de fte-factor genoemd.

⁶⁹ Tussen ZZP'ers en opdrachtgevers kunnen individuele afspraken worden gemaakt: er is dus geen landelijk (CAO-)kader. Vrijgevestigden zonder personeel hoeven zich niet aan de CAO te houden. Alleen vrijgevestigde praktijkhouders in de vorm van een stichting, coöperatie met medewerkers in dienst zijn wel gebonden aan de CAO. Aangenomen wordt dat zij dan de CAO GGZ hanteren, zie <https://lvvp.info/nieuwsbrief/alleen-rechtspersonen-personeel-loondienst-vallen-cao-ggz/>

Tabel 12: parameterwaarden Arbeidstijdverandering

Beroepsgroep	Arbeidstijdverandering (% per jaar)
GZ-psycholoog	0%
Psychotherapeut	0%
Klinisch psycholoog	0%
Klinisch neuropsycholoog	0%
Verpleegkundig specialist GGZ	0%
Verslavingsarts KNMG	0%

5 Conclusie: instroomadviezen

5.1 Scenario's en evenwichtsperiode

Aan de hand van drie scenario's worden de mogelijke instroomadviezen berekend:

1. **Demografisch scenario:** de toekomstige benodigde groei van de beroepen wordt bepaald op basis van toekomstige demografische veranderingen van de Nederlandse populatie. Andere factoren, zoals ontwikkelingen rondom epidemiologie en sociaal-culturele en werkprocesontwikkelingen worden in dit scenario niet meegenomen. Verder wordt in dit scenario aan de aanbodkant alleen de huidige on vervulde vraag ingelopen.
2. **Scenario zonder substitutie:** in dit scenario worden alle parameters uitgezonderd verticale substitutie meegenomen in de berekening. Dit heeft alleen invloed op de verpleegkundig specialist ggz en de GZ-psycholoog omdat alleen deze twee groepen te maken hebben met verticale substitutie.
3. **Compleet scenario:** alle parameters zoals besproken in de voorgaande hoofdstukken worden meegenomen (zie bijlage 1 voor het overzicht).

Voor elk van de drie scenario's worden drie varianten berekend op basis van drie verschillende evenwichtsperiodes van 8, 10 en 12 jaar⁷⁰. Een evenwichtsperiode start in het basisjaar, dat is het jaar waarin de raming wordt opgeleverd namelijk 2022. Daarna begint een periode van twee jaar (de jaren tussen basisjaar en bijsturingsjaar) die het ministerie van VWS nodig heeft voor het leggen van het financiële fundament onder een ramingsadvies. Vanaf het bijsturingsjaar, dat is 2024, kunnen de instroomadviezen in de praktijk worden gebracht. Het evenwichtsjaar is dan het jaar waarin een evenwicht tussen vraag en aanbod wordt verwacht. Bij de acht-, tien- en twaalfjarige evenwichtsperiode is het evenwichtsjaar respectievelijk 2030, 2032 en 2034 (zie verder Tabel 13).

Tabel 13: basisjaar, bijsturingsjaar, evenwichtsperiodes en evenwichtsjaren

Basisjaar	Bijsturingsjaar	Evenwichtsperiode	Evenwichtsjaar (basisjaar + evenwichtsperiode)
2022	2024	8 jaar	2030
		10 jaar	2032
		12 jaar	2034

De evenwichtsperiode die in de voorgaande Capaciteitsplannen is gehanteerd voor alle beroepen GG bedroeg twaalf jaar. De keuze voor een evenwichtsjaar is een balans: een te lange evenwichtsperiode zorgt ervoor dat een tekort of overschot onnodig lang blijft bestaan. Een te korte evenwichtsperiode zorgt ervoor dat de instroom in de opleidingen onnodig sterk fluctueert. Dit is kostbaar want dat frustreert de opbouw (of afbouw) van opleidingscapaciteit. Een lange(re) evenwichtsperiode zorgt voor meer stabiliteit bij het opbouwen of afbouwen van opleidingscapaciteit bij zowel de 'scholen' als in de praktijk qua begeleiders. Ook zorgt een lange(re) periode voor een stabielere groei (of krimp) van de omvang van de beroepsgroep. Een nadeel van een lange(re) evenwichtsperiode is

⁷⁰ In voorgaande capaciteitsplannen werd een andere aanpak gehanteerd. Daarin ging het om vijf scenario's: basis, demografie, werkproces, arbeidstijd en verticale substitutie. Het 'kale' basisscenario werd dan telkens uitgebreid door een extra groep parameters toe te voegen. De scenario's boden daarmee geen ruimte om per groep parameters aan andere impact te hanteren of om voor bepaalde zeer relevante beleidsontwikkelingen een eigen scenario te ontwikkelen.

dat bestaande tekorten (vacatures) minder snel worden ingelopen en daardoor patiënten mogelijk niet (bijtijds) de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Bij de keus voor de evenwichtsperiode moet gekeken worden of per beroep aan bepaalde randvoorwaarden kan worden voldaan:

1. Is de opleidingscapaciteit in het bijsturingjaar 2024 voldoende of valt dit redelijkerwijs op te bouwen voor 2024?
2. Is het opleidingsreservoir voldoende groot?
3. Is de opleidingsduur niet te lang voor een kortere evenwichtsperiode⁷¹?

5.2 Doorrekening scenario's

In Figuur 13 zijn voor elk beroep drie scenario's uitgerekend met telkens drie varianten wat betreft de evenwichtsperiode.

Figuur 13: Scenario's instroomadviezen



5.3 Voorkeursadviezen

De voorkeursadviezen staan in Tabel 14. In de volgende paragrafen wordt voor elk beroep beargumenteerd welk scenario en evenwichtsperiode de voorkeur krijgt.

⁷¹ Zie bijlage 5 voor de tijd tussen de start van de vooropleiding tot de uiteindelijke registratie als beroep GG.

Tabel 14: voorkeursadviezen instroom beroepen GG

	Bandbreedte	Voorkeursadvies	Scenario	Evenwichtsjaar (aantal jaren)
GZ-psycholoog	geen	1.885	compleet	2032 (10)
Psychotherapeut	geen	171	compleet	2032 (10)
Klinisch psycholoog	geen	249	compleet	2032 (10)
Klinisch neuropsycholoog	geen	26	compleet	2032 (10)
Verpleegkundig specialist ggz	248-279	248	compleet	2032-2034 (10-12)
Verslavingsarts KNMG	33-38	33	compleet	2032-2034 (10-12)

5.3.1 Voorkeursadvies GZ-psycholoog

Voor de GZ-psycholoog gaat de voorkeur uit naar het complete scenario (dat is dus inclusief verticale substitutie) met als het doel het bereiken van een evenwicht in tien jaar tijd in 2032. Dit maakt dat het voorkeursadvies uitkomt op een jaarlijkse instroom van 1885.

De voorkeur voor het complete scenario is gebaseerd op de volgende overwegingen. Ondanks de groei van het aantal werkzame GZ-psychologen zonder specialisatie met bijna 18% sinds 2018, is de onvervulde vraag verder toegenomen tot 15,8% (zie de paragrafen 2.4 en 2.6). Bestaande tekorten zijn niet ingelopen en zelfs groter geworden. Dit komt doordat de vraag naar ggz harder is gestegen dan verwacht en is de inzet van de GZ-psychologen steeds breder en meer verspreid geworden. Daarnaast is de vervanging van uitstromende GZ-psychologen door pensioen of overstap naar een ander beroep een belangrijke factor. Verticale substitutie is een andere parameter die de komende jaren de behoefte aan de GZ-psycholoog sterk stuwt. De verticale substitutie-beweging waar het hier concreet over gaat is de wens van veldpartijen om eenmalig de masterpsychologen, die nu het werk van een GZ-psycholoog doen, op te leiden tot GZ-psycholoog (zie paragraaf 4.6.4. voor meer informatie). Al met al wordt daarom de komende jaren een doorstijgende vraag naar de GZ-psycholoog verwacht. Omdat op allerlei vlakken ontwikkelingen verwacht worden, waaronder dus verticale substitutie, is voor het complete scenario gekozen.

Voor de GZ-psycholoog gaat de voorkeur uit naar een tienjarige evenwichtsperiode. Daarbij dient gekeken te worden naar een aantal randvoorwaarden rondom haalbaarheid. Het aantal instromers per jaar neemt immers toe bij een lager aantal jaren om het evenwicht te realiseren. De eerste randvoorwaarde is de beschikbare opleidingscapaciteit op het moment van het bijstuuringsjaar 2024. Voor de GZ-psychologen schommelt de capaciteit de laatste jaren rond de 1300 opleidingsplaatsen als gekeken wordt naar de aanvragen bij TOP Opleidingsplaatsen⁷².

⁷² Het aantal aanvragen voor opleidingsplaatsen is op zichzelf geen indicatie van de behoefte vanuit de toekomstige zorgvraag maar geeft wel een beeld van de huidige opleidingscapaciteit. In werkelijkheid zal de opleidingscapaciteit nog wat hoger zijn dan 1300 omdat de afgelopen jaren erkende praktijkopleidingsinstellingen vanwege hun eigen inschatting dat ze te weinig kans zouden hebben op beschikbaarheidsbijdrage geen aanvraag gedaan hebben bij TOP opleidingsplaatsen.

De tweede randvoorwaarde is een voldoende groot opleidingsreservoir. Voor de GZ-psycholoog heeft het opleidingsreservoir met masterpsychologen ruim voldoende omvang, zoals aangetoond in het Nivel-onderzoek in het kader van het APV-programma⁷³.

De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang mag zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Bij een langere opleidingsduur en kortere evenwichtsperiode neemt het aantal jaren af om voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden om uiterlijk in het evenwichtsjaar tot een evenwicht te komen. De opleidingsduur van de opleiding tot GZ-psycholoog is in de praktijk 2,2 jaar (zie paragraaf 3.2). Bij een tienjarige evenwichtsperiode en dus een evenwichtsjaar van 2032, tellen de opleidingen die in opleiding gaan vanaf het bijsturingsjaar 2024 t/m 2030 nog mee voor het evenwicht in 2032 jaar. Voor de GZ-psycholoog zijn daarmee 7 jaren beschikbaar om in 2032 evenwicht te bereiken.

Of aan de eerste randvoorwaarde voldaan kan worden is momenteel nog onduidelijk. Aan de tweede voorwaarde wordt bij de GZ-psycholoog nu al wel voldaan. Dat geldt ook voor de derde randvoorwaarde, de relatie tussen de opleidingsduur en evenwichtsperiode. Veldpartijen geven aan dat de komende twee jaar de benodigde extra opleidingscapaciteit kan worden opgebouwd. Daarbij wordt verwezen naar het aantal praktijkopleidingsinstellingen, erkend om GZ-psychologen op te leiden, de laatste jaren stijgende is. Deze opbouw van capaciteit moet dan wel in meerdere sectoren want relatief gezien zal de grootste stijging van de vraag naar GZ-psychologen zich voordoen in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg onder andere door de verschuiving van patiëntengroepen naar die sectoren. Deels zal dit gaan als uitbouw van de nu al bestaande sectoroverstijgende samenwerkingsverbanden tussen praktijkopleidingsinstellingen en vermoedelijk deels ook door een grotere opleidingscapaciteit in bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg en ouderenzorg.

5.3.2 Voorkeursadvies psychotherapeut

Voor de psychotherapeut gaat de voorkeur uit naar het complete scenario met als het doel het bereiken van een evenwicht in tien jaar tijd in 2032. Dit maakt dat het voorkeursadvies uitkomt op een jaarlijkse instroom van 171.

De voorkeur voor het complete scenario is gebaseerd op de volgende overwegingen. Het aantal werkzame psychotherapeuten is sinds 2018 toegenomen maar desondanks is de onervulde vraag ongeveer verdubbeld (zie de paragrafen 2.4 en 2.6). Bestaande tekorten zijn niet ingelopen maar gegroeid. Dit komt onder meer doordat de uitstroom van psychotherapeuten uit het vak hoger is gebleken en de vraag naar psychotherapeuten na een dip in 2018 weer is toegenomen. Al met al wordt daarom de komende jaren een lichte groei van de vraag naar de psychotherapeut verwacht.

Voor de psychotherapeut wordt eveneens gekozen voor een tienjarige evenwichtsperiode⁷⁴. Daarbij is een beoordeling van een aantal randvoorwaarden rondom haalbaarheid nodig. Het aantal instromers per jaar neemt immers toe bij een lager aantal jaren om het evenwicht te realiseren.

⁷³ Nivel, "Het 'stuwmeer' voor de GZ-opleiding: een analyse op basis van gegevens uit de vLOGO-registratie", 2021.

⁷⁴ Voor de psychotherapeut is de uitkomst van het scenario zonder verticale substitutie en het complete scenario (inclusief verticale substitutie) voor de 10- en 12-jarige evenwichtsperiode hetzelfde. Dit komt doordat de parameterwaarde verticale substitutie voor de psychotherapeut op nul is vastgesteld. Om redenen van modelmatige consistentie ten opzichte van de

De eerste randvoorwaarde is de beschikbare opleidingscapaciteit op het moment van de mogelijke ingang van het advies (2024). Voor de psychotherapeut schommelt de capaciteit de laatste jaren rond de 158 opleidingsplaatsen op basis van de aanvragen bij TOP Opleidingsplaatsen. De benodigde stijging van de opleidingscapaciteit naar 171, te realiseren vanaf 2024 als het advies wordt overgenomen, ligt daarmee binnen bereik.

De tweede randvoorwaarde is een voldoende groot opleidingsreservoir. Instroom in de opleiding tot psychotherapeut is mogelijk voor masterpsychologen en GZ-psychologen. Het opleidingsreservoir met masterpsychologen heeft ruim voldoende omvang, ook voor de instroom in de opleiding tot psychotherapeut.

De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang mag zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Bij een langere opleiding en kortere evenwichtsperiode neemt het aantal jaren af om voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden om binnen de evenwichtsperiode tot een evenwicht te komen. De opleiding tot psychotherapeut duurt in de praktijk rond de 3,5 jaar (zie paragraaf 3.2). Bij een tienjarige evenwichtsperiode en dus een evenwichtsjaar van 2032, tellen de opleidelingen die in opleiding gaan in de jaren 2024 t/m 2028 nog mee voor het evenwicht in 2032. Voor de psychotherapeut zijn dan 5 jaren beschikbaar om in 2032 evenwicht te bereiken.

De eerste randvoorwaarde van voldoende opleidingscapaciteit in 2024 lijkt gelet op de huidige capaciteit en de relatief geringe benodigde uitbouw daarvan haalbaar te zijn. Aan de tweede randvoorwaarde van een voldoende groot opleidingsreservoir voor de instroom in de opleiding tot psychotherapeut wordt nu al voldaan. Ook de derde randvoorwaarde, de relatie tussen de opleidingsduur en evenwichtsperiode, kan positief beoordeeld worden: een periode van 5 jaar voor het realiseren van voldoende instroom in de opleiding tot psychotherapeut moet voldoende zijn.

5.3.3 Voorkeursadvies klinisch psycholoog

Voor de klinisch psycholoog gaat de voorkeur uit naar het complete scenario met als het doel het bereiken van een evenwicht in tien jaar tijd in 2032. Dit maakt dat het voorkeursadvies uitkomt op een jaarlijkse instroom van 249.

De voorkeur voor het complete scenario is gebaseerd op de volgende overwegingen. Het aantal werkzame klinisch psychologen is van 2.060 in 2018 licht afgenomen naar 2.050 in 2022. Tegelijkertijd is de onervulde vraag gestegen naar 20,2% (zie de paragrafen 2.4 en 2.6 en Bijlage 4). Bestaande tekorten zijn dus niet ingelopen maar gegroeid. Dit komt vooral doordat de instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog structureel onder de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan ligt en de uitstroom van klinisch psychologen uit het vak hoger is gebleken. Ook neemt de vraag naar de klinisch psycholoog de komende jaren licht toe.

Voor de klinisch psycholoog wordt eveneens gekozen voor een tienjarige evenwichtsperiode⁷⁵. Daarbij is een beoordeling van een aantal randvoorwaarden rondom haalbaarheid nodig.

andere psychologische beroepen GG is voor het advies voor de psychotherapeut gekozen voor een tienjarige evenwichtsperiode.

⁷⁵ Voor de klinisch psycholoog is de uitkomst van het scenario zonder verticale substitutie en het complete scenario (inclusief verticale substitutie) voor de 10- en 12-jarige evenwichtsperiode hetzelfde. Dit komt doordat de parameterwaarde verticale

De eerste randvoorwaarde is de beschikbare opleidingscapaciteit op het moment van de mogelijke ingang van het advies (2024). Het aantal aanvragen bij TOP Opleidingsplaatsen schommelt de laatste jaren rond de 193 opleidingsplaatsen (met een top van 214 in 2021).

De tweede randvoorwaarde is een voldoende groot opleidingsreservoir. Instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog is mogelijk voor GZ-psychologen. De toename van het aantal GZ-psychologen sinds 2018 met 18% en het aantal opleidingen dat nu en de komende twee jaar de opleiding tot GZ-psycholoog afrondt zijn in getalsmatige zin ruim voldoende voor de benodigde instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog.

De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang mag zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Bij een langere opleiding en kortere evenwichtsperiode neemt het aantal jaren af om voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden om binnen de evenwichtsperiode tot een evenwicht te komen. De opleiding tot klinisch psycholoog duurt in de praktijk rond de 4,1 jaar (zie paragraaf 3.2). De voorkeur voor een tienjarige evenwichtsperiode en dus een evenwichtsjaar van 2032, betekent dat opleidingen die in opleiding gaan vanaf het bijsturingsjaar 2024 t/m 2027 nog meetellen voor het evenwicht in 2032. Voor de klinisch psycholoog zijn totaal 4 jaren beschikbaar om in 2032 evenwicht te bereiken.

De eerste randvoorwaarde van voldoende opleidingscapaciteit in 2024, concreet een stijging naar 249, is ambitieus en haalbaar volgens veldpartijen. In dat licht wordt bijvoorbeeld verwezen naar andere eisen voor praktijkopleider en werkbegeleider waarmee mogelijk meer klinisch psychologen ingezet kunnen worden bij het opleiden van nieuwe klinisch psychologen.

Aan de tweede randvoorwaarde van een voldoende groot opleidingsreservoir voor de instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog wordt voldaan. Dit is gebaseerd op de huidige grootte van de groep nog niet gespecialiseerde GZ-psychologen van 12.168 personen (zie Figuur 2) én het aantal GZ-psychologen dat nog 'in de pijplijn' zit en uiterlijk in 2024 de opleiding afrondt (meer dan 2000, zie Figuur 8). Wel is bekend dat de animo van GZ-psychologen om in te stromen tot de opleiding tot klinisch psycholoog achterblijft bij de beschikbare opleidingscapaciteit en bovendien omhoog zal moeten.

De beoordeling van de derde randvoorwaarde, de relatie tussen de opleidingsduur en evenwichtsperiode, valt positief uit maar is ambitieus. De periode van 4 jaar voor het realiseren van voldoende instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog en het bereiken van een evenwicht in 2032 is kort maar wel mogelijk. Voor de klinisch psycholoog geldt ongeveer overigens hetzelfde als voor de GZ-psycholoog: relatief gezien ligt de grootste vraag bij de gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Deze grotere behoefte bij gehandicaptenzorg en ouderenzorg zal wel een (veel) betere samenwerking vragen met praktijkopleidingsinstellingen uit de GGZ-sector omdat bij de laatste op dit moment nog nagenoeg alle klinisch psychologen worden opgeleid.

5.3.4 Voorkeursadvies klinisch neuropsycholoog

Voor de klinisch neuropsycholoog gaat de voorkeur uit naar het complete scenario met als het doel het bereiken van een evenwicht in tien jaar tijd in 2032. Dit maakt dat het voorkeursadvies uitkomt op een jaarlijkse instroom van 26.

substitutie voor de klinisch psycholoog op nul is vastgesteld. Om redenen van modelmatige consistentie is voor het advies voor de klinisch psycholoog gekozen voor een tienjarige evenwichtsperiode en het complete scenario.

De voorkeur voor het complete scenario is gebaseerd op de volgende overwegingen. Het aantal werkzame klinisch neuropsychologen is sinds 2018 met meer dan 31% gegroeid maar de on vervulde vraag is toch fors gestegen naar meer dan 52% (zie de paragrafen 2.4 en 2.6). Bestaande tekorten zijn dus niet ingelopen maar sterk gegroeid. Daarbij moet wel aangetekend worden dat de klinisch neuropsycholoog een relatief kleine beroepsgroep is wat percentages wat kan vertekenen. Tegelijkertijd is duidelijk dat de vraag naar de klinisch neuropsycholoog toeneemt onder andere door demografische ontwikkelingen. Ook valt de uitstroom hoger uit dan voorheen. Dit alles stuwt het instroomadvies.

Voor de klinisch neuropsycholoog wordt gekozen voor een tienjarige evenwichtsperiode⁷⁶.

De eerste randvoorwaarde is de beschikbare opleidingscapaciteit op het moment van de mogelijke ingang van het advies in 2024. Voor de klinisch neuropsycholoog schommelt deze de laatste jaren tussen de 23 en 27 opleidingsplaatsen, als gekeken wordt naar de aanvragen bij TOP Opleidingsplaatsen. Het aantal aanvragen is in lijn met het advies van 26 instroomplaatsen.

De tweede randvoorwaarde is een voldoende groot opleidingsreservoir. Om in te kunnen stromen in de opleiding tot klinisch neuropsycholoog moet men GZ-psycholoog zijn. De toename van het aantal GZ-psychologen sinds 2018 met 18% en het aantal opleidingen dat nu en de komende twee jaar de opleiding tot GZ-psycholoog afrondt, maken dat getalsmatig gezien ruim voldoende GZ-psychologen beschikbaar zijn voor de benodigde instroom in de opleiding tot klinisch neuropsycholoog.

De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang mag zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Bij een langere opleiding en kortere evenwichtsperiode neemt het aantal jaren af om voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden om in het evenwichtsjaar tot een evenwicht te komen. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog duurt in de praktijk rond de 4,3 jaar (zie paragraaf 3.2). De voorkeur voor een tienjarige evenwichtsperiode en dus een evenwichtsjaar van 2032, betekent dat de opleidingen die in opleiding gaan vanaf het bijsturingsjaar 2024 t/m 2027 nog meetellen voor het evenwicht in 2032. Voor de klinisch neuropsycholoog zijn dan 4 jaren beschikbaar om in 2032 evenwicht te bereiken.

Aan de eerste randvoorwaarde wordt op dit moment bij de klinisch neuropsycholoog voldaan: het instroomadvies van 26 instromers per jaar past binnen de huidige opleidingscapaciteit. Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat de capaciteit de komende jaren sterk omlaag zal gaan. Het opleidingsreservoir voor instroom in de opleiding tot klinisch neuropsycholoog is groot genoeg zodat aan de tweede randvoorwaarde wordt voldaan. De derde randvoorwaarde, de relatie tussen de opleidingsduur en evenwichtsperiode, kan eveneens positief beoordeeld worden: de periode van 4 jaar voor het realiseren van voldoende instroom in de opleiding tot klinisch neuropsychologen om in 2032 een evenwicht te bereiken, is haalbaar.

⁷⁶ Voor de klinisch neuropsycholoog is de uitkomst van het scenario zonder verticale substitutie en het complete scenario (inclusief verticale substitutie) voor de 10- en 12-jarige evenwichtsperiode hetzelfde. Dit komt doordat de parameterwaarde verticale substitutie voor de klinisch neuropsycholoog op nul is vastgesteld. Om redenen van modelmatige consistentie is voor het advies voor de klinisch neuropsycholoog gekozen voor een tienjarige evenwichtsperiode en het complete scenario.

5.3.5 Voorkeursadvies verpleegkundig specialist ggz

Voor de verpleegkundig specialist ggz gaat de voorkeur uit naar het complete scenario met daarbij wel een bandbreedte-advies. De bandbreedte bestaat aan de ene kant uit 279 instromers (bij een tienjarige evenwichtsperiode) en aan de andere kant uit 248 instromers (bij een twaalfjarige evenwichtsperiode). De keus voor een bandbreedte vloeit voort uit onzekerheid over het bereiken van het evenwicht in tien jaar doordat een instroom van 279 moeilijk realiseerbaar is. De voorkeur gaat daarmee uit naar een instroom van 248. Dit advies geldt voor de instroom in zowel de tweejarige als driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz.

De voorkeur voor het complete scenario is gebaseerd op de volgende overwegingen. Het aantal werkzame verpleegkundig specialisten ggz is sinds 2018 met 50% gegroeid terwijl de onvervulde vraag is gestegen naar 31,9% (zie de paragrafen 2.4 en 2.6). De tekorten die er al in 2018 waren zijn dus niet ingelopen maar gegroeid. Duidelijk is dat ook de komende jaren de vraag naar de verpleegkundig specialist ggz toeneemt onder andere door demografische ontwikkelingen maar ook door de grotere vervangingsvraag door het gegroeide aantal verpleegkundig specialisten ggz. Verder stuwt vooral de hogere uitstroom dan voorheen de vraag naar verpleegkundig specialisten ggz. Verticale substitutie is een laatste parameter die tot een toenemende behoefte aan de verpleegkundig specialist ggz leidt. Specifiek gaat het hierbij om verticale substitutie van taken van verpleegkundigen en psychiaters naar de verpleegkundig specialist ggz.

Voor de verpleegkundig specialist ggz wordt een bandbreedte geadviseerd. Deze bandbreedte wordt gevormd door het advies voor een tienjarige evenwichtsperiode enerzijds en het advies voor een twaalfjarige evenwichtsperiode anderzijds. De voorkeur binnen die bandbreedte gaat uit naar een tienjarige evenwichtsperiode. Toetsing op een drietal randvoorwaarden rondom haalbaarheid leidt tot het volgende beeld.

De eerste randvoorwaarde is de beschikbare opleidingscapaciteit op het moment van de mogelijke ingang van het advies in 2024. Voor de verpleegkundig specialisten ggz schommelt deze de laatste jaren rond de 180 opleidingsplaatsen (dat is de ruwe optelsom van het aantal aanvragen bij TOP Opleidingsplaatsen plus het aantal instromers bij de hogescholen). Het voorkeursadvies van 248 instromers is hiermee vergeleken fors hoger.

De tweede randvoorwaarde is een voldoende groot opleidingsreservoir. Toelating tot de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz vereist een diploma als verpleegkundige. Deze groep bestaat uit meer dan 200.000 personen maar voor toelating tot de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is ervaring in de ggz vereist. Dit verkleint het opleidingsreservoir tot minder dan 20.000 personen met daarbovenop nog een afslag omdat vaak alleen hbo-opgeleide verpleegkundigen in aanmerking komen om in opleiding te gaan. Getalsmatig heeft het opleidingsreservoir dan nog steeds voldoende omvang.

De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang mag zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Bij een langere opleiding en kortere evenwichtsperiode neemt het aantal jaren af om voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden om in het evenwichtsjaar tot een evenwicht te komen. De opleiding tot verpleegkundig specialist ggz duurt in de praktijk gemiddeld (voor 2-en 3-jarige opleiding) 2,6 jaar (zie paragraaf 3.2). Bij een keus voor een tienjarige evenwichtsperiode en dus een evenwichtsjaar van 2032, tellen de opleidingen die in opleiding gaan vanaf het

bijsturingsjaar 2024 t/m 2029 nog mee voor het evenwicht in 2032. Dan betekent dat er 6 jaren beschikbaar zijn om in 2032 evenwicht te bereiken. Bij een keus voor een twaalfjarige evenwichtsperiode met evenwicht in 2034 zijn er 8 jaren beschikbaar om het evenwicht te bereiken.

Momenteel is de beschikbare opleidingscapaciteit ruim lager dan het instroomadvies vanaf 2024. Deze zal dus de komende jaar moeten worden opgebouwd. Voor de twee- en driejarige opleiding betekent dit uitbreiding van het docentenkorps en overige faciliteiten. Voor de tweejarige opleiding speelt verder een uitbreiding van het aantal stageplaatsen terwijl de driejarige opleiding staat voor de grote uitdaging om meer praktijkopleidingsinstellingen aan zich te binden.

Aan de tweede randvoorwaarde van een voldoende opleidingsreservoir wordt bij de verpleegkundig specialist ggz in getalsmatige zin voldaan. Bekend is wel dat de voldoende animo van instromers die voldoen aan de eisen om tot de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz toegelaten te worden nu soms al lastig is.

De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang kan zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Net als de vorige twee randvoorwaarden is ook de derde ambitieus.

Gelet op het bovenstaande gaat de voorkeur dus uit naar het bereiken van het evenwicht in twaalf jaar. De bandbreedte van 248-279 instromers geldt voor alle verpleegkundig specialisten ggz, ongeacht of ze via de tweejarige- of driejarige opleiding worden opgeleid.

5.3.6 Voorkeursadvies verslavingsarts KNMG

Voor de verslavingsarts KNMG gaat de voorkeur uit naar het complete scenario met daarbij een bandbreedte-advies. De bandbreedte bestaat aan de ene kant uit 38 instromers (tienjarige evenwichtsperiode) en aan de andere kant uit 33 instromers (twaalfjarige evenwichtsperiode). De keus voor een bandbreedte vloeit voort uit onzekerheid over de mogelijkheden om het evenwicht te bereiken in tien jaar. De voorkeur gaat daarmee uit naar een instroom van 33⁷⁷.

De voorkeur voor het complete scenario voor de verslavingsarts KNMG is gebaseerd op de volgende overwegingen. Het aantal verslavingsartsen KNMG is sinds 2018 gelijk gebleven: instroom en uitstroom heffen elkaar op. Ondertussen is de on vervulde vraag is gestegen naar 41,3% (zie de paragrafen 2.4 en 2.6). De tekorten die er al in 2018 waren zijn dus niet ingelopen maar zelfs fors gegroeid. Verwacht wordt dat de vraag naar dit relatief nieuwe beroep in de toekomst toeneemt onder andere door sociaal-culturele ontwikkelingen zoals de sterk groeiende behoefte aan verslavingszorg.

Voor de verslavingsarts KNMG wordt, net als voor de verpleegkundig specialist ggz, een bandbreedte geadviseerd. Deze bandbreedte is gebaseerd op de adviezen voor een tienjarige evenwichtsperiode versus twaalfjarige evenwichtsperiode. De voorkeur binnen de bandbreedte gaat uit naar een tienjarige evenwichtsperiode. Dit vergt een beoordeling van een aantal randvoorwaarden rondom haalbaarheid. Het aantal instromers per jaar neemt immers toe bij een lager aantal jaren om het evenwicht te realiseren: bij de verslavingsarts KNMG gaat het bij een tienjarige evenwichtsperiode om 38 instromers en bij een twaalfjarige evenwichtsperiode om 33 instromers.

⁷⁷ Voor de verslavingsarts KNMG is de uitkomst van het scenario zonder verticale substitutie en het complete scenario (inclusief verticale substitutie) voor de tien- en twaalfjarige evenwichtsperiode hetzelfde. Dit komt doordat de parameterwaarde verticale substitutie voor de verslavingsarts KNMG op nul is vastgesteld.

De eerste randvoorwaarde is de beschikbare opleidingscapaciteit op het moment van de mogelijke ingang van het advies (2024). De instroom in de opleiding tot verslavingsarts KNMG is de laatste drie jaar niet boven de 16 uitgekomen. Bovendien worden de door het Capaciteitsorgaan geadviseerde opleidingsaantallen al enkele jaren niet gehaald.

De tweede randvoorwaarde is een voldoende groot opleidingsreservoir. Voor de verslavingsarts KNMG bestaat het opleidingsreservoir uit basisartsen. Dit opleidingsreservoir is al jaren groeiende en het aantal basisartsen dat momenteel niet in opleiding is, bedraagt momenteel meer dan 7500⁷⁸. Getalsmatig is het reservoir ruim voldoende om de instroom in de opleiding tot verslavingsarts KNMG aan te kunnen.

De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang mag zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Bij een langere opleiding en kortere evenwichtsperiode neemt het aantal jaren af om voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden om binnen de evenwichtsperiode tot een evenwicht te komen. De opleiding tot verslavingsarts KNMG duurt in de praktijk 2,2 jaar (zie paragraaf 3.2). Bij een keus voor een tienjarige evenwichtsperiode en dus een evenwichtsjaar van 2032, dan tellen degenen die in opleiding gaan vanaf het bijsturingsjaar 2024 t/m 2029 nog mee voor het evenwicht in 2032. Dan betekent dat er 6 jaren beschikbaar zijn om in 2032 evenwicht te bereiken. Bij een keus voor een twaalfjarige evenwichtsperiode met evenwicht in 2034 zijn er 8 jaren beschikbaar om het evenwicht te bereiken.

Momenteel is de beschikbare opleidingscapaciteit ruim lager dan het instroomadvies dat vanaf 2024 geldt. Deze zal vanaf 2024 moeten worden verdubbeld. Aan de tweede randvoorwaarde van een voldoende opleidingsreservoir voor de verslavingsarts KNMG wordt gelet op het aantal basisartsen op zich (in getalsmatige zin) voldaan. De animo en werving van voldoende instromers voor de opleiding verslavingsarts KNMG is echter lastig. De derde randvoorwaarde is dat de opleidingsduur niet te lang kan zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode. Zes, of acht, jaar om voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden om binnen de evenwichtsperiode tot een evenwicht te komen lijkt lastig realiseerbaar.

De bovenstaande toets en de 10,2 jaar die het duurt om vanuit de start van de opleiding geneeskunde uiteindelijk tot verslavingsarts KNMG geregistreerd te worden (zie bijlage 5), zijn een indicatie dat de voorkeur voor een tienjarige evenwichtsperiode niet makkelijk haalbaar is. Een bandbreedte is daarom op zijn plaats.

5.3.7 Overwegingen

De groeiende behoefte aan de GZ-psycholoog zelf en de instroom in de opleiding tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog doen een beroep op dezelfde bron namelijk het aantal werkzame GZ-psychologen. Ingeschat wordt dat dat op basis van de verwachte groei van de behoefte naar de GZ-psycholoog, de huidige grootte van het aantal werkzame personen dat GZ—psycholoog is zonder andere specialisatie (12.168, zie Figuur 2) én het aantal nieuwe GZ-psychologen dat uiterlijk in 2024 de opleiding afrondt (meer dan 2.000, zie Figuur 8) geen probleem zal zijn.

⁷⁸ Nivel, "Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Resultaten van de peiling in 2022", 2022.

De huidige omvang van het opleidingsreservoir komt door de zeer grote uitstroom van masterpsychologen vanuit de universitaire opleidingen psychologie, pedagogische wetenschappen en gezondheidswetenschappen. Als de toegang tot de universitaire opleidingen dezelfde blijft (ondanks de recente beperkingen van de instroom) niet verder naar beneden gaat, zal het opleidingsreservoir groter blijven dan nodig is voor de (zorg)vraag naar GZ-psychologen of psychotherapeuten op de korte of middellange termijn. Daarmee blijft het mogelijk dat masterpsychologen, bij een overvloed van deze groep, ingezet kunnen worden voor taken die (al dan niet deels) door een GZ-psycholoog verricht moeten worden.

De verticale substitutie van masterpsychologen, die nu het werk doen van een GZ-psycholoog, op te leiden tot GZ-psycholoog is een tijdelijke en in principe eenmalige exercitie. Dit leidt ertoe dat, als alle andere omstandigheden hetzelfde blijven, de opleidingscapaciteit voor de GZ-psycholoog in de toekomst omlaag zal gaan.

De te lage animo in de laatste jaren onder GZ-psychologen om in te stromen tot de opleiding tot klinisch psycholoog is een aandachtspunt wil het voorkeursadvies van 249 instromers vanaf 2024 gehaald worden.

5.4 Historische vergelijking instroomadviezen

In Figuur 14 worden de voorkeursadviezen vergeleken met de oude adviezen en de oude daadwerkelijk gerealiseerde instroom.

Voor de **GZ-psychologen** ligt het voorkeursadvies aanzienlijk boven het voorgaande advies én de instroom van voorgaande jaren. Dit komt primair door verticale substitutie in de vorm van de ommezwaai en de uitgesproken wens vanuit beroepsgroepen en zorgaanbieder in onder andere de sector GGZ, om een aanzienlijk deel van de werkzame masterpsychologen, die nu het werk doen van de GZ-psycholoog, op te leiden tot GZ-psycholoog. Voor de **klinisch psychologen** en **klinisch neuropsychologen** komt het advies lager uit dan de vorige tussentijdse raming van 2020. Wel ligt het instroomadvies nog iets boven de meest recent gerealiseerde instroom. Hoewel de huidige tekorten zijn genomen, zijn de groeiverwachtingen voor de toekomst wat lager dan in voorgaande jaren, waardoor het advies voor de klinisch psycholoog alsnog aanzienlijk lager uitkomt. De **psychotherapeuten** komen licht hoger uit dan de vorige raming en tussentijdse bijstelling. Het advies voor de **verpleegkundig specialisten ggz** ligt eveneens in dezelfde lijn als het vorige.

Voor de **verslavingsarts KNMG** komt het advies beduidend hoger uit: het is een relatief nieuwe beroepsgroep waarvan de bekendheid langzaam maar zeker groeit waardoor de vraag ernaar toeneemt.

Figuur 14: Vergelijking voorkeursadviezen



Er zit altijd een aantal jaar tussen het uitbrengen van een instroomadvies en het moment van implementatie. De jaartallen in bovenstaande figuur zijn daarom niet de jaren waarin het advies is uitgebracht maar het jaar waarvoor het advies geldt. Zo hebben de cijfers bij het jaar 2022 betrekking op de tussentijdse bijstelling die in 2020 is uitgebracht.

Literatuur

- --- “Ontwikkelagenda Toegankelijkheid en wachttijden ggz 2022”, 2022.
- ---, Integraal Zorgakkoord, “Samen werken aan gezonde zorg”, september 2022.
- Akwa GGZ, “Generieke Module Vaktherapie”, 2018.
- Algemene Rekenkamer, ‘Geen plek voor grote problemen’, 2020.
- Batstra, L., & Frances, A., “Diagnostic Inflation Causes and a Suggested Cure”, in: Journal of Nervous and Mental Disease, 200(6), 2012.
- Capaciteitsorgaan, “Bijgestelde instroomadviezen voor de beroepen Geestelijke
- Capaciteitsorgaan, “Capaciteitsplan 2020-2024, Verslavingsartsen”, 2018.
- Capaciteitsorgaan, “Capaciteitsplan Beroepen Geestelijke Gezondheid”, 2018.
- Capaciteitsorgaan, “Werkgeversonderzoek 2022 uitgevoerd in het kader van de raming door het Capaciteitsorgaan van de PA/VS”, 2022.
- CBS Statline.
- CBS, “Enquête Sociale Samenhang en Welzijn”.
- CBS, “Gezondheidsenquête”, 2020.
- Coalitieakkoord, “Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst”, januari 2022.
- College Geneeskundige Specialismen, “Besluit Verslavingsgeneeskunde” (2012, gewijzigd in 2019).
- Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS).
- Gezondheid en de psychiaters”, 2020
- GGD'en Nederland i.s.m. RIVM en CBS, “Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen”, 2021.
- GGD'en Nederland i.s.m. RIVM, “Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19”, 2021.
- KNMG, “Medisch profielenboek: onderdeel Huisartsgeneeskunde”.
- KNMG, “Medisch profielenboek: onderdeel Psychiatrie”.
- Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), <https://www.ladis.eu>.
- LOO MANP, “Landelijk opleidingsprofiel van de opleiding tot verpleegkundig specialist”, 2020.
- Ministerie van VWS, “Toekomstagenda Gehandicaptenzorg. Zorg en ondersteuning bij een beperking”, 2022
- Ministerie van VWS, “Kamerbrief over wijziging structuur postacademische beroepen psychologische zorg”, 7-11-2022.
- Movisie, “ggz Agoog beroepscompetentieprofiel HBO”, 2012.
- Nationale Drugmonitor.
- NIP en NVGzP, “De gz-psycholoog. Beroepsprofiel”, 2020.
- NIP en NVGzP, “De klinisch neuropsycholoog. Beroepsprofiel”, 2020.
- NIP en NVGzP, “De klinisch psycholoog. Beroepsprofiel”, 2020.
- Nivel, “De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit”, 2021.
- Nivel, “De verwachte instroom in het 'nieuwe' beroep van gz-psycholoog generalist en de klinisch psycholoogpsychotherapeut. Een verkennende schatting”, 2021.
- Nivel, “Het ‘stuwmeer’ voor de GZ-opleiding: een analyse op basis van gegevens uit de vLOGO-registratie”, 2021.
- Nivel, “Het arbeidsaanbod van de beroepen geestelijke gezondheid”, 2022.

- Nivel, “Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Resultaten van de peiling in 2022”, 2022.
- Nivel, “Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Resultaten van de peiling in 2022”, 2022.
- NVP, “Beroepsprofiel psychotherapeut”, 2007
- NZa en veldpartijen, “Invoering zorgprestatie-model in de ggz en fz”, 27-10-2021.
- NZa, ‘Financiële prikkels en de effecten op de publieke belangen’, maart 2020.
- POH-GGZ, “Functie- & competentieprofiel Praktijkondersteuner huisarts GGZ”, 2020.
- RIVM, “Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)”, 2018.
- SEO, “Evaluatie ramingsmodel Capaciteitsorgaan”, 2020.
- SiRM, “Raming van vraag naar GG-beroepen. De verwachte impact van (beleids-) ontwikkelingen”, 2022.
- Skipr, diverse artikelen.
- Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden, 2020, 62422.
- TBS Nederland, “Cijfers en Bijzonderheden 2021”, 2022.
- The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA-studie), <https://www.nesda.nl>.
- Trimbos-instituut & Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ), “Functie POH-GGZ | Succesfactoren en verbeterpunten”, 2021.
- Trimbosinstituut i.s.m. de Universiteit Utrecht en het SCP, “HSBC (Health Behaviour in School-aged Children)”, 2017.
- Trimbosinstituut, “Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2): de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking”, 2010.
- V&VN-SPV, “Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige”, 2014.
- V&VN, “Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist”, 2019.
- Van Dijk Eva L et al., “Sick or Sad? A Qualitative Study on How Dutch GPs Deal With Sadness Complaints Among Young Adults”, in Frontiers in Sociology, 2022.
- VGN, ‘Visiedocument 2030’, november 2020
- Wet BIG
- Zorginstituut Nederland, “Kader Passende zorg”, juni 2022.
- Zorginstituut Nederland, “Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ”, opgenomen in het register op 15-12-2020.
- Zorgvisie, diverse artikelen.

Bijlagen

Bijlage 1: overzicht parameterwaarden conform voorkeursadviezen

Tabel 15: parameterwaarden

		GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neuro- psycholoog	Verpleeg- kundig spe- cialist ggz	Ver- slavingsarts KNMG
Opleidingen							
Opleidingsduur		2,2	3,5	4,1	4,3	2,6	2,2
Intern rendement voor in- stroom vanaf 2022		99%	99%	98%	93%	81%	86%
Intern rendement per 01-01- 2022 al in opleiding		99%	99%	99%	93%	90%	90%
Jaarlijkse instroom		1098	314	176	19	172	15
In opleiding per leerjaar		1196	293	153	19	183	14
Percentage vrouwen		92%	83%	81%	87%	77%	49%
Zorgvraag							
Demografie	2027	2,7%	2,6%	2,60%	3,70%	3,10%	1,80%
	2032	4,1%	3,5%	3,40%	6,00%	4,80%	2,40%
	2037	5,2%	3,8%	2,80%	7,70%	5,90%	2,70%
	2042	6,5%	4,3%	4,30%	9,20%	7,10%	3,30%
Epidemiologie		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,54%
Sociaal cultureel		0,69%	0,77%	0,81%	0,36%	0,61%	3,25%
Onvervulde vraag		15,8%	8,3%	20,2%	52,1%	31,9%	41,3%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%	0%	0%	0%
Zorgaanbod							
Werkzame zorgverleners		15.785	4.462	2.050	164	1.418	186
Gemiddeld fte man		0,71	0,58	0,7	1,08	0,99	0,96
Gemiddeld fte vrouw		0,65	0,53	0,7	0,9	0,93	0,95
Percentage werkzame vrouwen		83%	67%	67%	78%	71%	49%
Uitstroom							
mannen	tot 2027	22,8%	30,0%	32,4%	34,7%	16,7%	18,2%
	tot 2032	45,6%	60,0%	64,7%	69,3%	33,4%	36,4%
	tot 2037	58,2%	74,5%	76,2%	80,1%	50,5%	53,8%
	tot 2042	70,7%	88,9%	87,7%	90,9%	67,6%	71,1%
vrouwen	tot 2027	13,1%	21,7%	25,5%	18,6%	13,5%	10,6%
	tot 2032	26,1%	43,4%	50,9%	37,2%	27,0%	21,2%
	tot 2037	39,1%	59,1%	66,6%	56,2%	43,0%	34,5%
	tot 2042	52,1%	74,8%	82,2%	75,2%	58,9%	47,8%

Extern rendement							
mannen	Na 1 jaar	97%	96,0%	100,00%	100,0%	98,0%	99,0%
	Na 5 jaar	87%	87,0%	99,00%	99,0%	90,0%	95,0%
	Na 10 jaar	74%	75,0%	96,00%	99,0%	77,0%	83,0%
	Na 15 jaar	67%	68,0%	86,00%	86,0%	65,0%	74,0%
vrouwen	Na 1 jaar	97%	96,0%	100,00%	99,0%	99,0%	99,0%
	Na 5 jaar	91%	87,0%	100,00%	94,0%	94,0%	94,0%
	Na 10 jaar	81%	76,0%	99,00%	87,0%	85,0%	82,0%
	Na 15 jaar	74%	68,0%	91,00%	80,0%	72,0%	72,0%
Werkproces							
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0,37%	0,25%	0,41%	0,15%	1,21%	0,01%
Efficiency		-0,48%	-0,49%	-0,23%	0,00%	-0,47%	-0,46%
Substitutie horizontaal		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Substitutie verticaal		3,11%	0,00%	0,00%	0,00%	3,44%	0,00%
Overig							
Doorstroomcorrectie		nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Evenwichtsperiode		10	10	10	10	10-12	10-12

Bijlage 2: Impact Beroepenstructuur Psychologische Zorg

Binnen het programma Beroepenstructuur Psychologische Zorg worden twee nieuwe samengestelde beroepen voorgesteld:

1. Gezondheidszorgpsycholoog generalist: een samenvoeging van de GZ-psycholoog en de K&J-psycholoog NIP.
2. Klinisch psycholoog – psychotherapeut: een samenstelling van de klinisch psycholoog en psychotherapeut.

De profielen van de twee nieuwe beroepen zijn op het moment van opstellen van het rapport nog niet bekend. Op basis van de op dit moment bekende informatie wordt in deze bijlage een inschatting gegeven van de instroomadviezen voor de twee nieuwe samengestelde beroepen.

De behoefte aan het nieuwe beroep klinisch psycholoog-psychotherapeut hangt sterk af van de inhoudelijke invulling die aan dit nieuwe beroep gegeven wordt en de mate waarin zorgaanbieders dit nieuwe beroep inzetten.

Gezondheidszorgpsycholoog generalist

De GZ-psycholoog generalist is een samenvoeging van de GZ-psycholoog waar al een beschikbaarheidbijdrage voor bestaat, en de K&J-psycholoog NIP waarvoor deze niet bestaat.

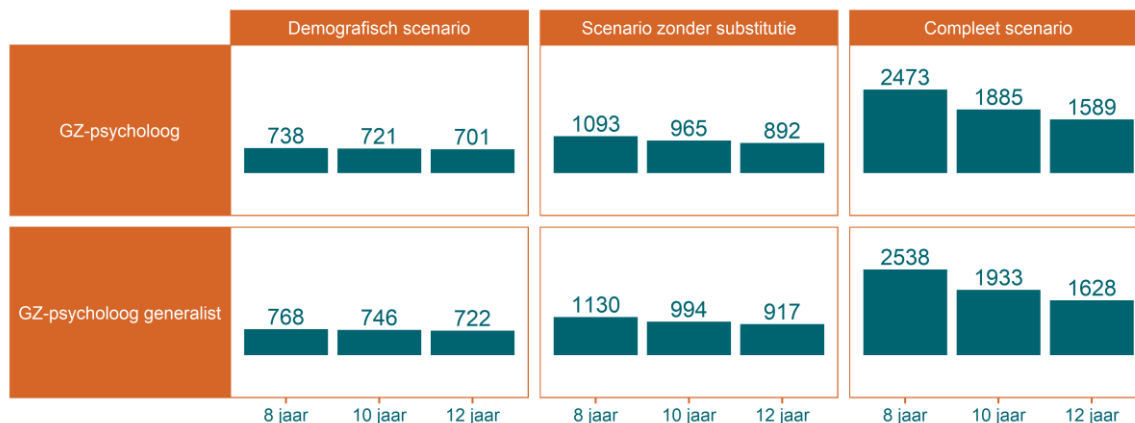
Voor de GZ-psycholoog worden de cijfers uit de raming gebruikt. Voor de K&J psycholoog NIP zijn er echter beperkt gegevens beschikbaar. Het NIP heeft enkele gegevens verstrekt:

Per 1 januari 2022 zijn er 1219 geregistreerde K&J psychologen NIP. In 2020 had 74% van de K&J psychologen NIP ook al een registratie als GZ-psycholoog. Het aantal actieve K&J psychologen NIP in opleiding is 154, met een gemiddelde opleidingsduur van 5 jaar.

Bij het berekenen van de instroom van het samengestelde beroep GZ-psycholoog/ K&J psycholoog NIP wordt er daarmee vanuit gegaan dat er $26\% \times 1219 = 317$ extra beroepsbeoefenaren werkzaam zijn (indien alle geregistreerden ook daadwerkelijk werkzaam zijn) die nog geen GZ-psycholoog registratie hadden. Er zijn $26\% \times 154 / 5 = 8$ extra personen per jaar al in opleiding.

Deze gegevens worden opgeteld bij de werkzame GZ-psychologen en die in opleiding. Voor alle andere parameters wordt aangenomen dat deze hetzelfde zijn als die voor de GZ-psycholoog.

Figuur 15: advies gezondheidszorgpsycholoog generalist.



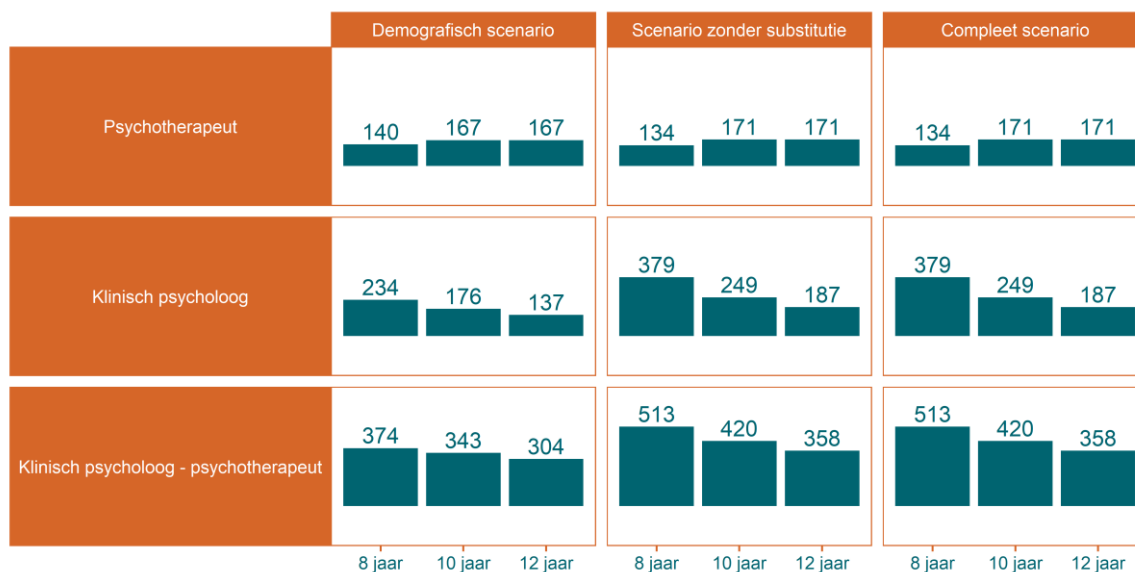
Het voorkeursadvies voor het nieuwe beroep gezondheidszorgpsycholoog generalist is daarmee 1933.

Klinisch psycholoog - psychotherapeut

De klinisch psycholoog – psychotherapeut is een samenstelling van twee beroepen die momenteel al geraamd worden, de klinisch psycholoog en psychotherapeut. Er is daarbij een aanzienlijke overlap tussen de twee beroepen: 85% van de geregistreerde klinisch psychologen heeft ook een registratie als psychotherapeut. Daarbij komt dat klinisch psychologen na hun opleiding ook een registratie als psychotherapeut kunnen verkrijgen.

Binnen de raming is rekening gehouden met de overlap tussen de beroepen. Daarom kunnen de adviezen voor de losse beroepen worden opgeteld om te komen tot een nieuw advies. Het voorkeursadvies voor het nieuwe beroep klinisch psycholoog – psychotherapeut is daarmee 420.

Figuur 16: Advies klinisch psycholoog - psychotherapeut



Bijlage 3: geraadpleegde experts

Delphi-sessies

Het Capaciteitsorgaan heeft met ondersteuning van SiRM zes Delphi-sessies georganiseerd in april en mei 2022. Aan de sessies namen 46 experts deel die zijn voorgedragen door de relevante veldpartijen. De achtergrond van de genodigden is divers en conform de tripartite inrichting van het Capaciteitsorgaan. Zo worden de verschillende visies en verwachtingen van de benodigde kanten belicht. De definitieve waarden van de parameters zijn bepaald door de Kamer Beroepen Geestelijke Gezondheid. Het rapport van SiRM is te vinden op de websites van het Capaciteitsorgaan en SiRM.

In de sessies bespraken de experts welke ontwikkelingen naar verwachting plaatsvinden en wat de verwachte impact hiervan is. Het verschilt per sector welke beroepen GG er voornamelijk werken en welke nieuwe (beleids-) ontwikkelingen in welke mate relevant zijn. De sessies zijn daarom georganiseerd naar sector/werkveld:

- Sessie jeugd;
- Sessie ziekenhuis - en revalidatiezorg;
- Sessie ouderen- en gehandicaptenzorg;
- Sessie verslavings- en forensische zorg;
- Twee sessies ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken.

De sessies zijn gebaseerd op de Delphi-methode. Een onderdeel hiervan is dat de sessies zijn voorbereid door een vragenlijst uit te zetten per sector. In de vragenlijst waren de ontwikkelingen opgenomen, waarvan op basis van gesprekken van het Capaciteitsorgaan met de KBGG op voorhand een eventuele impact verwacht werd. Omdat het verschilt per sector welke ontwikkelingen impact hebben, verschilden de opgenomen ontwikkelingen in de vragenlijst per sector. In de vragenlijst konden de experts per ontwikkeling aangeven op welk(e) beroep(en) zij impact verwachten. Hierbij is de experts gevraagd om een reële inschatting te maken en wensdenken te vermijden. Aan het einde van de vragenlijst is de mogelijkheid geboden andere aanvullende ontwikkelingen aan te dragen⁷⁹.

Tabel 16: deelnemers Delphi-sessies

Naam	Functie of beroep op moment van Delphi-sessie	Aangedragen door	Delphi-sessie
Marieke Erken	Orthopedagoog- generalist	NVO	Jeugd
Marije Freriksen	Orthopedagoog- generalist	NVO	Jeugd
Erica Harteveld	Bestuurder Karakter	NL-ggz	jeugd
Yael Meijer	GZ-psycholoog	NIP/NVGzP	jeugd
Joram van Leeuwen	Coördinator centrale inkoop	VNG	Jeugd
Herwin Tros	Manager Accare Child Study Center Opleidingen	NL-ggz	Jeugd
Godelieve Cazemier	GZ-psycholoog en vakgroepcoördinator bij Merem	NIP/NVGzP	Ziekenhuis- en revalidatiezorg
Joost Derwig	Klinisch Psycholoog	NIP/NVGzP	Ziekenhuis- en revalidatiezorg
Marieke Fonk	Klinisch Psycholoog	NIP/NVGzP	Ziekenhuis- en revalidatiezorg
Eke van Loon	GZ-psycholoog en vakgroepvoorzitter Tolbrug	NIP/NVGzP	Ziekenhuis- en revalidatiezorg
Cecile Zwitserlood	verpleegkundig specialist ggz	V&VN VS	Ziekenhuis- en revalidatiezorg

⁷⁹ SiRM (2022), p.3-4.

Hilke van Cuylenborg	GZ-psycholoog	NIP/NVGzP	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Maud Defesche	GZ-psycholoog en praktijkopleider OG en Gz	VGN	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Dorine van Driel	Klinisch psycholoog, hoofdopleider gz-opleiding	RINO Amsterdam	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Lianneke Egberink	Verpleegkundig specialist ggz	V&VN VS	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Maarteke Erkens	Bestuurder ASVZ	VGN	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Marja Hodes	Klinisch psycholoog en orthopedagoog- generalist	VGN	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Aliena Leidekker	GZ-psycholoog	NIP/NVGzP	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Marja Vink	Klinisch psycholoog	NIP/NVGzP	Ouderen- en gehandicaptenzorg
Mariëtte Keijser	Bestuurder De Forensische Zorgspecialisten	NL-ggz	Verslavings- en forensische zorg
Inge Koomen	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie		Verslavings- en forensische zorg
Ineke de Noord	Verslavingsarts KNMG	VVGN	Verslavings- en forensische zorg
Eefje Plegt	Verpleegkundig specialist ggz	V&VN VS	Verslavings- en forensische zorg
Arne Rijkeboer	Verpleegkundig specialist ggz	V&VN VS	Verslavings- en forensische zorg
Mirjam Voskamp	Verslavingsarts KNMG	VVGN	Verslavings- en forensische zorg
Joost Walraven	Klinisch psycholoog	NIP/NVGzP	Verslavings- en forensische zorg
Ranne de Waard	GZ-psycholoog	NIP/NVGzP	Verslavings- en forensische zorg, ggz- instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Jos Brinkmann	Bestuurder GGZ Noord-Holland Noord	NL-ggz	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Danielle Budel	Beleidsadviseur MIND	MIND	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Paul Felix	Adviserend geneeskundige Menzis	ZN	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1 en 2
Jeroen Gomes	Masterpsycholoog	NIP	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Els Graafsma	Klinisch psycholoog	NIP/NVGzP	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Ivo Knotnerus	Menzis	ZN	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Chris Nas	Beleidsmedewerker LVVP	LVVP	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Maartje Schoorl	Klinisch psycholoog, hoofdopleider GZ-opleiding	vLOGO	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Wencke de Wildt	Bestuurder GGZ InGeest	NL-ggz	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 1
Anneloes van den Broek	Klinisch psycholoog	NIP/NVGzP	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Angelique van Diepen	Klinisch psycholoog / p-opleider Lentis	LPO	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Pieter Dingemanse	Psychotherapeut	NVP	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Leon de Jong	Bestuurder HSK Groep	MEERggz	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Frank Jonker	Klinisch Neuropsycholoog	NIP/NVGzP	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Henk Mathijssen	Lid MIND	MIND	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Pascale Rollé	Senior opleider VS-ggz	GGZVS	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2

Kim Schuch	Verpleegkundig specialist ggz	V&VN VS	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Jim van Os	Psychiater, hoogleraar	UMC Utrecht	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2
Pascal Vermeulen	Klinisch psycholoog en psychotherapeut	NIP/NVGzP	Ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken sessie 2

Netwerkgesprekken / interviews

Naast Delphi-sessies heeft het Capaciteitsorgaan ook netwerkgesprekken cq. interviews georganiseerd (individueel of in groepsverband).

Tabel 17: deelnemers netwerkgesprekken/interviews.

Naam	Functie of beroep op moment van gesprek	Organisatie/instelling	Sector
Alette van Dijk	Projectleider regionale samenwerking Twente ouderenzorg	regionale samenwerking Twente ouderenzorg	Ouderenzorg
Alice Veen-Bos	Projectleider Behandelgroep	Amstelring	Ouderenzorg
Alice Vegter	P-opleider, klinisch psycholoog	GGZ Drenthe	GGZ
Aline Poolen-Van den Brink	Bestuurder	Zorgaccent, regionale samenwerking Twente ouderenzorg	Ouderenzorg
Anne-Marie Schram	Bestuurder, bestuur RINO Zuid, psychiater	GGZ Oost Brabant, RINO Zuid	GGZ
Arjan Theil	Bestuurder, kinder- en jeugdpsychiater	GGZ Centraal	GGZ
Arne Theunissen	Manager behandeling	Ons Tweede Thuis	Gehandicaptenzorg
Arthur Notermans	Bestuurder	GGZ Drenthe - Espria	GGZ
Birgit Deneer	P-opleider, LPO-bestuur, GZ-psycholoog	De Waag-Forensische Zorgspecialisten, LPO	FZ
Carla Hagestein	Decaan/directeur, psychiater	Parnassia Groep Academie	GGZ
Caroline Polak	Praktijkopleider, GZ-psycholoog	ZGAO	Ouderenzorg
Casper Baar	Manager behandeldienst	Inovum	Ouderenzorg
Claudia Oosterwaal	Praktijkopleider, GZ-psycholoog	Amstelring	Ouderenzorg
Dennis Robroek	Praktijkopleider, verpleegkundig specialist GGZ	Mondriaan	GGZ
Eddy Zijlstra	HR-adviseur	GGZ Drenthe	GGZ
Elnathan Prinsen	Bestuurder, psychiater	Parnassia Groep	GGZ
Erik Mulder	Bestuurder-directeur Zorg, kinder- en jeugdpsychiater	GGZ Drenthe	GGZ
Esther Verhooren	HR-functionaris	Mondriaan	GGZ
Floor van Dijk	Bestuurder, psychiater	Arkin	GGZ
Florine Burger	GZ-psycholoog	Amstelring	Ouderenzorg
Gharty Filemon	Manager Behandelzaken	WZH	Ouderenzorg
Hilda van der Hek	Bestuurder, bestuur PPO Groningen	GGZ Drenthe	GGZ
Irene Orbons	P-opleider, klinisch psycholoog	Mondriaan	GGZ
Iwan Solen	Manager Behandel dienst	Zorggroep Sint Maarten, regionale samenwerking Twente ouderenzorg	Ouderenzorg
Jeanette Dijkstra	Klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog, afdelingshoofd Medische Psychologie, vice-voorzitter College FGzPt	MUMC+	Ziekenhuis
Jeroen Hoenderkamp	Manager Strategie & Kennisontwikkeling	Koraal	Gehandicaptenzorg

Jeroen Smale	Beleidsadviseur	Revalidatie Nederland	Revalidatie
Jochanan Huijser	Bestuurder, psychiater, bestuur SPON Nijmegen	GG Net, SPON Nijmegen	GGZ
Jos de Keijser	Bijzonder hoogleraar, hoofdopleider PT- KP-opleiding, klinisch psycholoog	Rijksuniversiteit Groningen, GGZ Friesland, PPO Groningen	GGZ
Karen Schipper	GZ-psycholoog	Reinaerde	Gehandicaptenzorg
Kim Camfferman	Interim-directeur HR	Arkin	GGZ
Laura Batstra	Adjunct-hoogleraar	Rijksuniversiteit Groningen	
Maaïke Verheul	Praktijkopleider, GZ-psycholoog	WZH	Ouderenzorg
Maïe el Boushy	P-opleider, klinisch psycholoog	Arkin	GGZ
Marc Verbraak	Bestuurder, klinisch psycholoog	Pro Persona	GGZ
Marga Bijma	Directeur GGZ Praktijk, verpleegkundig specialist GGZ	GGZ Praktijk	GGZ
Maria Lemmens	P-opleider, klinisch psycholoog	Mondriaan	GGZ
Marit Bierman	P-opleider, klinisch psycholoog	GGZ Centraal	GGZ
Maud Defesche	Praktijkopleider GZ-/OG-opleiding, GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist	Koraal	Gehandicaptenzorg
Monique Nobelen	Directeur P&O	Reinier van Arkel	GGZ
Paulien Goossens	Bestuurder	Merem	Revalidatie
Peter Dijkshoorn	Ambassadeur lerend jeugdstelsel, kinder- en jeugdpsychiater n.p.	VNG	Jeugd
Peter Greeven	P-opleider, hoofd behandelmaken, klinisch psycholoog	Novadic Kentron	Verslavingszorg
Philippe Delespaul	Hoogleraar, GZ-psycholoog	MUMC+, Mondriaan	Ziekenhuis, GGZ
Radboud Quik	Bestuurder	Koraal	Gehandicaptenzorg, Jeugd
Regina Falck	Directeur behandeling en expertise, klant & ontwikkeling	Zorgspectrum	Ouderenzorg
Roel de Bruijn	Bestuurder	Ons Tweede Thuis	Gehandicaptenzorg
Ronald Touw	Verpleegkundig specialist GGZ, Manager bedrijfsvoering verpleegkundige en agogische opleidingen	Parnassia Groep Academie	Verslavingszorg
Rudolf Ponds	Hoogleraar, klinisch neuropsycholoog, voorzitter NVGzP	Amsterdam UMC, NVGzP	Ziekenhuis
Sita Roorda	Praktijkopleider, verpleegkundig specialist GGZ	GGZ Friesland	GGZ
Sjoerd Colijn	Hoofdopleider PT, psychotherapeut, lid Opleidingsraad FGzPt	RINO Groep	GGZ
Teresa Furtado Placido	GZ-psycholoog, manager behandeling en expertise	Carintreggeland, regionale samenwerking Twente ouderenzorg	Ouderenzorg
Theo Bouman	Hoogleraar, hoofdopleider Gz-opleiding, lid Opleidingsraad FGzPt	PPO Groningen	
Tom van der Schoot	P-opleider, klinisch psycholoog	GGZ Friesland	GGZ
Ton Dhondt	Bestuurder, psychiater	GGZ Friesland	GGZ
Tonnie Prinsen	Voorzitter FGzPt, p-opleider	FGzPt, Dimence	GGZ
Yvonne Stikkelbroek	P-opleider, klinisch psycholoog	GGZ Oost Brabant	GGZ

Wij danken al degenen die hebben meegewerkt en input hebben geleverd!

Bijlage 4: historisch overzicht parameterwaarden 2018 t/m 2022

Herijking en actualisatie van alle parameterwaarden vormt de basis van de twee-of driejaarlijkse ramingscyclus die het Capaciteitsorgaan uitvoert, vanuit het principe dat 'plan long, act short and update often' dat ook internationaal bij health workforce planning wordt gevolgd. Het is echter niet altijd goed mogelijk om door de jaren heen zoveel mogelijk dezelfde onderzoeksmethoden-, bronnen en rekenmodel te hanteren. De vergelijkbaarheid van de parameterwaarden en instroomadviezen door de jaren heen is daarmee niet altijd geheel mogelijk.

Een goed voorbeeld is de invoering van de wet AVG geweest welke het onmogelijk heeft gemaakt om voor de raming 2022 alle BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren rechtstreeks te benaderen voor deelname aan de onderzoeken. Een ander voorbeeld is dat het CBS voorlopige en definitieve aantallen registraties hanteert. Het CBS voert soms later correcties uit waardoor de definitieve aantallen afwijken van de voorlopige aantallen. Het kan dan voorkomen dat aantallen die in 2018 aan het CBS zijn ontleend bij de volgende raming gecorrigeerd zijn in de definitieve aantallen en dus in een volgende raming anders zijn. Ook kunnen bepaalde ontwikkelingen in opeenvolgende ramingen onder een andere parameter geschaard worden. Dit geldt vooral voor de sociaal-culturele- en werkprocesparameters. Een nieuwe bekostiging kan direct na invoering onder sociaal-cultureel geschaard worden, terwijl de uitwerking van die nieuwe bekostiging drie jaar later in de volgende raming onder efficiency (werkproces) meegenomen wordt.

Mede naar aanleiding van de evaluatie van het ramingsmodel 2.0 dat is gebruikt voor de raming van 2018 zijn voor de raming 2022 veranderingen doorgevoerd in de rekenregels van het model (versie 3.0). Deze verandering betreft het op een andere manier wegen van verticale substitutie en de arbeidstijdsverandering. In versie 2.0 waren deze ontwikkelingen multiplicatief gemodelleerd, waardoor het effect van deze twee factoren is vermenigvuldigd met het effect van de andere (niet-demografische) vraagfactoren. In versie 3.0 is gekozen voor een meer additief model, waardoor de vraagontwikkelingen meer gelijkwaardig gemodelleerd worden. Demografie en on vervulde vraag blijven wel multiplicatief gemodelleerd. Korte en lange termijn effecten van versiewijzigingen in het model worden gemonitord om zo continu te kunnen blijven verbeteren. De aanpassing in het 3.0-model kan voor een aantal instroomadviezen het gevolg hebben dat deze iets afwijkt van het instroomadvies dat zou worden afgegeven als die zou zijn doorgerekend met de 2.0 versie. Dit 'versie-

effect' is echter klein en hangt samen met de parameterwaarden voor verticale substitutie en arbeidstijdverandering.

Tabel 18: historisch overzicht parameterwaarden GZ-psycholoog.

		GZ-psycholoog Raming 2018	GZ-psycholoog Tussentijds 2020	GZ-psycholoog Raming 2022
Opleidingen				
Opleidingsduur		2,2	2,2	2,2
Intern rendement voor instroom vanaf ramings- jaar		100%	100%	99%
Intern rendement per 01-01 al in opleiding		100%	100%	99%
Jaarlijkse instroom		691	691	1098
In opleiding per leerjaar		882	882	1196
Percentage vrouwen		90%	90%	92%
Zorgvraag				
Demografie	5 jaar	1,0%	3,5%	2,7%
	10 jaar	1,2%	4,5%	4,1%
	15 jaar	0,8%	5,5%	5,2%
	20 jaar	2,2%	7,0%	6,5%
Epidemiologie		0%	0%	0,1%
Sociaal cultureel		2%	2,4%	0,69%
Onvervulde vraag		9,9%	9,9%	15,8%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%
Zorgaanbod				
Werkzame zorgverleners		10.649	10.649	15.785
Gemiddeld fte man		0,97	0,97	0,71
Gemiddeld fte vrouw		0,82	0,82	0,65
Percentage werkzame vrouwen		86%	86%	83%
Uitstroom				
mannen	5 jaar	24,0%	24,0%	22,8%
	10 jaar	42,9%	42,9%	45,6%
	15 jaar	53,0%	53,0%	58,2%
	20 jaar	59,0%	59,0%	70,7%
vrouwen	5 jaar	11,3%	11,3%	13,1%
	10 jaar	22,2%	22,2%	26,1%
	15 jaar	32,3%	32,3%	39,1%
	20 jaar	43,0%	43,0%	52,1%
Extern rendement				
mannen	Na 1 jaar	99%	99%	97%
	Na 5 jaar	93%	93%	87%
	Na 10 jaar	90%	90%	74%
	Na 15 jaar	87%	87%	67%
vrouwen	Na 1 jaar	99%	99%	97%
	Na 5 jaar	93%	93%	91%
	Na 10 jaar	90%	90%	81%
	Na 15 jaar	87%	87%	74%
Werkproces				
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		-1,25%	-1,25%	0,37%
Efficiency		0,5%	0,5%	-0,48%
Substitutie horizontaal		0,75%	0,75%	0,00%
Substitutie verticaal		0%	0%	3,11%

Tabel 19: historisch overzicht parameterwaarden psychotherapeut

		Psychotherapeut Raming 2018	Psychotherapeut Tussentijds 2020	Psychotherapeut Raming 2022
Opleidingen				
Opleidingsduur		3,5	3,5	3,5
Intern rendement voor instroom vanaf 2018		99%	99%	99%
Intern rendement per 01-01-2018 al in opleiding		100%	100%	99%
Jaarlijkse instroom		103	103	314
In opleiding per leerjaar		90	90	135
Percentage vrouwen		89%	89%	83%
Zorgvraag				
Demografie	5 jaar	0,2%	3,0%	2,6%
	10 jaar	-0,4%	3,6%	3,5%
	15 jaar	-1,1%	3,2%	3,8%
	20 jaar	-1,6%	3,0%	4,3%
Epidemiologie		0%	0%	0,1%
Sociaal cultureel		2%	2%	0,77%
Onvervulde vraag		9,9%	4,1%	8,3%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%
Zorgaanbod				
Werkzame zorgverleners		1.913	1.913	4.462
Gemiddeld fte man		0,84	0,84	0,58
Gemiddeld fte vrouw		0,82	0,82	0,53
Percentage werkzame vrouwen		74%	74%	67%
Uitstroom				
mannen	5 jaar	43,2%	43,2%	30,0%
	10 jaar	58,9%	58,9%	60,0%
	15 jaar	72,0%	72,0%	74,5%
	20 jaar	80,3%	80,3%	88,9%
vrouwen	5 jaar	18,6%	18,6%	21,7%
	10 jaar	30,3%	30,3%	43,4%
	15 jaar	48,0%	48,0%	59,1%
	20 jaar	64,8%	64,8%	74,8%
Extern rendement				
mannen	Na 1 jaar	99%	99%	96,0%
	Na 5 jaar	92%	92%	87,0%
	Na 10 jaar	88%	88%	75,0%
	Na 15 jaar	84%	84%	68,0%
vrouwen	Na 1 jaar	99%	99%	96,0%
	Na 5 jaar	92%	92%	87,0%
	Na 10 jaar	88%	88%	76,0%
	Na 15 jaar	84%	84%	68,0%
Werkproces				
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0%	0%	0,25%
Efficiency		0%	0%	-0,49%
Substitutie horizontaal		-0,7%	-0,7%	0,00%
Substitutie verticaal		-1%	-1%	0,00%

Tabel 20: historisch overzicht parameterwaarden klinisch psycholoog.

		Klinisch psycholoog Raming 2018	Klinisch psycholoog Tussentijds 2020	Klinisch psycholoog Raming 2022
Opleidingen				
Opleidingsduur		4,1	4,1	4,1
Intern rendement voor instroom vanaf 2018		99%	99%	98%
Intern rendement per 01-01-2018 al in opleiding		100%	100%	99%
Jaarlijkse instroom		137	137	176
In opleiding per leerjaar		129	129	153
Percentage vrouwen		83%	83%	81%
Zorgvraag				
Demografie	5 jaar	0,9%	3,0%	2,60%
	10 jaar	0,7%	3,5%	3,40%
	15 jaar	-0,1%	3,3%	2,80%
	20 jaar	0,1%	3,3%	4,30%
Epidemiologie		0%	0%	0,1%
Sociaal cultureel		2%	2%	0,81%
Onvervulde vraag		9,9%	13,4%	20,2%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%
Zorgaanbod				
Werkzame zorgverleners		2.069	2.069	2.050
Gemiddeld fte man		0,98	0,98	0,7
Gemiddeld fte vrouw		0,90	0,90	0,7
Percentage werkzame vrouwen		70%	70%	67%
Uitstroom				
mannen	5 jaar	33,5%	33,5%	32,4%
	10 jaar	58,6%	58,6%	64,7%
	15 jaar	72,8%	72,8%	76,2%
	20 jaar	80,8%	80,8%	87,7%
vrouwen	5 jaar	17,2%	17,2%	25,5%
	10 jaar	35,6%	35,6%	50,9%
	15 jaar	52,1%	52,1%	66,6%
	20 jaar	67,2%	67,2%	82,2%
Extern rendement				
mannen	Na 1 jaar	100%	100%	100,00%
	Na 5 jaar	98%	98%	99,00%
	Na 10 jaar	96%	96%	96,00%
	Na 15 jaar	94%	94%	86,00%
vrouwen	Na 1 jaar	100%	100%	100,00%
	Na 5 jaar	98%	98%	100,00%
	Na 10 jaar	96%	96%	99,00%
	Na 15 jaar	94%	94%	91,00%
Werkproces				
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0%	0%	0,41%
Efficiency		0%	0%	-0,23%
Substitutie horizontaal		0%	0%	0,00%
Substitutie verticaal		1,25%	1,25%	0,00%

Tabel 21: historisch overzicht parameterwaarden klinisch neuropsycholoog.

		Klinisch neuropsycholoog Raming 2018	Klinisch neuropsycholoog Tussentijds 2020	Klinisch neuropsycholoog Raming 2022
Opleidingen				
Opleidingsduur		4,1	4,1	4,3
Intern rendement voor instroom vanaf 2018		100%	100%	93%
Intern rendement per 01-01-2018 al in opleiding		100%	100%	93%
Jaarlijkse instroom		13	13	19
In opleiding per leerjaar		13	13	19
Percentage vrouwen		78%	78%	87%
Zorgvraag				
Demografie	5 jaar	2,6%	3,0%	3,70%
	10 jaar	4,2%	4,2%	6,00%
	15 jaar	4,9%	5,3%	7,70%
	20 jaar	6,5%	6,8%	9,20%
Epidemiologie		0%	0%	0,1%
Sociaal cultureel		2,5%	2,6%	0,36%
Onvervulde vraag		19%	19%	52,1%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%
Zorgaanbod				
Werkzame zorgverleners		139	139	164
Gemiddeld fte man		0,85	0,85	1,08
Gemiddeld fte vrouw		0,85	0,85	0,9
Percentage werkzame vrouwen		68%	68%	78%
Uitstroom				
mannen	5 jaar	21,9%	21,9%	34,7%
	10 jaar	42,9%	42,9%	69,3%
	15 jaar	69,7%	69,7%	80,1%
	20 jaar	83,5%	83,5%	90,9%
vrouwen	5 jaar	2,1%	2,1%	18,6%
	10 jaar	14,5%	14,5%	37,2%
	15 jaar	27,3%	27,3%	56,2%
	20 jaar	46,5%	46,5%	75,2%
Extern rendement				
mannen	Na 1 jaar	100%	100%	100,0%
	Na 5 jaar	98%	98%	99,0%
	Na 10 jaar	96%	96%	99,0%
	Na 15 jaar	94%	94%	86,0%
vrouwen	Na 1 jaar	100%	100%	99,0%
	Na 5 jaar	98%	98%	94,0%
	Na 10 jaar	96%	96%	87,0%
	Na 15 jaar	94%	94%	80,0%
Werkproces				
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0%	0%	0,15%
Efficiency		0%	0%	0,00%
Substitutie horizontaal		0%	0%	0,00%
Substitutie verticaal		3,75%	3,75%	0,00%

Tabel 22: historisch overzicht parameterwaarden verpleegkundig specialist GGZ

		Verpleegkundig specialist ggz Raming 2018	Verpleegkundig specialist ggz Tussentijds 2020	Verpleegkundig specialist ggz Raming 2022
Opleidingen				
Opleidingsduur		2,6	2,6	2,6
Intern rendement voor instroom vanaf 2018		76%	76%	81%
Intern rendement per 01-01-2018 al in opleiding		84%	84%	90%
Jaarlijkse instroom		155	155	172
In opleiding per leerjaar		137	137	183
Percentage vrouwen		74%	74%	77%
Zorgvraag				
Demografie	5 jaar	1,1%	3,5%	3,10%
	10 jaar	1,6%	4,8%	4,80%
	15 jaar	2,1%	5,1%	5,90%
	20 jaar	2,0%	5,3%	7,10%
Epidemiologie		0%	0%	0,1%
Sociaal cultureel		2%	2,6%	0,61%
Onvervulde vraag		17,6%	17,6%	31,9%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%
Zorgaanbod				
Werkzame zorgverleners		954	954	1418
Gemiddeld fte man		0,97	0,97	0,99
Gemiddeld fte vrouw		0,90	0,90	0,93
Percentage werkzame vrouwen		70%	70%	71%
Uitstroom				
mannen	5 jaar	5,8%	5,8%	16,7%
	10 jaar	20,5%	20,5%	33,4%
	15 jaar	39,2%	39,2%	50,5%
	20 jaar	56,9%	56,9%	67,6%
vrouwen	5 jaar	3,5%	3,5%	13,5%
	10 jaar	17,8%	17,8%	27,0%
	15 jaar	39,1%	39,1%	43,0%
	20 jaar	54,5%	54,5%	58,9%
Extern rendement				
mannen	Na 1 jaar	97%	97%	98,0%
	Na 5 jaar	97%	97%	90,0%
	Na 10 jaar	92%	92%	77,0%
	Na 15 jaar	87%	87%	65,0%
vrouwen	Na 1 jaar	97%	97%	99,0%
	Na 5 jaar	97%	97%	94,0%
	Na 10 jaar	92%	92%	85,0%
	Na 15 jaar	87%	87%	72,0%
Werkproces				
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0%	0%	1,21%
Efficiency		0%	0%	-0,47%
Substitutie horizontaal		0%	0%	0,00%
Substitutie verticaal		5%	5%	3,44%

Tabel 23: historisch overzicht parameterwaarden verslavingsarts KNMG.

		Verslavingsarts KNMG Raming 2018	Verslavingsarts KNMG Tussentijds 2020	Verslavingsarts KNMG Raming 2022
Opleidingen				
Opleidingsduur		2	2	2,2
Intern rendement voor instroom vanaf 2018		77,4%	77,4%	86%
Intern rendement per 01-01-2018 al in opleiding		77,4%	77,4%	90%
Jaarlijkse instroom		13,3	13,3	15
In opleiding per leerjaar		17,7	17,7	14
Percentage vrouwen		44%	44%	49%
Zorgvraag				
Demografie	5 jaar	-1,0%	3,0%	1,80%
	10 jaar	-3,1%	2,8%	2,40%
	15 jaar	-5,0%	2,6%	2,70%
	20 jaar	-6,0%	2,0%	3,30%
Epidemiologie		0,54%	0,54%	0,54%
Sociaal cultureel		1%	1,7%	3,25%
Onvervulde vraag		3%	3%	41,3%
Arbeidstijdverandering		0%	0%	0%
Zorgaanbod				
Werkzame zorgverleners		187	187	187
Gemiddeld fte man		0,809	0,809	0,96
Gemiddeld fte vrouw		0,827	0,827	0,95
Percentage werkzame vrouwen		41%	41%	49%
Uitstroom				
mannen	5 jaar	20,6%	20,6%	18,2%
	10 jaar	50,8%	50,8%	36,4%
	15 jaar	63,5%	63,5%	53,8%
	20 jaar	81,0%	81,0%	71,1%
vrouwen	5 jaar	10,4%	10,4%	10,6%
	10 jaar	27,1%	27,1%	21,2%
	15 jaar	54,2%	54,2%	34,5%
	20 jaar	70,8%	70,8%	47,8%
Extern rendement				
mannen	Na 1 jaar	99,0%	99,0%	99,0%
	Na 5 jaar	91,7%	91,7%	95,0%
	Na 10 jaar	86,2%	86,2%	83,0%
	Na 15 jaar	84,4%	84,4%	74,0%
vrouwen	Na 1 jaar	98,8%	98,8%	99,0%
	Na 5 jaar	91,6%	91,6%	94,0%
	Na 10 jaar	85,0%	85,0%	82,0%
	Na 15 jaar	77,7%	77,7%	72,0%
Werkproces				
Vakinhoudelijke ontwikkelingen		0,4 - 1,0%	0,4 - 1,0%	0,01%
Efficiency		0 - 0,25%	0 - 0,25%	-0,46%
Substitutie horizontaal		0,1 - 0,3%	0,1 - 0,3%	0%
Substitutie verticaal		-0,2 - -0,5%	-0,2 - -0,5%	0%

Bijlage 5: de keuze voor de evenwichtsperiode

De duur van de evenwichtsperiode is gebaseerd op de tijd tussen de start van de vooropleiding tot de uiteindelijke registratie als beroep GG. In Tabel 1 staat een overzicht.

Tabel 24: duur periode tussen start vooropleiding en registratie als beroep GG inclusief de tijd tussen basisjaar en bijsturingsjaar

Beroep	Vooropleiding	Werkervaring	Feitelijke duur opleiding tot beroep GG	Tijd tussen basisjaar en bijsturingsjaar	Minimum duur vanaf vooropleiding tot registratie als Beroep GG
GZ-psycholoog	4 jaar nominaal psychologie/pedagogische wetenschappen/gezondheidswetenschappen	Formeel geen eisen, in praktijk minstens 1,9 jaar	2,2 jaar	2 jaar	10,1 jaar
Psychotherapeut	4 jaar nominaal psychologie/pedagogische wetenschappen/gezondheidswetenschappen of 2,2 jaar opleiding tot GZ-psycholoog	Formeel geen eisen, praktijk onbekend	3,5 jaar	2 jaar	7,7 tot 9,5 jaar
Klinisch psycholoog	2,2 jaar opleiding tot GZ-psycholoog	Formeel geen eisen, praktijk onbekend	4,1 jaar	2 jaar	8,3 jaar
Klinisch neuropsycholoog	2,2 jaar opleiding tot GZ-psycholoog	Formeel geen eisen, praktijk onbekend	4,3 jaar	2 jaar	8,5 jaar
Verpleegkundig specialist ggz	4 jaar verpleegkunde	2-3 jaar (afhankelijk van type opleiding)	2,6 jaar	2 jaar	10,6 tot 11,6 jaar
Verslavingsarts KNMG	6 jaar nominaal geneeskunde	Formeel geen eisen, praktijk onbekend	2,2 jaar	2 jaar	10,2 jaar

De rechtse kolom bevat telkens de minimum tijd die nodig is vanaf vooropleiding tot registratie als Beroep GG. Daarin zit niet verdisconteerd de frictietijd in de praktijk door bijvoorbeeld (langdurige) vakantie, een sabbatical, zwangerschapsverlof, de zoektocht naar een geschikte opleidingsplaats en de duur van aanmeldings- en selectieprocedures. Hoewel alleen bij de verpleegkundig specialisten ggz sprake is van een formele werkervaringseis speelt in elk geval bij de toegang tot de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog werkervaring ook een rol. Dit blijkt uit meerdere gesprekken met p-opleiders: de geschiktheid van kandidaten in de praktijk telt mee. Sowieso blijkt dat de tijd tussen afstuderen en het aanvragen van toegang voor de opleiding tot GZ-psycholoog via een vLOGO-verklaring 1,9 jaar bedraagt (voor de jongste groep afstudeerders)⁸⁰. Concluderend: de optelsom in de rechtse kolom is de meest gunstige inschatting van de totale tijd tussen de start van een vooropleiding tot de uiteindelijke registratie in een beroep GG, inclusief de twee jaar die nodig zijn voor de raming om in effect te treden. In de praktijk komt daar extra frictie bij.

Een lange(re) evenwichtsperiode heeft voordelen bij het opbouwen of afbouwen van opleidingscapaciteit qua stabiliteit ook voor de omvang van de beroepsgroep. Een nadeel van een lange(re) evenwichtsperiode is dat bestaande tekorten (vacatures) minder snel worden ingelopen en daardoor patiënten mogelijk niet (bijtijds) de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Soms kan de voorkeur dus uitgaan naar een korte(re) evenwichtsperiode. De keus voor de duur van een evenwichtsperiode

⁸⁰ Nivel, "Het 'stuwmeer' voor de GZ-opleiding: een analyse op basis van gegevens uit de vLOGO-registratie", 2021.

wordt onder andere gekeken naar een drietal randvoorwaarden: 1) beschikbare opleidingscapaciteit op het moment van de mogelijke ingang van het advies (2024); 2) voldoende groot opleidingsreservoir; 3) de opleidingsduur kan niet te lang zijn in relatie tot de duur van de evenwichtsperiode.

Procedure en betrokkenen

Dit Capaciteitsplan is tot stand gekomen op basis van uitgebreide dataverzameling door of in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Daarnaast zijn vele experts geraadpleegd. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Kamer Beroepen Geestelijke Gezondheid (KBGG), een onderdeel binnen het Capaciteitsorgaan waarin beroepsbeoefenaren, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars zitting hebben. Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft het Capaciteitsplan Beroepen Geestelijke Gezondheid 2024-2027 vastgesteld in haar vergadering van 11 januari 2023.

De samenstelling van de KBGG was op 08-11-2022 als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren

Mw. K. Hauber (NVP)
Mw. M. Jansen-Van Raaij (VVGn)
Mw. Y. Molenaar (NIP)
Mw. S. van den Bosch (NVO)
Dhr. W. Struijs (V&VN)

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. R. Bakker (GGZ-VS)
Mw. M. Eising (VGN)
Mw. K.S.W.H. Hendriks (vLOGO)
Mw. D. Kemperman (de Nederlandse ggz)
Dhr. C. Nas (LVVP)
Mw. A. Oude Veldhuis (ACTIZ)
Dhr. W.S. Wierenga (NVZ/NFU)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. R. Laane (ZN)
Mw. E. Bouritius (ZN) (vervangen door
dhr. P. Felix)

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op 11-01-2023 als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaren

Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen

Organisaties van zorgverzekeraars

Vanuit het bureau van het Capaciteitsorgaan waren Dhr. K. Füssenich (programmasecretaris) en Dhr. M.G.M. Heck (programmasecretaris) betrokken bij de totstandkoming van dit ramingsadvies.

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon

030 2004510

e-mail

info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl